



## Columna

---

# Un genuino sendero

*“Hay dos tipos de inteligencia: la lista y la tonta. La lista sirve para comprender, prevenir y remediar; la tonta, para deplorar lo que se entiende a medias y dar falsas alarmas”*

**Albert Camus**

Para alcanzar la meta de producir salud y consumir atención médica de calidad para todos, hay que recorrer un genuino sendero atravesando distintas postas. La primera de todas debe ser un real acuerdo entre todos los sectores del campo sanitario, un verdadero pacto entre sus múltiples actores, una negociación entre sus diversos intereses. No un mero diálogo ni un vacío consenso de buenas intenciones. Un acuerdo sobre cuestiones concretas, cediendo posiciones e intereses, comprometiendo deberes y acciones.

Todo lo cual, desde luego, sólo puede ser articulado desde el Estado Nacional, con participación de los gobiernos locales, las universidades, los colegios médicos, los sanatorios, las prepagas, las obras sociales, los laboratorios, y también otros actores que sin ser específicamente del área de la salud, contribuyen a ella (o deberían hacerlo). El producto del Acuerdo debe ser la construcción de un verdadero Sistema Federal Integrado de Salud, el cual implica varias postas más en el camino hacia la meta final.

Para ello debemos recordar que si bien somos libres para discriminar entre distintos caminos, no nos rige una libertad incondicional. El hombre se encuentra siempre en una situación determinada y puede elegir –debe elegir– a partir de una correcta evaluación de esa situación que lo determina. Sólo existe la libre elección de aquello por lo cual el hombre es responsable, y la dilución de responsabilidad, por ignorancia o por cobardía, conduce a la decadencia. Es justamente el componente de responsabilidad el que permite distinguir que si se hace algo no es “a causa de” sino “para”. Desplazarnos desde la supuesta fatalidad de las causas a la dirección intencional de los nuevos objetivos es el primer paso para transformar nuestra situación sanitaria.

El debate sobre qué modelo sanitario queremos –y necesitamos– siempre termina centrándose en cuestiones relacionadas con el déficit presupuestario, y de allí se desencadena un tramado de réplicas y contrarréplicas. Cuando en verdad economistas como el premio Nobel Joseph Stiglitz advierten que en el campo médico, el eje no pasa por límites en el déficit monetario, sino por recurrir a la lógica racional sostenida por el conocimiento científico y por el aporte de la técnica informática.

En rigor de verdad, el recurso prioritario a ejercer es la *racionalidad* en la totalidad de la cosmogonía prestacional, secundada por la “caja de herramientas” con la que cuenta la gestión, a partir de un *observatorio de salud* en el que claramente se diferencien los *indicadores teóricos* –es decir, aquellos que exteriorizan los problemas a resolver– de los *indicadores críticos* –que señalan las alteraciones a evitar por perturbaciones u omisiones en el despliegue de conductas saludables. Es a través de este replanteo que puede tenderse a una nueva configuración sanitaria más racional y equitativa, capaz de afrontar los retos actuales y futuros de la salud de los habitantes de nuestro país.

Vale a este respecto traer a colación la distinción que realiza Jon Elster entre *razón* y *racionalidad*. Distinción, sin embargo, que no significa oposición. La razón responde al bien común, es objetiva, mientras que la racionalidad corresponde a un entendimiento subjetivo de la acción individual, que puede o no oponerse a la razón. Para aclarar con un ejemplo, desde la razón uno puede sostener, por caso, que el voto de todos los ciudadanos es la expresión de la soberanía popular y el pilar de la democracia, mientras que desde la racionalidad la misma persona puede considerar que su voto individual no tiene virtualmente peso alguno en el resultado final de los comicios y por tanto abstenerse de votar.

Ciertamente, la suma de racionalidades parciales no hace necesariamente a una razón colectiva, sobre todo en la medida en que se privilegien intereses particulares. En contra del liberalismo más burdamente utilitario, “no pensar más que en sí mismo y en el presente” no conduce a un mercado armónico. Hace falta considerar a los otros y al futuro, y por ello hace falta coordinar las racionalidades parciales (algo así sería el acuerdo sanitario), pero también es necesario aplicar un criterio de racionalidad en el propio funcionamiento del sistema integrado de salud.

Al mismo tiempo, esta racionalidad, esta organización del propio sistema no debe relegar su razón de ser, la salud. De lo que se trata es de volver a colocar en el centro a la persona, en tanto ciudadano, con los derechos que le corresponden, como el tan meneado “derecho a la salud”. Sin el ser humano como eje, ningún sistema sanitario tiene finalidad, coherencia ni viabilidad.

La gestión del sistema, con todas sus complejidades (logísticas, financieras, informáticas, políticas, etc.), no debería relegar el aspecto de oficio médico, así como la aplicación rigurosa, racional y reflexiva de la tecnología no debería opacar el aspecto artesanal de dicho oficio. Que la burocracia y la tecnología no asfixien el aspecto humano, la relación central de la atención médica. No transformar al paciente en un cliente, ni al médico en un autómatas, o en un mero técnico. No fraccionar al paciente en un conjunto de órganos y patologías, ni al saber médico en un plexo de especialidades y estudios.

Del viejo médico de cabecera al actual especialista o técnico, cambian los métodos, la amplitud del servicio y rendimiento. Quizás sea en la medicina donde el avance tecnológico, aplicada de manera ciega, irreflexiva y hasta irracional, más haya trastocado la relación entre las personas. El médico depende cada vez más de la maquinaria moderna, sin la cual se sentiría inerte. Igualmente inerte se ve el paciente, reducido a la constante espera de un diagnóstico y de indicaciones producto de un resultado externo y no de un vínculo humano del que forma parte.

Como decía Erich Fromm, “producimos máquinas que son como hombres y hombres que son como máquinas”. La contracara del conocimiento científico parece ser la reducción de la comprensión de los hombres. La ciencia implica conocimiento, mientras que el arte involucra reflexión, experiencia, exploración. El médico debería acercarse menos a la figura del especialista que a la del *vaqueano*. Alguien que tiene conocimientos teóricos específicos sobre áreas específicas, pero además tiene un saber práctico, fruto de la experiencia (la propia acumulada y la transmitida por sus maestros) que lo habilitan a una mirada amplia sobre múltiples aspectos que afectan la salud de sus pacientes.

El camino hacia la meta de *salud de calidad para todos* es sin dudas complejo e intrincado. Pero una cosa es segura, el recorrido del sendero será genuino si se mantiene siempre presente el sentido, o la razón, que nos impulsa a emprender el viaje: la dignidad de la vida humana.

Y este permanente diálogo de debate, reflexión y propuesta, hoy nos lleva a celebrar un nuevo aniversario de la Revista Médicos, que desde hace 18 años nos invita a participar en esta verdadera tribuna pluralista.

### **Ignacio Katz Doctor en Medicina (UBA)**

Director Académico de la Especialización en Gestión Estratégica de Organizaciones de Salud

Universidad Nacional del Centro (UNICEN)

Autor de: “Claves jurídicas y asistenciales para la conformación de un Sistema Federal Integrado de Salud” (Eudeba, 2012)