

VARIACIONES DE LA MORTALIDAD DURANTE LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1976.

INTRODUCCION:

Con anterioridad hemos oído diversas opiniones acerca de lo que acontece con la mortalidad de la población cuando ocurre un paro médico. Una opinión muy difundida, que ha ido acreditándose como conocimiento científico, a pesar de su carácter hipotético, es que la mortalidad desciende durante un paro médico. Personalmente sentíamos alguna inclinación por tal hipótesis, sin embargo decidimos verificarla dada las circunstancias propicias para hacerlo.

METODO:

El método empleado fue sencillo pues se redujo a establecer la serie histórica de mortalidad mensual en Medellín durante el año de 1976 a fin de elaborar con ella un instrumento de comparación que permitiera juzgar las variaciones que se observan durante los meses de septiembre y octubre que fueron los meses afectados por el paro médico. Los datos para esta parte del trabajo se tomaron de la Oficina de Estadística Municipal.

Es importante observar que la naturaleza de los datos recogidos son de una gran confiabilidad; pues la información sobre el número de muertos se obtuvo de los registros de defunción, los cuales en una ciudad como Medellín se registran casi en su totalidad. El margen de error por muertes fingidas es mínimo, como también es muy pequeño el número de muertos que son enterrados sin que se registre el entierro. Por otra

parte, si tales sesgos ocurren es de esperar que sean más o menos semejantes a lo largo del año sin que parezca plausible que estén asociados con el paro médico.

RESULTADOS:

El cuadro y el gráfico adjuntos resumen los datos sobre la mortalidad en Medellín de enero a octubre de 1976. Las muertes son clasificadas en la Oficina de Estadística Municipal en: muertes naturales, muertes violentas y muertes fetales.

El análisis de los datos se hizo comparando el promedio de muertes mensuales de enero a agosto con lo observado en septiembre y octubre. Por otra parte se hizo una proyección de las tendencias de mortalidad, presumiendo que ella pudiera ofrecer una comparación diferente de la que se hizo sobre el promedio y efectivamente se encontró una ligera variación que consiste en lo siguiente:

El promedio de muertes fetales fué 534, comparado con lo esperado según la tendencia que fue 533 y 532 para septiembre y octubre respectivamente. En cuanto a muertes naturales el promedio fue 413; comparado con lo esperado, según la tendencia, que debió ser 407 y 405 para septiembre y octubre respectivamente. La estrecha diferencia nos llevó a hacer el análisis sobre la base del promedio como se explica posteriormente.

EVOLUCION DE LA MORTALIDAD EN MEDELLIN DE ENERO A OCTUBRE DE 1976

Tipo de Mortalidad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Octubre										
	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o	o/o										
Muertes Naturales	450	384	78	416	77.6	387	74.7	459	77.1	382	77.6	430	77.8	403	76.6	420	76.4	541	82	
Muertes Violentas,	96	16.9	87	17.7	102	19.0	102	19.7	98	16.5	79	16.0	99	17.9	99	18.8	95	17.3	88	13.3
Muertes Fetales	21	3.7	21	4.3	18	3.4	29	5.6	38	6.4	31	6.4	24	4.3	24	4.6	35	6.4	31	4.7
Mortalidad Total	567	100	492	100	536	100	518	100	595	100	492	100	553	100	526	100	550	100	660	100

FUENTE: Of. de Estadística Municipal.

- La serie de muertes mensuales en Medellín en los meses de enero a agosto fue de: 567, 492; 536; 518; 595; 492; 553; y 526.
- El promedio mensual de esta serie fué de $\bar{X}$ 534.88
- La desviación estandar de esta serie es de 35.89.
- Dos desviaciones estandar son 71.78.
- El promedio más dos desviaciones estandar es igual a 606.
- Las muertes en septiembre fueron 550, cifra mayor que el promedio pero inferior a 606 que es el límite superior de una variación explicable por el simple azar.
- Las muertes en octubre fueron 660, cifra mayor que el promedio y mayor que 606. En otras palabras la mortalidad en octubre fué mayor en 54 muertes de lo que hubiera podido esperarse por una simple variación explicable por el azar.
- En octubre hubo 65 muertes más que en Mayo que fué el mes de mayor mortalidad en el año.
- La serie de muertes fetales de enero a agosto en Medellín fue: 21; 18; 29; 38; 31; 24; y 24.
- El promedio mensual fue : $\bar{X}$ 25.
- La desviación estandar de esta serie es de 6.68.
- Dos desviaciones estandar son: 13.37.
- El promedio más dos desviaciones estandar es igual a 38.
- Las muertes fetales en septiembre fueron 35, cifra superior al promedio pero inferior a 38 que es el límite superior de una variación explicable por el simple azar.
- Las muertes fetales en octubre fueron 31, cifra superior al promedio pero inferior a 38.
- La serie de muertes violentas de enero a agosto en Medellín fue de: 96; 87; 102; 98; 79; 99; y 99.
- El promedio mensual fue $\bar{X}$ 94.29
- La desviación estandar de ésta serie es de 8.24.

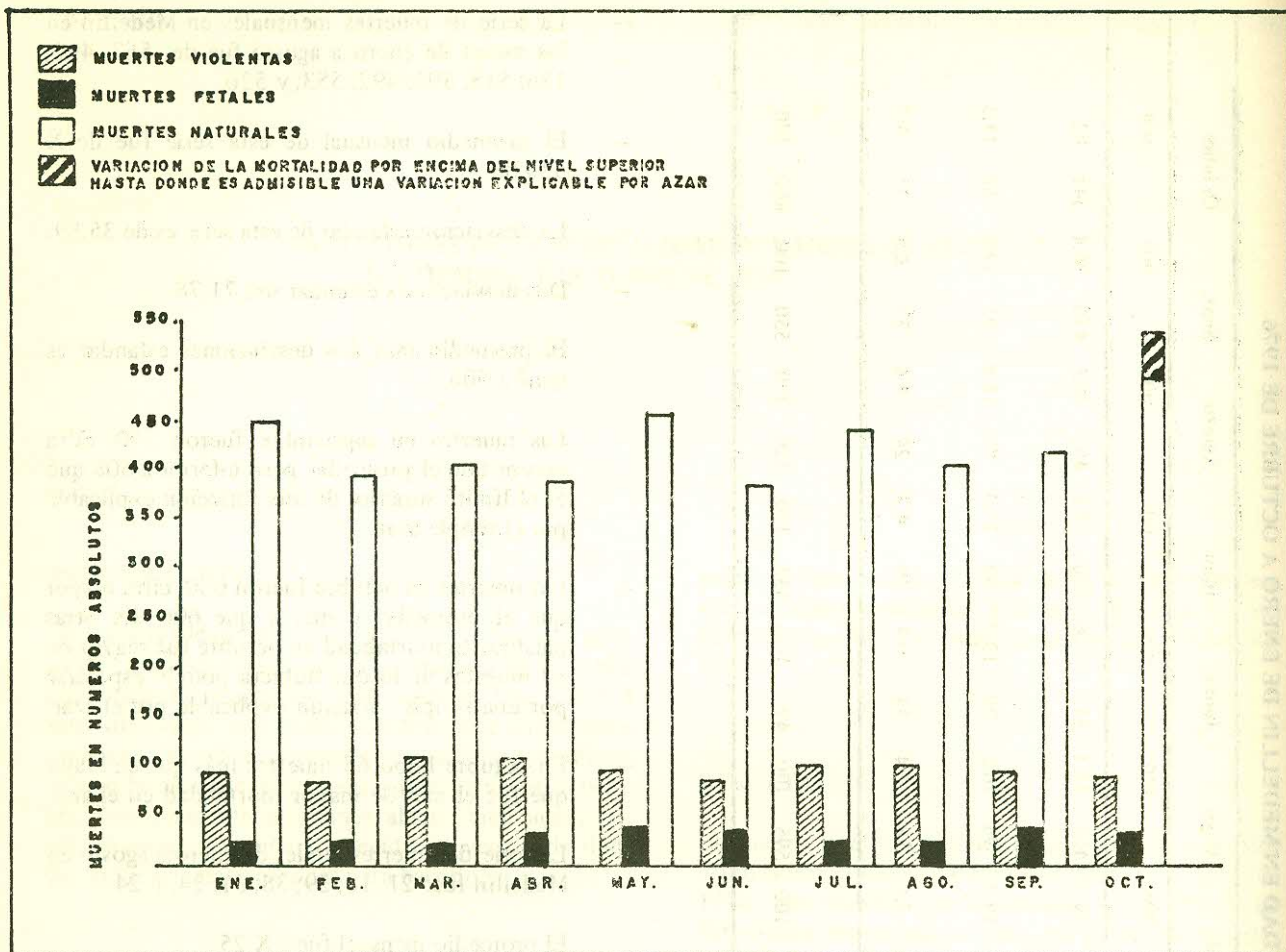


GRAFICO No. VARIACIONES DE LA MORTALIDAD EN MEDELLIN DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1976

- Dos desviaciones estandar son: 16.48.
- El promedio más dos desviaciones estandar es igual a 110.
- Las muertes violentas en septiembre fueron 95 cifra mayor que el promedio mensual pero menor que 110 que es el límite superior de una variación explicable por el azar.
- El promedio menos dos desviaciones estandar es igual a 77.
- Las muertes violentas en octubre fueron 88, cifra menor que el promedio, pero mayor que 77 que es el límite inferior de una variación explicable por el azar.
- La serie de muertes naturales de enero a agosto en Medellín fue: 450; 384; 416; 387; 459; 382; 430 y 403.
- El promedio mensual fue $\bar{X}$ 413.88
- La desviación estandar de esta serie es de 30.13.
- Dos desviaciones estandar son 60.26.
- El promedio más dos desviaciones estandar es 474.
- Las muertes naturales en septiembre fueron 420, cifra superior al promedio 413, pero inferior a 474 que es el límite superior de una variación explicable por el simple azar.

- Las muertes naturales en octubre fueron 540, cifra superior al promedio mensual que fue 413 y superior a 474 que es el límite superior de una variación explicable por el simple azar. Este límite fue superado en 66 muertes.
- Las muertes en octubre fueron superiores en 81 muertes a las del mes de mayo en el cual se registró la más alta mortalidad del año.

COMENTARIOS:

Debemos anotar que la variación de la mortalidad no fue igual en los dos meses objeto de estudio, pues el fenómeno es más acentuado en octubre. Las variaciones en octubre en cuanto a la mortalidad total superan a una variación explicable por el azar. La mortalidad fetal no parece tener modificaciones significativas. En cambio la mortalidad por causas violentas aparenta una disminución importante; sin embargo este descenso no llega a un límite que nos permita estar razonablemente seguros que no sea debido al azar. A pesar de esto es prudente mantener la hipótesis que afirma que las muertes violentas disminuyeron por causa de las medidas contra el consumo de alcohol durante el paro médico.

En contraste con las muertes fetales y con las muertes violentas la mortalidad natural, que comprende todas las otras causas de muerte, subió en forma significativa, a un nivel difícilmente explicable por el azar.

El punto siguiente es tratar de explicar las causas de este cambio de la mortalidad en la ciudad de Medellín. Una suposición lógica es asociarlo con el paro médico, ya que es el hecho que aparece como variable diferente en el fenómeno de la salud de la comunidad en este sitio y en este tiempo. Sin embargo, para poder atribuirle la causa de dicha variación de la mortalidad habría que explorar y descartar la presencia de otras posibles causas que hubieran pasado inadvertidas para nosotros.

COMENTARIOS GENERALES

INTRODUCCION

La experiencia muestra que es usual encontrar dificultades para llevar el producto de las investigaciones al campo práctico de situaciones en la vida real. Esta razón me ha movido a hacer algunos comentarios de carácter general encaminados a tender un puente en-

tre la investigación que presento y la situación de hecho que la motivó. Debo hacer notar que esta parte del trabajo es por definición un ejercicio de opinión; por esta razón la he separado claramente del informe de investigación en el cual mi propósito fué sujetarme estrictamente a relatar sus resultados dentro del contexto de algunos elementos mínimos de asociación.

La situación de hecho que encara el país es la inminente reforma del seguro social; del cual, como antes fuera mencionado, una parte substancial está constituida por sus servicios de atención médica. El buen o mal éxito de la reforma esperada afectará no solo a la población cubierta por el ICSS sino al país en general; y sus efectos, si es que siguen el patrón comunmente observado en los cambios de la administración pública en Colombia, se harán sentir por una o dos generaciones.

Ninguna reforma significativa en los servicios de atención médica del ICSS puede hacerse ignorando sus repercusiones sobre la atención médica nacional. Un proceder de este tipo sería un error inexcusable. Para tratar responsablemente la atención médica del país hay que estudiar y desarrollar opiniones concienzudas sobre diversos aspectos. Entre ellos, se destaca preminentemente, la necesidad de una visión general de lo que conviene al país en esta materia. Esto en ninguna forma puede subvalorarse o reducirse al terreno de los problemas de procedimiento en la administración pública o a elaboradas modificaciones de organigramas. Un complejo y delicado asunto social como es el de la atención médica requiere apoyarse en bases sólidas que desbordan los terrenos de las ciencias médicas y la administración convencional. Hay que buscar luces en la historia, en la antropología social, en la macroeconomía, en las ciencias del comportamiento, en la teoría política, y en el campo filosófico de los valores que son comunes a nuestra gente.

En un campo de pensamiento tan amplio solo el ingenuo o el mal intencionado pueden considerarse dueños de la verdad. En cambio, un proceder que ofrece mayor seguridad de encontrar el camino atinado es el de una actitud filosóficamente liberal, abierta, tolerante, expectante, crítica, sin prejuicios ni obstinaciones ilógicas. Ninguna opinión debe ser excluida a priori, toda idea debe ser sopesada. Dentro de esta espíritu y con la esperanza de ser entendido en tal forma escribo estos comentarios.

Los estudios recientes sobre seguridad social concuerdan en que hay cuatro grandes áreas de interés en ella, que son: su campo de aplicación, su financiamiento,

sus beneficios y la relación con quienes proveen los servicios que la seguridad social dispensa a sus beneficiarios. Es de suponer entonces que cualquier reforma que se efectúe en la seguridad social en Colombia tendrá que ver con una, varias o todas las áreas antes mencionadas.

En estudios sociales es frecuente ver que las divisiones de un asunto o fenómeno son artificiales a pesar de su aparente racionalidad. Así ocurre con la seguridad social, pues fácilmente se advierte que las áreas en que se ha dividido están tan estrechamente unidas que en su estudio solo pueden separarse por razones de orden. Con esta advertencia enfocaré primero los aspectos de financiamiento y campo de acción.

FINANCIAMIENTO Y CAMPOS DE ACCION.

Llamar a los servicios de salud: medicina privada, seguro social, servicios médicos estatales, etc, es adjetivo en el fondo. Emplear estos términos en su significado aparente como base para la formulación de políticas de salud es una costumbre frecuente que dificulta tal proceso.

Pero si en lugar de utilizar dicho fundamento se profundizara un poco en la razón de ser de una y otra denominación se encontraría una mayor claridad en el proceso de formación de políticas. Los siguientes párrafos están encaminados a contribuir al esclarecimiento del significado de dichos términos.

El hecho básico en el cual se cimenta todo el asunto se puede resumir en una sencilla afirmación: "Cualquier servicio de salud suministrado a cualquier persona implica un costo que tiene que ser financiado por alguien." Desde otro punto de vista: no existen servicios de salud gratis, si alguien los recibe gratuitamente es porque alguien los está financiando.

La necesidad de suministrar atención médica a un país plantea el problema práctico de establecer cómo y quien, por razones económicas, sociales y lógicas, debe asumir el financiamiento de los servicios de salud.

Para empezar quiero señalar que el financiamiento puede ser efectuado en forma individual o colectiva, siendo posible, además, que se den combinaciones de las dos formas anteriores; lo cual depende; por una parte de la capacidad económica de los individuos y del país, y por la otra de la organización y estructura sociales imperantes.

En economías de libre empresa la forma de financiamiento de los servicios médicos fue inicialmente individual, lo cual dió origen a la medicina privada. Pero dos factores hicieron surgir formas diferentes al financiamiento individual, a saber: la incapacidad económica de un cierto número de individuos para atender sus necesidades de salud y la capacidad limitada de otros individuos para hacerlo.

La solución al problema en el primer grupo fué afrontada, en un principio, por el espíritu caritativo de instituciones y personas; del cual aún existen ejemplos abundantes; pero posteriormente el estado fue tomando a su cargo esta responsabilidad como parte de sus obligaciones sociales. Con esto surgió una forma de financiamiento colectivo de los servicios de salud para la parte de la población caracterizada por su pobreza.

El segundo grupo, el de los individuos con alguna capacidad económica, pero sometidos a contingencias de penurias económicas o de gastos de gran magnitud para atender determinados problemas de salud, recurrió al mecanismo financiero del seguro; que permite, por medio del esfuerzo colectivo, afrontar los riesgos de salud disminuyendo las contingencias financieras mencionadas.

Naturalmente quienes han disfrutado de suficiente riqueza han podido encarar cualquier gasto que su salud les imponga, lo cual ha permitido mantener la práctica de la medicina privada financiada individualmente.

Debo anotar que el desarrollo tecnológico y científico ha ido elevando el costo de los servicios médicos a niveles tan altos que el grupo que puede financiar individualmente sus gastos de salud se ha ido haciendo cada vez más restringido. El fenómeno es tal que en los países de mayor ingreso per capita dicho grupo sigue siendo limitado, en contraste con el grupo que recurre al sistema de financiamiento por seguro el cual se ha ido ampliando progresivamente. Los más recientes estudios muestran que la tendencia general en los países que emplean este sistema es a llegar a una cobertura total por el sistema de seguro.

Hasta aquí he mostrado como la diferente capacidad económica de los individuos condiciona la forma de financiamiento de los servicios médicos. Conviene ahora analizar el influjo de la capacidad económica global de cada país, señalando con antelación la estrecha vinculación entre la riqueza de un país en conjunto y la riqueza individual de sus habitantes; y destacar

a este respecto que en igualdad cuantitativa de riqueza total siempre es más rico aquel país con una distribución más igualitaria de la riqueza, pues su potencial de producción es mayor. Este aspecto, de como esté distribuida la riqueza es un país, se asocia muy íntimamente con la forma de financiamiento de los servicios de salud. Haciendo una división un poco burda se puede decir que en todo país hay distinta proporción de indigentes, de no indigentes y de ricos. A los primeros se les atiende usualmente con servicios médicos estatales, los segundos recurren al seguro de salud y los últimos a la medicina privada. Indico que obviamente estas son generalizaciones, porque en la vida real hay gentes de uno y otro grupo haciendo uso de una y otra forma de financiación, mas el patrón general de financiamiento observado es el que he anotado anteriormente.

Un ciudadano promedio de uno de los países altamente desarrollado y socializados de Europa Occidental tiene un ingreso y una capacidad de consumo que lo caracterizaría como rico en los países del tercer mundo. Sin embargo en su medio apenas es un "no indigente" en materia de servicios de salud. En estos países al igual que en los Estados Unidos, la mayor proporción de los ciudadanos caen en este rango y es en estos países en donde el grueso de los servicios médicos se financia por la forma del seguro.

Conviene en este momento hacer algunos comentarios basados en la historia con las cuales pueden aclararse algunas cosas del presente.

Las prácticas médicas, que son tan antiguas como el hombre, entraron en una etapa de decidido desarrollo en los últimos doscientos años gracias a la aplicación práctica del método científico a las disciplinas biológicas.

No obstante este hecho, solo en los recientes cien años vino a observarse el proceso de proliferación de técnicas provenientes de la aplicación sistemática de las ciencias físicas y químicas a la medicina; proceso que ha culminado en las últimas décadas con el uso de los más refinados medios ideados por la física nuclear y la medicina de los vuelos espaciales para el diagnóstico y tratamiento de las dolencias humanas.

Paralelamente al curso de la evolución de la tecnología médica han ocurrido cambios en las estructuras de producción, distribución y consumo de los servicios médicos. El médico de fines del siglo XVIII, quien era prácticamente autosuficiente en su práctica médica, porque sus diagnósticos se basaban más que todo en

su capacidad para observar e interpretar clínicamente signos y síntomas, y sus tratamientos, en buena medida, eran provistos en el propio consultorio, se ha transformado en el médico de la presente década, quien para poder mantenerse al tanto del colosal volumen de información, necesaria para su práctica como médico general tiene que depender, para efectuar sus diagnósticos y aplicar sus tratamientos, de la labor que otros hagan manejando complicados equipos de rayos X, de electro-medicina, de bioquímica, etc, acerca de los cuales apenas logra mantenerse al tanto de las posibilidades de su aplicación. Los hospitales de aquella época eran más que todo albergue de peregrinos y pobres, en contraste con el presente cuando los vemos transformados en complejas instituciones que utilizan científicos médicos, ingenieros industriales, economistas, expertos administradores, etc. El consumo individual de los servicios médicos de aquellos tiempos se ha transformado dando lugar a la atención organizada por medio de sistemas que responden a los requerimientos de grandes grupos humanos, cuyas demandas se incrementan con el crecimiento de la educación, las comunicaciones y otros cambios sociales.

La evolución económica y social de los diferentes países en el reciente lapso de cien años agrega el último componente histórico necesario para el comentario que deseo hacer. Algunos países disfrutaban al comienzo de éste período de un apreciable grado de desarrollo, proceso que siguieron con buen éxito hasta lograr los altos niveles de vida que tienen en el presente. A estos países me referí en un aparte anterior como aquellos que hoy tienden a lograr coberturas totales con sus seguros sociales. Otros países estaban entonces en una franca etapa de subdesarrollo, estado que permanece en algunos mientras que en otros se ha ido modificando lentamente.

Si se reúnen ahora los elementos históricos anteriormente mencionados tenemos que: a mediados del siglo XIX los servicios médicos eran financiados en forma particular o eran suministrados como una acción caritativa de origen privado. Aún no se había establecido el mecanismo financiero del seguro médico y los estados limitaban su intervención a ciertos aspectos relacionados con la medicina preventiva y la atención médica a los heridos de guerra. La tecnología médica apenas iniciaba su expansión y sus costos eran comparativamente mucho más bajos que en los años posteriores. Estos factores actuaron en forma diferente sobre los países prósperos ya parcialmente desarrollados a como actuaron sobre los países subdesarrollados. En los primeros no se dieron las condiciones para que los estados estructuraran servicios de atención médica es-

tatales, especialmente en el campo de la medicina curativa; porque las instituciones de caridad eran más o menos suficientes para cuidar de los indigentes y los costos de la medicina eran todavía bajos para una alta proporción de la población de tales países. El desarrollo de la medicina y el incremento de sus costos encontró en ellos un terreno propicio para la forma de financiamiento por medio del seguro; pues se trataba de naciones industrializadas en las cuales una alta proporción de habitantes podía pagar por la atención de sus necesidades, especialmente por esta de la salud de las personas. Porque, debe destacarse, que la idea de que los gobiernos suministraran cuidados médicos curativos ni existía; hasta hace muy poco tiempo la responsabilidad del estado no llegaba sino hasta aquellos aspectos de salud que se consideraban, con criterio epidemiológico, de interés público.

En los países subdesarrollados el resultado fué diferente. El costo creciente de la atención médica y el aumento de necesidades no pudo ser copado por la atención llamada de caridad, por otra parte el bajo ingreso real per-cápita no era propicio para el financiamiento de la atención privada ni las condiciones eran adecuadas para el seguro médico. En consecuencia el estado tuvo que ir tomando paulatinamente nuevas y mayores responsabilidades en el campo de los servicios de salud. El estado, en el terreno de la medicina curativa se limitó en un principio a apoyar la iniciativa humanitaria de instituciones y personas, pero luego tuvo que acrecentar su participación, para finalmente terminar suministrando directamente servicios curativos a grandes masas de población pobre.

Los hechos anteriores establecen importantes diferencias entre los dos grupos de países; diferencias que pasan desapercibidas con frecuencia. La práctica de imitar en nuestros países lo que se hace en los países desarrollados tiene indiscutibles ventajas; pero, como es bien sabido, también encierra problemas. En el caso de las políticas de salud tendemos a seguir los pasos de los países desarrollados, por lo tanto para evitar errores críticos debemos estar advertidos de las diferencias que pueden hacer inaplicables en nuestro medio lo que ha sido bueno en otras partes.

De las diferencias señaladas lo más importante es el distinto tipo de servicios médicos estatales desarrollados en unos y otros países, como consecuencia de la evolución de la medicina y de las condiciones socio-económicas. El aspecto que más debe destacarse en este sentido es que los países subdesarrollados tuvieron que asumir mayores responsabilidades en el campo de la medicina curativa. En un párrafo anterior

decía refiriéndome al financiamiento de los servicios médicos, que existían tres formas genéricas de prestación de servicios según su financiación: La medicina privada, los servicios médicos por seguros y los servicios médicos estatales. Estos últimos, especialmente en lo que se refiere a la medicina curativa, son los que han sido asumidos en mayor proporción por el estado en los países subdesarrollados.

Conviene preguntarse ahora cual es el significado de todo lo anterior. Para responder podemos considerar dos ideas, entre las varias que circulan en relación con el futuro del Seguro Social en Colombia: una se relaciona con la extensión de su campo de acción y la otra con la organización de un sistema único de salud. En cuanto a la primera se piensa que el seguro debe ampliar su cobertura extendiéndose primero a la familia y luego a los grupos de población no cubiertos actualmente. Apoyándose en el principio de que todo servicio médico cuesta y que alguien tiene que pagarlo se puede anticipar que al extender el seguro los beneficiados, las empresas y el gobierno tendrán que financiar el costo de los nuevos servicios. Esto impone algunas condiciones como: que debe haber nuevas empresas, distintas de las que actualmente aportan al ICSS; que naturalmente debe incrementarse el empleo para que se dé la relación empresa-trabajador de la cual se deriva el aporte bilateral. Si los nuevos afiliados por cualquier razón no aportan no sería posible suministrar el servicio del seguro a no ser que el gobierno y las empresas lo asumieran. La factibilidad de que las empresas lo hagan es baja y que lo haga el gobierno es asunto que discutiremos un poco más adelante. Otra posibilidad de extensión es la de dar cobertura a grupos que no aportan por razón de desempleo y pobreza. Esto se contempla en algunos países muy poderosos económicamente, pero en ellos se restringe a grupos reducidos, en ningún caso a mayores, y se respalda con fondos estatales.

Consideremos ahora la posibilidad de que el estado financie una parte substancial del seguro, como lo que ocurriría en una extensión de servicios no respaldada adecuadamente por aportes de los beneficiarios y las empresas. Para no hacer suposiciones sobre la factibilidad económica de que el estado asuma tal obligación refirámonos a un hecho real: la capacidad que el estado ha demostrado hasta ahora para financiar los servicios de salud que tiene a su cargo, con los cuales se atiende las necesidades de salud del grupo humano no cubierto por el seguro e incapaz de costearse la atención médica privada. Aunque existen varios elementos que permiten mostrar cuan reducida es esa capacidad basta señalar un hecho de dominio público, que es la

penuria presupuestal crónica de los hospitales del país y el gran déficit de camas hospitalarias que existe actualmente. En la Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública volumen I No. 3 Julio-Dic 1975, bajo el título "Consideraciones para una política hospitalaria en Colombia" se presenta un análisis de los últimos 40 años de historia hospitalaria en Colombia, en el cual muestro, en un contexto amplio, las limitaciones económicas del estado para poder brindar atención médica a su población (*). A nadie se oculta este hecho; por el contrario el estado conciente de él ha orientado sus políticas de salud a utilizar formas de atención médica simplificada para poder llegar, por lo menos con algunos servicios médicos a la población no cubierta. Tal ha sido la filosofía de base de los programas de promotoras rurales de salud, de las operatoristas e higienistas dentales, de los Módulos Anuales de Cobertura (programa MAC), etc. El estado colombiano no es una excepción en este sentido. El intercambio constante de información que ocurre en el mundo de la salud pública nos muestra igual incapacidad en los países en vías de desarrollo. Aunque no tengo evidencia personal sobre lo que ha ocurrido a este respecto en países que han pasado por revoluciones de orientación marxista, los informes que conocemos nos inclinan a pensar que allí ocurre algo diferente. Lógicamente en ese caso no puede decirse simplemente que la revolución ha hecho más poderoso económicamente al estado, o que el cambio de valores ha permitido desplazar mayores porciones presupuestales a campos sociales como el de la salud, sino que paralelamente han ocurrido otros interesantes fenómenos que no pueden desconocerse científicamente.

Pero surge una nueva pregunta: para que extender el seguro, si el estado ya atiende por medio de sus servicios de salud a dicha población? La respuesta a la pregunta pone en evidencia un hecho obvio: la financiación de los servicios de salud y la organización de los mismos son hechos que no deben estudiarse por separado. Antes decía: que entre varias ideas que circulan en relación con el futuro del ICSS, hay dos que llaman la atención por su importancia: la extensión del campo de acción del seguro y su integración en una organización única de salud. A la primera ya me he referido, en la segunda caemos necesariamente para poder responder a la pregunta que inicia este párrafo.

He afirmado que el estado colombiano no ha sido capaz de financiar suficientemente la atención médica del grupo humano que para este efecto depende de él.

(*) Ver el editorial de El Espectador del (9 de Enero de 1977)

Por lo tanto extender el seguro sobre la base de un financiamiento por el estado no es muy factible, por otra parte extenderlo sobre el autofinanciamiento requiere de un grupo con capacidades económicas que no existe en el país. La conclusión es simple: el seguro social solo puede extenderse en forma real y efectiva cuando las condiciones de desarrollo del país lo permitan. Pero ya que no es posible extender el seguro ha surgido la fórmula contraria; extender los servicios médicos financiados por el estado a todo aquel que no pueda recurrir a la medicina privada, lo que en otros términos equivale a la idea de un sistema único de salud. Esta idea, que viene acariciándose por más de una década, se ha apoyado en argumentos de valor relativo. En primer lugar, el bajo rendimiento de los recursos en el ICSS comparado con uno más alto en la Ministerio de Salud ha hecho suponer que colocando todos los recursos bajo un solo sistema se aumentará la eficiencia global. Este argumento es muy débil frente a las teorías modernas de administración y de análisis de sistemas. Quizá algunos teóricos de la administración a principios del siglo sostenían que el comando único investido de gran autoridad era la mayor garantía de eficiencia en una organización; sin embargo después de Ch. Barnard, de P. Druker, de J.D. Thompson solo puede sostenerse tal punto por falta de información. En segundo lugar, para algunos la única posibilidad de solucionar problemas laborales y administrativos, nacidos de las diferencias entre las dos instituciones, es la integración de todos los recursos en un sistema único, lo cual ciertamente podría solucionar algunos problemas; pero con un resultado final incierto, por las mismas razones aducidas en el argumento anterior. En tercer lugar la imagen que algunos países, como Inglaterra, han creado respecto a sus sistemas nacionales de salud ha dado pie para comparaciones que no son válidas. Llamar lo de Inglaterra: Sistema Nacional de Salud o Seguro Social generalizado es prácticamente lo mismo; el nombre es adjetivo, pero las diferencias financieras que hay en el fondo son inmensas. Si alguien piensa que lo único que hay que hacer en Colombia es lograr que los colombianos tributen más, como lo hacen los ingleses para poder financiar un sistema nacional de salud que les asegura los servicios médicos que necesitan, primero debe encarar el problema de cómo hacer que los colombianos ganen más. Por otra parte no se puede caer en la idea simplista de reducir el problema a escoger entre la alternativa de que los beneficiarios del seguro paguen directamente o que lo hagan a través de impuestos generales o específicos recolectados por el estado. Pues aunque las sumas de recursos obtenidas por una u otro mecanismo matemáticamente deberían ser las mismas, la eficiencia en su manejo no

es igual y por ende el producto que de ellas se deriva tampoco lo es. El caso de Inglaterra es ilustrativo al compararlo con otros países en los cuales los habitantes reciben servicios parecidos sin que el gobierno afronte el enorme déficit de financiamiento que ha tenido que encarar el gobierno inglés para poder mantener funcionando su sistema de salud.

Si se establece como curso de acción la integración de recursos en un sistema único de salud, entonces es imperativo adoptar un criterio rector que sirva de guía, de meta final de referencia, de punto norte que indique si las decisiones administrativas y políticas están siguiendo un curso correcto. Ese criterio es simple y obvio; por lo tanto es fácil que termine pasando inadvertido, relegado a la dimensión imperceptible de las cosas obvias. Tal criterio capital es, a mi modo de ver: "obtener mejor salud y bienestar para los colombianos".

Toda la teoría de sistemas se apoya en un postulado lógico que puede ser resumido como sigue: la razón de ser de un sistema es la consecución del objetivo que se le ha fijado. De aquí que los recursos, la tecnología, la organización, la estructura y funciones, la coordinación entre las partes, las tareas, actividades y programas se deban ordenar todas apuntando a ese fin teleológico. Al intervenir con ánimo integrador, sobre los aspectos antes mencionados que existen en el sector salud del país, hay que sopesar cada medida propuesta, examinando siempre en ella su consecuencia final sobre el efecto deseado y sus ventajas económicas; es decir sobre su efectividad y eficiencia potenciales, que en tal orden son los mejores parámetros de toda decisión. (Trabajo en Política Pública presentado en Nov. de 1972 Berkeley Universidad de California).

De buena fe los hombres que manejan las cosas públicas son proclives a percibir, valorar y contar únicamente con las ventajas de una decisión, un curso de acción o una política. Curiosamente las desventajas no se advierten tan fácilmente y nos inclinamos a subvalorarlas mientras que en contraste sobrevaloramos las ventajas. El punto óptimo de Pareto, pilar de la teoría de decisión, debe reemplazarse como criterio a la mala tendencia de solo ver lo bueno en las ideas que se nos ocurren. Según Pareto hay que ponderar equilibradamente las ventajas y las desventajas hasta lograr la mejor combinación posible. Esta, técnicamente, será la que mayor efectividad y eficiencia prometa; y, filosóficamente, será la que conduzca al fin último que se persigue.

Extrapolar lo anterior a la situación de reforma en el sector salud es relativamente fácil y por eso se omite

en este escrito. Más bien creo conveniente señalar, en base a lo anterior, que un proceso de integración del sector salud en un sistema único de salud inspirado únicamente en la necesidad de solucionar problemas que atañen a elementos o componentes parciales en el sistema puede resultar desafortunado en sus consecuencias.

BENEFICIOS

Esta es la tercer área que según los expertos puede ser considerada dentro de un proceso de reforma del seguro social. No parece que en este campo existan dificultades diferentes a decidir sobre el tipo y cantidad de beneficios que debe y puede suministrar la entidad. Los estudios económicos, el análisis de la existencia, producción y distribución de recursos, así como las posibilidades de mejorar la eficiencia, son los medios convencionalmente usados para ilustrar este tipo de decisiones.

Respetando los medios antes enumerados que siguen manteniendo toda su validez creo que debemos continuar buscando mecanismos que nos conduzcan en una forma u otra al fin de obtener más y mejor salud y bienestar. A continuación plantearé algunas ideas que al respecto se han venido madurando. Su apariencia heterodoxa puede suscitar resistencia a priori lo cual puede dificultar una evaluación objetiva de las mismas; por eso me anticipo a pedir se les conceda la gracia de la libertad académica y del interés científico.

Los beneficios que el seguro y el sistema de salud estatal, dispensen a sus usuarios son, genéricamente hablando, los distintos servicios de atención médica. Naturalmente hay que tener en cuenta también los otros beneficios sociales suministrados por el seguro; pero aquí me referiré únicamente a los servicios médicos. Si uno se plantea la pregunta de si hay alguna forma de racionalizar el uso de recursos de salud sobre la base de discriminar o dar prioridad a unos servicios sobre otros, confronta automáticamente un problema espinoso; porque no ha de faltar quien presurosamente salga con argumentos éticos, los cuales las más de las veces responden más al deseo de formar imagen que al de defender honestamente principios. Sin embargo hemos afrontado la pregunta, en base a estudios, investigación y hechos de la vida real, en esta forma se ha ido configurando una respuesta. Dos grandes criterios han orientado el examen; la eficacia real de la medicina y la necesidad sentida por la gente.

Respecto al primero, se puede afirmar que la eficacia de la medicina es un fenómeno con un rango de variación muy amplio, que se extiende desde la ineficacia total hasta una alta efectividad. Una variación igualmente amplia se observa en la necesidad de atención que la gente siente frente a sus problemas de salud. Algunos padecimientos pasan prácticamente ignorados mientras que otros provocan en las personas afectadas una necesidad de atención que no admite dilaciones.

Si uno se atiene a estos criterios encuentra lógico dar atención médica primero a aquellos que experimentan una necesidad apremiante de ayuda; porque no se puede negar que lo importante es el enfermo y no la enfermedad. Igualmente encuentra que es lógico suministrar con preferencia aquellos servicios médicos de probada eficacia que los que tienen un efecto dudoso. Avanzando en el examen de las posibles combinaciones de los criterios propuestos se aprecian distintas situaciones que admitirían diferente prioridad en la atención médica. En un esfuerzo por agrupar con el fin de facilitar el análisis se configuraron tres categorías de problemas manteniendo siempre la base de los citados criterios. En la primera categoría se ubicaron los problemas de salud que la experiencia caracteriza, sin lugar a dudas, como los que motivan una mayor y más apremiante necesidad de atención médica. Estos son los accidentes y enfermedades que ponen en riesgo inminente la vida de la persona, o que someten al paciente a intensos padecimientos. Desde el punto de vista de la eficacia de la medicina se puede decir que esta es un área donde la acción médica usualmente es efectiva y no pocas veces a niveles dramáticos.

En la segunda categoría se han ubicado los problemas de salud que disminuyen la capacidad funcional de las personas tanto para trabajar como para desempeñar las actividades que normalmente pueden efectuar cuando gozan de buena salud. Este tipo de problemas no motivan necesidades de atención médica de igual intensidad a las que motivan los problemas que ponen en riesgo inminente la vida de la persona o que suscitan en ella intensos dolores y padecimientos; pero la incapacidad de realizar fácilmente las funciones normales despierta indudablemente fuertes necesidades, tal como puede experimentarlo una persona en quien, como ejemplo, la miopía se haya constituido en un impedimento para trabajar. La efectividad de la medicina en este grupo de problemas es variable pues se observan tanto casos en los cuales el diagnóstico y tratamiento preventivo y curativo son efectivos como casos en que no lo son.

Finalmente la tercera categoría está constituida por aquellas enfermedades y dolencias no incluidas en los grupos anteriores. En estos casos la necesidad en general es de menor intensidad, aunque debe reconocerse que en ciertas circunstancias puede llegar a ser apreciable. Sin embargo la diferencia importante no estriba tanto en la intensidad de la necesidad como en sus raíces; pues en la última categoría hay un mayor contenido cultural. Por ejemplo: un pterigio en un ojo no constituye una amenaza a la vida, no causa fuertes dolores, no pone en riesgo la salud de otras personas, no impide el cumplimiento de las funciones normales del paciente, pero es una alteración de la salud, que generará necesidad de atención médica según la educación de la persona, según sus creencias culturales, valores estéticos etc. En los problemas de la tercera categoría la medicina también tiene una efectividad variable.

Trazar una división neta entre estas tres categorías es difícil porque en un número de problemas la diferenciación no es fácil; sin embargo la mayoría de los problemas podrían agruparse en una u otra categoría.

En desarrollo de la idea que hemos venido elaborando asignamos a estas tres categorías, para efectos de prioridad en las políticas de atención médica, el primero, segundo y tercer lugar respectivamente. Anoto con especial énfasis que el criterio principal para conceder prioridad a la atención de los problemas es la intensidad de la necesidad sentida por la gente. Señalo por otra parte que no se ignora la importancia y conveniencia de servicios médicos, como los preventivos, pero cuya necesidad sentimos más los técnicos que la gente que los recibe.

La experiencia en el acontecer diario de los servicios de atención médica nos ha mostrado que en general su suministro es insuficiente. No obstante al examinar tal insuficiencia a la luz de las tres categorías que se han presentado se aprecia que la insuficiencia es progresivamente mayor de la primera categoría a la última. En el pasado tuve la oportunidad de estar al frente de la Dirección del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín; durante este tiempo vi como la demanda de servicios de urgencia copaba una buena parte de la capacidad del hospital, pero también vi que la diferencia entre la demanda y la atención de servicios era mínima. Si se piensa que quienes afrontan dolencias de estas que hemos caracterizado como urgentes demandan atención médica en casi su totalidad, y que los hechos indican que la diferencia entre la demanda y la atención es relativamente pequeña se puede concluir que la insuficiencia de aten-

ción en esta categoría es pequeña. No ocurre lo mismo con otro tipo de problemas, al menos en el hospital universitario que hemos mencionado, en el cual se observan turnos hasta de un año y medio de pacientes esperando atención para problemas no urgentes. El corolario que fácilmente se deduce es sensillo: No parece posible satisfacer totalmente todas las formas de demanda de atención médica en el futuro mediano; sin embargo sí puede llegarse en nuestro medio a una atención satisfactoria de los problemas de urgencia en los cuales la necesidad es mayor por parte de la gente y la eficacia de la medicina es usualmente alta. Aceptar estos raciocinios significaría enderezar las políticas de atención médica en respaldo de estas ideas. La índole de este escrito no da margen para una discusión más detallada; pero un estudio hecho para PRO-ANTIOQUIA en 1976 en compañía del Dr. Luis Fernando Duque (actual Vice ministro de Salud) presenta el asunto en detalle.

Puedo volver ahora al punto de los beneficios del Seguro a fin de mostrar como encaja la discusión anterior en ese aspecto de la seguridad social. Aunque desconozcamos el sentido estructural que tomará la reforma del ICSS podemos asumir que puede ocurrir una de varias cosas: o permanece como está con modificaciones importantes, o es integrado en un sistema único de salud, o es reestructurado en una forma diferente. Cualquiera el resultado de tal reforma una alternativa, en términos funcionales, es que el estado asuma uno de los beneficios de los asegurados que es la atención de servicios de urgencias el cual debe ser suministrado con efectividad y sin distinciones a todos los colombianos.

Damos los siguientes argumentos en favor de tal propuesta:

- Ante una necesidad urgente lo que importa al afectado es obtener atención, independiente de que institución o persona se la suministre. De hecho un gran porcentaje de urgencias en personas afiliadas al ICSS recurren inicialmente a hospitales, desde los cuales se remiten después los pacientes y las cuentas al ICSS. El hecho se cumple lo que hay que hacer es institucionalizarlo.
- El estado, por mandato legal, debe aportar al financiamiento del ICSS, obligación que ha cumplido solo parcialmente. Si no lo hace en aportes puede hacerlo asumiendo la atención de los problemas de urgencia de los afiliados.

- En contra de lo que comunmente se cree, los servicios de urgencia no son simples curaciones de policlínica sino que las más de las veces requieren de todo el potencial institucional y científico de los grandes centros hospitalarios. Los servicios de urgencias del hospital Universitario de Medellín consumen el 75% de la capacidad del departamento de cirugía de dicho hospital y este a su vez requiere de una buena parte de los servicios de apoyo en diagnóstico y tratamiento con que cuenta el hospital. Por lo tanto dar servicios de urgencias es no solo atender la más sentida necesidad de la gente en cuanto a su salud sino también significa un importante aporte económico y de capacidad instalada.

- Si el estado no puede garantizar la satisfacción total de las necesidades de atención médica de sus gentes debe hacerlo en un orden prioritario, que se inspire tanto en la lógica y el sentido humano como en criterios epidemiológicos y geográficos.

- La adopción de una política en la dirección propuesta significaría un cambio trascendental en las inversiones hospitalarias, lo cual cada vez parece más conveniente. Una reciente publicación de la Organización Mundial de la Salud (8) señala un cambio en políticas hospitalarias como las que aquí vislumbramos como un hecho de muy posible ocurrencia.

En la investigación realizada se obtuvieron datos que no quedaron consignados en los formularios porque resultaron del contacto y conversación entre encuestadores y encuestados. De estos datos llamó poderosamente la atención por su frecuencia la diferente satisfacción de los afiliados al ICSS frente a los servicios hospitalarios y los de consulta externa. Respecto a los primeros la idea general es que tales servicios son bien valorados y apreciados por sus usuarios.

Ahora si el estado asume los servicios de urgencia, porque tiene mayor capacidad potencial para hacerlo, no ocurre lo mismo con la atención de aquellos problemas en los afiliados al ICSS que demandan cuidados de hospitalización; y estos, parecen ser según los afiliados, los problemas mejor atendidos por el ICSS. En las tres categorías que antes presentamos la segunda agrupa los problemas que afectan la capacidad funcional de las personas. Una buena parte de tales problemas demandan cuidados hospitalarios a un nivel de prioridad solo superado por la atención de urgencia.

La capacidad instalada del ICSS en este campo cumpliría una buena labor asumiendo tal responsabilidad.

Por último queda la atención de los problemas de la última categoría, los cuales incluyen la más amplia variedad entre las dolencias humanas, de prioridad relativa y cuya demanda total es muy difícil satisfacer en cualquier sistema de atención médica. Pero no obstante estas consideraciones dichos problemas afectan la salud de las personas y ocasionan en ellas alteraciones en su bienestar. La menor importancia de este tipo de problemas ha sido reconocida por las instituciones de atención médica, lo cual ha dado lugar a los servicios de atención ambulatoria. En estos servicios se encara la demanda que tales problemas generan; los cuales, dicho sea de paso, usualmente, constituyen el grueso de la consulta en las instituciones. Aquí se puede abocar el fenómeno de la atención institucional de un gran número de consultantes, que, como es bien sabido, ha conducido a transformar tanto pacientes como médicos en números, con las consecuencias de baja eficacia en el trabajo profesional e insatisfacción por parte del paciente. La investigación realizada muestra evidencias en este sentido. Así: las gentes encuestadas hablan de exámenes médicos superficiales, de médicos que atienden clientes y no pacientes, de definidas preferencias por una relación más personal y estable con el médico. Pero por otra parte cuando las personas afiliadas al ICSS tuvieron que recurrir durante el paro a otras fuentes de atención médica el recurso que más demanda recibió fué el médico privado. Al indagar que tipo de atención médica fue más satisfactoria de nuevo la preferencia fué por el médico privado. El examen comparado de la evolución de la salud de los enfermos que fueron atendidos por distintos medios durante el período del paro muestra que el buen éxito logrado por el médico privado es notable. Si la gente tiene tal confianza y valora tan bien el trabajo del médico privado, cuya calidad desmejora cuando tal trabajo se realiza en las condiciones de ejercicio institucionalizado, conviene buscar formas que permitan la atención de un gran número de personas sin que se pierda el valioso componente de relación más personal y humana entre el médico y el paciente. Ahora, en ejercicio de este trabajo el médico recibe en primer instancia la demanda de problemas clasificados en la segunda categoría y el grueso de la demanda en el campo de la tercera categoría.

Teniendo en cuenta una sugerencia observada en la investigación, que recomienda volver al médico de las empresas, cabe preguntarse si esta forma de atención, más funcional por lo expedita, que permite al médico un conocimiento del ambiente de trabajo en que se

mueve su paciente, y que abre el camino para una relación médico paciente más personal y efectiva no ofrece ventajas que superen las desventajas y dificultades que algunos ven en dicho mecanismo.

En el informe de la investigación anotamos los resultados de una pregunta que indagaba las preferencias de la gente por diferentes estrategias de reforma. La respuesta indicó una definida preferencia por una estrategia que incluyera los siguientes elementos: a) atención de problemas comunes a nivel de las empresas, b) atención en clínicas adecuadas de aquellos problemas que exijan este tipo de cuidados y, c) atención de urgencias en cualquier sitio idóneo para hacerlo. (Ver el gráfico 31 y el cuadro No. 50). Esta misma es en resumen la propuesta en relación con los beneficios que los afiliados al ICSS pueden recibir. Aunque el tema es el de los beneficios el enfoque tiene más que ver con fuentes de ellos y la forma de prestarlos.

RELACION CON LOS PROVEEDORES.

Esta es la cuarta área en la cual puede efectuarse una reforma en el Seguro Social. Considerar este aspecto independiente de los anteriores no es muy lógico. Lo sensato es definir los anteriores y de acuerdo a ellos estudiar este punto concreto. Sin embargo hay un ángulo que conforme a los resultados de la investigación puede ser útil de tratar.

La relación del seguro social con quienes proveen los servicios que a su vez la institución suministra es un asunto que atañe más a dichos proveedores y a la institución que a los afiliados. El motivo visible del paro médico fue el posible cambio de relación entre proveedores de servicios e institución, pues aquellos iban a ser transformados en empleados públicos. Tal medida tendría consecuencias críticas bilateralmente; respetables tanto unas como otras; pero aparentemente indiferentes para los usuarios del servicio. Digo aparentemente porque en el fondo los afiliados sí se pueden ver afectados; pues la relación que finalmente se defina en una reforma del Seguro debe dejar satisfechos tanto a la institución como a los proveedores de servicios; pero por encima de todo debe garantizar la salud y bienestar de los usuarios, si esta condición no se da la reforma adolecerá de un inexcusable vicio.

En el aparte anterior propuse la atención de cierto tipo de problemas de salud a nivel de las empresas en busca de una relación médico paciente diferente. Para establecer este tipo de atención puede haber diferentes formas de relación con los proveedores del servicio. Pero supongamos que la reestructuración se hace

en otra forma, como es lo más probable que ocurra, no nos preocupa. Muchas otras formas pueden operar siempre y cuando en el fondo se preserve lo que hemos tratado de destacar, que es: una adecuada relación médico paciente.

Si el sistema que se estructure le permite al médico ejercer su profesión con la altura, dignidad, y calidad científica que la naturaleza de su trabajo demanda, y si el paciente puede hacer un contacto humano, con un médico que lo conozca como persona, que conozca su ambiente de trabajo y su familia se darán las condiciones adecuadas para el cumplimiento del fin último que a mi modo de ver tiene el sistema de seguridad social.

PUNTOS DE INTERES

He creído que en un trabajo de este tipo no es fácil sacar conclusiones; lo cual, por otra parte, estaría reñido con un comentario que hice previamente señalando que en materia tan compleja nadie puede sentirse, con razonable seguridad, dueño de la verdad. Así que me limito a destacar algunos puntos de interés.

- Consultada la opinión de la gente sobre una posible reestructuración las opiniones se orientaron más hacia la calidad de los servicios y la forma de recibirlos que hacia la estructura de la institución que ha de suministrarlos.
- La gente señala muchas fallas en el ICSS, pero sería necio desconocer que un alto porcentaje de afiliados manifiestan su satisfacción con el servicio de la entidad, aún en un momento crítico para el prestigio de la misma, como fue el período del paro médico.
- Dentro del proceso de reforma un aspecto que va a ser tocado es la relación entre los médicos y la institución. Si se es consecuente con el claro sentir de los afiliados hay que propiciar una relación que permita a los pacientes establecer relaciones más personales y estables con sus médicos y a estos ejercer la medicina en las condiciones de altura, dignidad y calidad que demanda una relación médico paciente de esa naturaleza.
- No debe hacerse la reestructuración del ICSS sin valorar sus consecuencias sobre el resto de los servicios de atención médica del país. Algunas ideas propuestas en este trabajo sugieren introducir nuevos criterios de prioridad en la formulación de políticas de atención médica en el país, las cuales hasta el momento se han apoyado más que todo en criterios epidemiológicos y preventivos. Los criterios que se sugieren son: La intensidad de la necesidad de atención médica sentida por la gente y la variable efectividad de la medicina frente a diferentes problemas de salud.
- Se propone que el estado concentre sus recursos en el suministro de atención médica para problemas de urgencias médicas hasta copar la demanda, meta que es posible obtener con nuestros recursos, en contraste con la atención de otro tipo de problemas donde la medicina es de baja efectividad y la demanda solo será satisfecha a muy largo plazo. El estado tomaría como política de atención médica para orientar sus inversiones en este campo el cuidado de todos los colombianos incluyendo los afiliados al ICSS.
- Los servicios hospitalarios del ICSS, los cuales son bien valorados por los usuarios, deberían mantenerse, dándoles su mayor responsabilidad en la atención de los problemas de salud que afectan la capacidad funcional de las personas.
- La atención primaria a nivel de las empresas es bien vista por un buen número de afiliados; ella sería favorable para una adecuada relación médico paciente.
- El más importante criterio en la reforma debe ser, a nuestro modo de ver, establecer como fin primordial de la misma: La salud y bienestar de los afiliados. Con este objetivo en mente se debe juzgar cada propuesta valorando si es efectiva, es decir, si conduce a dicho fin; y si es eficiente, es decir, si resulta económica.