

La neurocirugía en la argentina Analisis de situacion

Dr. Ivo Malach

http://www.rneurocirugia.com/index.php?redir=V_ART&id=7&vol=2&nro=4&l=

La actividad neuroquirúrgica en la Argentina está influenciada por diferentes factores, algunos históricos, que hace a la forma en que encararon nuestros pioneros la práctica de esta actividad que estuvo relacionada al modelo de práctica de la medicina en general y la organización socio-económica de la sociedad. (2) Otros factores circunstanciales son la concepción fragmentaria del ser humano, idolatría por el tecnicismo y los cambios económicos. El exitismo, la falta de planeamiento curricular, el inmovilismo y la falta de claridad en los objetivos, desembocaron en una indecisión en función de las conductas y los fines que se persigue.

La elección de una especialidad define el perfil del médico y su contribución a la atención de la salud. Estructura sus responsabilidades y funciones profesionales, encauza sus recompensas y satisfacciones y proporciona un marco de oportunidades y restricciones a lo largo de toda su carrera.

La elección de una especialidad médica obedece entre múltiples razones a una actitud del estudiante, que según algunas investigaciones se debe a la percepción sobre la personalidad de los especialistas más destacados y características de la especialidad. (7)

Así el clínico es visto sensible a una amplia gama de factores cuando evalúa un problema médico y profundamente interesado en problemas intelectuales. En cambio el cirujano es visto como dominador, arrogante, agresivo, lleno de energía y preocupado sobre todo por su prestigio particular. Por el doble camino del prestigio con que la especialidad es considerada en el terreno académico y de los incentivos económicos derivados de la modalidad de cobertura social, la condición de especialista se ha transformado en requisito indispensable para una buena inserción laboral. (Mercado de Trabajo No 14 año 1990).

En nuestro país la Facultad de Medicina no influye en la elección de la especialidad, ni en los valores profesionales.

Al transformarse en una institución formadora de médicos en masa y al imperio del progreso técnico, la Facultad solo atiende los aspectos científicos con lo que " la formación del hombre culto" queda fuera de todo intento. (5) (6). La cultura supone el conocimiento concreto como su consecuencia y no como objetivo fundamental. Será culta la persona que sea capaz de distinguir, la verdad del error, el bien del mal, fundar sus juicios, apreciar un hecho moral, integrar los principios de la ciencia con la Filosofía y las Humanidades. Para merecer el nombre de culto, deberá integrar el triple aspecto del hombre; biológico, psicológico y social a través de las creaciones humanas en la historia, la naturaleza y su estructura racional. (5) (6)

Los valores profesionales se obtienen por medio de la educación. Educar es desarrollar la personalidad aprendiendo a razonar, observar, buscar relaciones entre las cosas observadas y expresar con claridad, concisión y sencillez lo que se piensa, ve y siente.

La especialización es una consecuencia del Renacimiento que cobra auge después de la II Guerra Mundial. (3)

El planeamiento curricular no se ajusta a las necesidades sanitarias de la comunidad que permitan una correcta distribución de los recursos médicos y el aprovechamiento de las especialidades. (3)

El recurso humano médico presenta en la República Argentina desequilibrios en cantidad y calidad,

multiplicación en especialidades y subespecialidades con la consiguiente deshumanización de la atención médica e inadecuada inserción laboral.

La neurocirugía no logra escapar a esta “ola” y un excesivo número de médicos se inserta en la especialidad inducidos por la demanda del mercado.

Las consecuencias son: 1) Existen múltiples instituciones empleadoras.

2) Modalidad de trabajo en jornadas agotadoras y heterogéneas

3) Deterioro de la relación médico paciente.

4) Ausencia de jerarquización de las funciones médicas.

5) Mercantilización de los servicios.

6) Carencia de programas de educación y capacitación de servicios.

Múltiples Instituciones Empleadoras: Esto genera el incremento de personal a través de los años que provoca disminución de la producción individual, lo que conlleva un gran sacrificio por adquirir y mantener las habilidades médicas.

Necesariamente esto también genera super especialidades que compiten con el neurocirujano general, basado en la utilización de tecnología, cuyo adiestramiento junto con los aparatos debe adquirirse en el extranjero.

Así se distorsionan los criterios de selección quirúrgica y se cometen errores en la indicación de la terapéutica adecuada.

Por otra parte, los criterios de oportunidad quirúrgica se ven influenciados por el deseo de operar y obtener un resarcimiento económico.

Modalidad de trabajo en jornadas agotadoras y heterogéneas: La crisis económica social del país sufrida en las últimas décadas ha deteriorado y provocado aspectos conductuales poco éticos en la comunidad neuroquirúrgica.

La modalidad de trabajo en los distintos servicios asistenciales de Obras Sociales y servicios de medicina pre-paga, es consecuencia de la multiplicidad o pluriempleo.

El correr diariamente de aquí para allá produce agotamiento físico y espiritual y quita tiempo indispensable para acercarse al progreso de los conocimientos en la medicina. Pone al médico al borde de la delincuencia por negligencia. La escasa remuneración va imponiendo la necesidad de acumular cargos, lo que implica cumplimiento de horarios, recargo de tareas y cansancio irremediable. (1). A esto debemos agregar una política sanitaria inexistente, pues el modelo de hospital público, burocrático, sin medios tecnológicos, sin políticas de proyección en la comunidad, mantiene estructurado al personal médico en el “escalafón”. Reglamento administrativo que le señala al personal su ubicación en el esquema administrativo. Cada categoría a la que se pertenece tiene asignado horas, días, remuneración y tiempo de permanencia. Toda iniciativa o posibilidad de recompensar a los mejores, de incentivar el mejoramiento personal del individuo que redundaría en una mejor calidad de prestación, muere en el cerco burocrático administrativo garante de un ingreso económico y de estabilidad.

Este hecho hospitalario induce los horarios en otras instituciones médicas, sobre todo las Obras

Sociales. Aquí el volumen de trabajo muchas veces no justifica el nombramiento de cargos en relación de dependencia por lo cual el médico recibe una baja remuneración.

La falta de tiempo y de ánimo lleva a la apatía, a desentenderse de las preocupaciones científicas que forman la sustancia elemental del correcto ejercicio de la profesión. La mejor distribución de tareas, el estímulo científico y la remuneración adecuada forman parte del complejo mecanismo de la organización social y por supuesto depende también de características individuales. La personalidad soñada se desvanece en los azares del camino, en la lucha económica, en la urgencia por aplicar lo aprendido o en el dejarse llevar por realidades que no se ajustan a los primeros propósitos. Resulta desconsolador ver hasta que punto la adversidad distorsiona los ideales. (4).

La contratación por hora de trabajo en valores equiparados a empleos no profesionales y sin las responsabilidades que encierran el trabajo médico, el pago por valores del "nomenclador"; sistema remunerativo creado en los años setenta que jerarquiza la cantidad por encima del valor propio del acto médico; y los actuales módulos, son las alternativas a disposición del médico a su actividad profesional. Esta forma de trabajo resulta perversa y solo genera mala prácticas ya sea por omisión o por sobreprestación.

La hora médica es consecuencia del encasillamiento administrativo al que es sometido el médico por la particular organización de las entidades prestatarias de salud tomada del ejemplo que ofrecían las instituciones públicas. Por otra parte, el multiempleo, la escasa actividad médica de algunas instituciones por poseer un reducido caudal de afiliados, se conjugaban para el crecimiento de esta modalidad. Obviamente el sistema no ofrece oportunidad de incentivarse científicamente, tan solo asegurar un ingreso mensual que respalde las otras actividades del empleado y agreguen números al total de la práctica quirúrgica que se requiere.

El nomenclador se asimila a una tabla de tarifas, en vez de fijar el valor del consumo determina el valor de las prácticas quirúrgicas en forma totalmente arbitrarias y sin contemplar la complejidad de las intervenciones. No valora las dificultades y exigencias de la enfermedad o de la técnica a aplicar, la jerarquía, condiciones científicas y grado de capacitación en la especialidad. Tampoco el entrenamiento necesario para el tipo de complejidad, el tiempo de práctica, los riesgos de la práctica y la frecuencia de su realización. Esta forma de remuneración crece al amparo de la particular situación política del país y del surgimiento de nuevas instituciones prestatarias de salud, las Obras Sociales Gremiales. Su sustento falaz es la aplicación de enunciados económicos de producción laboral, mayor producción con menor costo asegura un ingreso igual a una menor producción pero de costo mayor. El éxito de tan controvertido sistema radicó en la seducción que provocó en la inmensa masa de neurocirujanos. A quienes ya vislumbraban la caída de la actividad privada por el empuje de las Obras Sociales y entidades privadas de medicina, significaba asegurarse ingresos económicos y mantener intacta su habilidad quirúrgica manteniendo un adecuado número de prácticas quirúrgicas. Para quienes iniciaban la especialidad, era una clara oportunidad de realizar el entrenamiento que no había hecho durante su residencia o concurrencia hospitalaria. Aquí se intercambia la adquisición de experiencia por una baja remuneración, se costea; una vez más; la obtención de conocimientos y práctica en la especialidad. Actualmente comienza a tener mayor vigencia la utilización de los módulos aparecidos alrededor de 1985. A diferencia de los sistemas anteriores es una forma de incentivar el capitalismo?, acercar a la salud los denominados "capitales de riesgo", que no son otra cosa que el bagaje de conocimientos y experiencia adquiridos a través de los años por el neurocirujano por lo cual asegura en las distintas prácticas, la aplicación de la eficiencia técnica, la mínima utilización de los recursos de diagnóstico y la menor aplicación de terapéuticas costosas. Esto se traduce así; considerando los días de internación, la utilización de terapia intensiva, los derechos de quirófano, los medicamentos, los estudios complementarios y los honorarios profesionales se fija un valor prestacional. Si por cualesquiera circunstancias, por ej una complicación postquirúrgica, se modificara la aplicación de algunos de los ítems consensuados, una infección que obliga al empleo de

antibióticos, el costo mayor será financiado por la disminución de los honorarios profesionales, ya que la empresa de salud no aceptará dicho costo. Esto permite a las empresas y obras sociales determinar a través del número de prácticas anuales, fijar su presupuesto de gastos y obviamente las ganancias. Corre el neurocirujano con el “ riesgo” de una inversión en la que debe orar para que no aparezcan imponderables naturales de la medicina que disminuyan su justa remuneración.

Como puede observarse, nunca se valoró la prestación neuroquirúrgica como un bien de servicio, de disponibilidad, independiente de la demanda. Si las Obras Sociales y empresas de Medicina Prepaga tienen conocimiento del caudal de prácticas neuroquirúrgicas en el transcurso del año, no resulta difícil correlacionar las mismas con el incremento de afiliados o el ingreso de nuevos socios. Por lo tanto se vería que no existirían demasiadas modificaciones de los índices como para no permitir fijar honorarios fijos justo; sueldo o determinar el monto de las distintas intervenciones sobre la base de la existencia de un nomenclador fijado por la respectiva Asociación, única capacitada para determinar con justeza y equidad los valores que corresponde al cirujano. Es cierto también que estos deben contemplar el grado de evolución en la adquisición de experiencia y calificar de acuerdo al nivel profesional alcanzado. Lo concreto es, que salvo la actividad en instituciones públicas donde las reglas de juego están claramente determinadas por el presupuesto fijado oportunamente por los respectivos ministerios o secretarías de salud, los honorarios profesionales deben responder a la retribución por práctica efectuada teniendo en cuenta el nivel profesional, su ubicación en la comunidad médica, el prestigio, experiencia y grado de complejidad del trabajo que se efectúa. Si pacta el pago de un sueldo, este debe ser lo suficientemente justo y equitativo como para no inducir a prácticas profesionales desleales y antiéticas como por ejemplo solicitar determinada marca de una prótesis o aparato por la posibilidad de obtener una recompensa de las empresas interesadas en proporcionarla.

Es un concepto totalmente erróneo traspolar enunciados económicos a una práctica profesional o..... comercial?, donde la función más importante es la disponibilidad del médico para estar en tiempo y lugar para brindar un servicio. Esta disponibilidad requiere de una permanente actualización de los conocimientos adquiridos a través de la asistencia a cursos, congresos, jornadas y persistente lectura de revistas y libros. Todo esto tiene un claro costo económico. Puede el profesional incrementar sus ingresos a expensas de decidir una mayor “producción?”. Decide el médico que aparezcan mas enfermedades; es decir significa aumentar la producción?. Como se ve, transpolar términos económicos puede producir graves errores de interpretación de lo que en definitiva es un acto solidario extra o contractual entre dos personas relacionadas por un tercero, promotora de la promesa de alcanzar el beneficio de recuperar la salud de la persona enferma. Es esta la encargada de fijar los presupuestos de atención, prevención u curación basado en los costos que genera la contratación del personal médico, el valor comercial de los fármacos a emplearse, la duración de cada internación según la patología, los requerimientos tecnológicos que ayuden a precisar con rapidez y seguridad el diagnóstico y método curativo. En definitiva queda en manos de terceros; gobierno, Obras Sociales, prepagas, mutuales y Sociedades particulares; la elección de sistemas económicos justos y de calidad. Se opera o atiende clínicamente más solo si aumenta la cantidad de personas que concurren a consultar por su dolencia y esto es en definitiva responsabilidad de la empresa prestataria. ¿Cómo puede determinarse un presupuesto ajustado y exacto para que el acto médico reciba la justa retribución y manteniendo los mismos costos, no obligando a pensar en producción, si cada individuo diferente por naturaleza es diferente en sus reacciones a una misma enfermedad, lo que obliga a recurrir a diferentes terapéuticas con diferentes resultados? Si las entidades ganan prestigio a través de la excelencia de los profesionales que pone a disposición, de la adquisición de tecnología de punta, del pago de cuotas razonables a los socios, si las Obras Sociales a través del sistema solidario administraran con razonable juicio comercial los ingresos de este tipo de sistema, ganarían en cantidad de afiliados. A mayor cantidad de afiliados y/o socios habrá razonablemente mayor cantidad de patología y número de casos de enfermedades. Así sí el

profesional médico ganaría más por cantidad o producción; pero ¿debe ser este el método, o la calidad profesional expuesta, que le permite a la entidad contratante importantes ahorros en insumos?.

Cuando se pide estudios de diagnóstico de más, se aplican terapéuticas o técnicas sobre dimensionadas, somos ineficientes y estamos malgastando recursos. Estos recursos los aporta el afiliado o socio y los respectivos administradores “invierten” este capital en el Fondo de Inversión “médico”. Siendo estos la principal parte en las tomas de decisiones y de quienes depende economizar el uso de los recursos, es claro que se debe crear los incentivos financieros apropiados. Esto fue reconocido por ADEBA (asociación de Bancos Argentinos) en la 7ª Convención de Bancos Nacionales. En la página 52 dice textualmente: “son los profesionales de la salud los que determinan la asignación de recursos, hace esto recomendable establecer algún sistema de incentivos que aliente a los prestadores a utilizar en forma racional tales recursos”.

Lamentablemente el soporte moral de la profesión médica fue quebrado y los profesionales llevados a hacer mucho más de lo dañoso como menos de los suficiente.

Deterioro de la relación médico-paciente: Como efecto en cascada, se inicia la corrosión del acto médico central, la relación interpersonal entre el médico y el paciente. La causa principal reside en la organización social, que propició y aún mantiene el funcionamiento de entidades que no garantizan un comportamiento efectivo de respeto recíproco, dirigido a mantener la integración del individuo (4). Así se empezó a evitar el diálogo entre quien solicita un servicio y quien debe proporcionárselo, reemplazándose por aparatos y procedimientos de mejor rendimiento económico.

Se perdió la visión del reconocimiento de deberes tanto para uno mismo como para los demás. La relación médico paciente que es básicamente humano fue contrarrestada por el auge tecnológico y a la “falta de tiempo” que se dispensa a desarrollar la empatía.

Por no quedar atrapados en la conflictiva personal del paciente, nos distanciamos tanto que tampoco él desarrolla empatía o compasión y ante el fracaso del resultado médico se deriva a un juicio de la mala praxis.

Ausencia de jerarquización de las funciones médicas: Es producto de las contradicciones expuestas anteriormente. El médico fue encasillado como un administrativo más, con días, horarios, categorización dentro de la administración pública y pago por cantidad de horas trabajadas o asignadas. Esto sirvió de modelo a las Obras Sociales. Además y respaldado por trabajos de la O.M.S se complementaron modalidades de atención del paciente según el tipo de especialidad, correspondiendo a las ciencias neurológicas 20 minutos para la visita de primera vez y de 10' para la segunda visita. Esto implica un cuestionamiento permanente del modelo de práctica vigente sobre todo con los contenidos curriculares que se enseñan tanto en el pregrado como en el postgrado. Esta desjerarquización lleva al médico a insertarse en una especialidad “prestigiosa” que le permita superar las dificultades financieras que atraviesan los servicios públicos y privados y contar con una buena inserción laboral.

No obstante, la tendencia a incorporar tecnología es el acicate económico que deshace la relación médico paciente y contrariamente a lo esperado determina la imagen profesional en la población. Pero es innegable que el factor más preponderante que ha llevado a la ausencia de jerarquización de la función médica es remunerarla asemejándola a tan dignos trabajos como el de un operario industrial o del personal doméstico o el del personal administrativo. A esto se accede porque el aumento del número de especialistas provocó una competencia desleal, en donde el profesional no duda en disminuir el valor de su remuneración con tal de tener el trabajo y poder adquirir experiencia.

Así tenemos, por un lado la irresponsabilidad de quien contrata seducido por el bajo monto de la contratación sin importarle la disminución de la calidad de prestación y no ¿reparando? en el incremento de los insumos por mala calidad prestacional. Por otro lado, el mismo colega potencia la desjerarquización al aceptar condiciones indignas laborales porque necesita capacitarse con la práctica de la profesión.

También la información pública que se hace de las prácticas médicas, ya sea adelantos tecnológicos o una nueva técnica quirúrgica o simplemente el éxito personal, coloca a la población en situación de considerar al médico prescindible, visitándolo exclusivamente para exigir un estudio determinado y posteriormente discutir el tratamiento que las propagandas le proponen. Los pacientes se autoderivan. El médico dejó perder la imagen mágica que de él se tenía. El hombre capaz a través de la conversación, el examen clínico y algún estudio complementario, en dar el diagnóstico clínico e instruir sobre la terapéutica más conveniente.

También desjerarquiza las actitudes corporativas de aceptar carreras profesionales donde el progreso se logra por el tiempo de permanencia en una categoría estimulando el inmovilismo.

Mercantilización de los servicios. Es consecuencia de la relación entre oferta y demanda de los recursos humanos, subsidiaria a su vez del mercado de oferta y demanda de servicios.

La tendencia a incorporar tecnología no significa ahorro en los recursos humanos pues la complejidad del sistema, anárquico, superpone actividades en algunas áreas y falencias en otras, constituyéndose en obstáculos para el aprovechamiento integral de los recursos. Así los enfermos suelen asistir a instituciones emplazadas a escasos metros de distancia y que cuentan con diferentes equipamientos y posibilidades asistenciales, pero peleando por su captación. Distintos equipamientos muchas veces son económicamente retribuidas de igual manera lo que crea injusticia. Estimula la subprestación dado que generalmente las contrataciones se efectúan a través de la modalidad de cápita integral.

El ofrecimiento de tecnología encarece el costo de atención médica e incrementa las posibilidades iatrogénicas.

El abuso de solicitudes de estudio y prescripciones farmacológicas favorece económicamente a los prestadores pero significa dilapidar los recursos económicos de los pacientes y las Instituciones sociales.

Los modelos sobre los que acostumbramos a tomar decisiones han cobrado mayor nivel de complejidad lo que significa adecuarnos a la realidad del mundo contemporáneo y recurrir a tecnologías apropiadas.

A partir de la segunda mitad del siglo XX se han producido cambios que afectan la economía, la política y la sociedad. Cambios que no se acompañaron de las modificaciones necesarias en la educación médica, sobre todo en nuestro país. Esto a llegado a hacer aparecer el fenómeno de la dystanasia; el médico que olvida el derecho del paciente a tener una buena muerte y se deja llevar por el encarnizamiento terapéutico.

Grande es el esfuerzo a realizar para comprender las consideraciones sociales ajenas a los principios de la rentabilidad económica que tienen un peso fundamental. ¿Será posible equilibrar economía y salud? Sin duda la economía médica es un factor importante para solucionar problemas de calidad y costo de atención. Pero debe tenerse en cuenta que para ello debe darse cumplimiento estricto a los principios de ética médica y los cambios indispensables en la educación médica.

Carencia de programas de educación y capacitación de servicios. Jacques Maritain dice que la tarea principal de la educación consiste ante todo en guiar el desarrollo dinámico por el cual uno se forma a

sí mismo para ser un hombre. El hombre no puede progresar en su propia vida específica, tanto intelectual como moral, si no es ayudado por la experiencia colectiva que las generaciones precedentes han acumulado y conservado y por una transmisión regular de los conocimientos adquiridos. La educación es un proceso social que hacen que el individuo modifique su comportamiento. Es un proceso continuo que consta de 2 partes, una el estímulo y la información, la otra es el individuo que aprende, progresa y se beneficia del proceso educativo.

La educación médica continua es un medio para cambiar el comportamiento del médico y mejorar el sistema nacional de salud. Lamentablemente no puede aceptarse que la Facultad de Medicina de por satisfecha su misión técnico - social con la distribución de diplomas (5) (6). Recién graduado, se pasa de la educación a través de conocimientos teóricos a un estado de especialista. Esto implica identificar los objetivos por la autoridad competente y proveer los métodos de instrucción y diseño de la evaluación. Otorgado el título de médico especialista el individuo pasa a estar bajo una iniciativa individual. Es la educación continua donde se produce un cambio de aprendizaje, de dependiente a independiente.

Según la UNESCO, los contenidos tecnológicos pierden el 50 % de su valor cada 5 años, por eso muchos cuestionan la habilitación profesional indefinida. (Boletín Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. Acad. Nac. De Med. Año 3 No V).

La formación de especialistas, constituye la función primaria de toda escuela de postgrado y deben ser organizados por la Universidad Nacional o la Asociaciones Profesionales respectivas.

Los factores que influyen en la calidad de formación son:

1) Selección de postulantes. 2) Programas. 3) Acreditación de los centros de formación. 4) Disponibilidad y administración de cupos. 5) Solvencia y solidez científica de los docentes. 6) Material quirúrgico suficiente para ofrecer un amplio entrenamiento quirúrgico que incluya experiencias en cirugías especiales, con una adecuada distribución entre las actividades prácticas y las académicas.

BIBLIOGRAFÍA.

1) Dr Juan Carlos Alvarez. Profesionalismo Marginal. Revista Asociación Médica Argentina. Vol.71. Nº 11-12. Nov-Dic. 1957.

2) Dr Roberto M Cataldi Amatriain. Modelo médico en crisis. Bioética. Educación y Humanidades médicas. Vol.2 Nº 1 Año 1996.

3) Dr Roberto M Cataldi Amatriain. Hacia una Nueva Educación. Cap.VIII: Fronteras de la Especialización. Ed. Impresos Centro. Bs As.1993.

4) Dr Horacio Dolcini. Ética en Medicina. Doctrina y Formación. Revista de la Asociación Médica Argentina. Vol.107. Nº 4.1994.

5) Dr Risieri Frondizi. La Enseñanza Premédica. Revista Asociación Médica Argentina. Vol. 71. Nº 11-12. Nov-Dic. De 1957.

6) Dr Risieri Frondizi. La Educación Premédica y la Formación del Hombre Culto. Revista Asociación Médica Argentina. Vol 80. Nº 9. Setiembre de 1966.

7)Robert H. Geertsman, Ph.D and Donald R. Grinols, M.D Traducciones 21. Centro Latinoamericano de administración Médica. (CLAM). Organización Panamericana de la Salud. Bs As. 1973.

8) 7ª Convención de Bancos Privados Nacionales. El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma. Documento Nº 2. Asociación de Bancos Argentinos (ADEBA). Buenos Aires, 26 al 28 de Agosto de 1991.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea**
ISSN 1988-2661

Permanent link:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=argentina>

Last update: **2025/05/03 23:58**

