

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“TERGIVERSACIÓN DIAGNÓSTICA EN LA PRÁCTICA
MÉDICA DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO
INFANTIL, ÁREA RURAL DEL DEPARTAMENTO DE
CHUQUISACA, BOLIVIA, AÑO 2007”**

ARMANDO BASAGOITIA ECHALAR

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROF. GUIA DE TESIS: Ph.D. DIEGO JESÚS SALAZAR ROJAS

Santiago, Noviembre 2008

Índice

| | Página |
|--|--------|
| Resumen | iii |
| Introducción | 1 |
| 1 Naturaleza del problema | |
| 1.1 Propósito de la Investigación | 3 |
| 1.2 Planteamiento del problema | 4 |
| 1.3 Pregunta de la Investigación | 4 |
| 1.4 Objetivos | 4 |
| 1.5 Justificación del estudio | 5 |
| 2 Marco teórico | |
| 2.1 Marco Teórico Conceptual | 7 |
| 2.2 Marco Teórico Contextual | 25 |
| 2.2.1 Seguro Universal Materno Infantil SUMI | 25 |
| 2.2.2 El Departamento de Chuquisaca | 27 |
| 2.2.3 Estructura de la Red de Servicios de Salud local | 30 |
| 3 Metodología | |
| 3.1 Introducción | 32 |
| 3.2 Universo y muestra | 33 |
| 3.3 Definiciones operativas | 34 |
| 3.4 Técnica de Producción de datos | 35 |
| 3.5 Producción de datos | 37 |
| 3.6 Análisis de datos cualitativos | 38 |
| 3.7 Estrategia de presentación de resultados | 39 |
| 3.8 Criterios de calidad | 40 |
| 3.9 Consideraciones éticas | 43 |
| 4 Resultados | |
| 4.1 Introducción | 45 |
| 4.2 Situaciones que demandan la práctica de la Tergiversación Diagnóstica o alternativas a la misma | 47 |
| 4.3 Razones para practicar Tergiversación Diagnóstica | 56 |
| 4.4 Razones y alternativas para no practicar Tergiversación Diagnóstica | 66 |
| 5 Conclusiones | 77 |
| 6 Comentarios | 83 |
| 7 Recomendaciones | 87 |
| Referencias Bibliográficas | 90 |
| Anexos | 93 |

RESUMEN

Se tiene poca información de la naturaleza de las prácticas sociales en el campo de la salud, de las situaciones que las determinan, sus motivaciones y sus posibles consecuencias en el campo de la Salud Pública.

Objetivo: Comprender la práctica social de nominada Tergiversación Diagnóstica, observada en la zona rural de Bolivia, asociada a la satisfacción de necesidades de salud de población pobre cuyas patologías no se cubrieran de forma gratuita por el Seguro Universal Materno Infantil SUMI.

Método: Se utilizó la metodología de investigación cualitativa, aproximación fenomenológica, aplicando entrevista individual semi estructurada para producir de clarificaciones de médicos (27) que trabajaran en municipios de predominio rural en el departamento de Chuquisaca- Bolivia, implementando el SUMI.

La información fue sometida a análisis de contenido temático mediante comparación constante, presentando resultados por descripción densa.

Resultados: Las situaciones demandantes de la práctica social o alternativas, se caracterizan por: necesidades de población pobre, demandas incoherentes con la realidad del seguro, lejanía de centros de referencia de la red de salud, aparente insuficiencia del seguro. Razones para practicar tergiversación diagnóstica: procurar satisfacción de necesidades de población pobre, mantener credibilidad y confianza de la población, prevención de complicaciones, obligación profesional, percepción de falta de alternativas. Razones para no practicar tergiversación diagnóstica: omisión por temor al castigo, percepción de suficiencia del seguro, disponibilidad de fuentes de apoyo externas, alternativas “parche”.

Conclusiones: La información presentada podría servir para mejorar la implementación del SUMI y futuros seguros de salud. Es muy probable que el fenómeno descrito se repita en circunstancias y condiciones parecidas.

INTRODUCCIÓN

Si nos atenemos a la literatura encontrada, el tema de esta tesis es nuevo. La revisión bibliográfica muestra que el fenómeno de tergiversación diagnóstica - que se entenderá en el presente estudio como la incoherencia o divergencia entre las declaraciones registradas por parte de los médicos y las prácticas reales que estos realizan (ver metodología)- no ha sido investigado, ni en general, ni en relación a algún programa determinado de acción. La consecuencia de este hecho, es que el conocimiento que se tiene sobre este fenómeno no pasa de fundarse en observaciones personales y opiniones informales al respecto.

La tergiversación diagnóstica genera consecuencias en las cifras de cobertura de determinadas patologías, las cuales aparecen abultadas artificialmente por este tipo de práctica, esto puede generar a su vez distorsiones en la toma de decisiones locales con respecto a las patologías involucradas en este tipo de práctica. Reiterando, dado que la existencia de estas acciones y los procesos causales de las mismas, no han sido abordadas y sus consecuencias no sólo se relacionan con población vulnerable; sino que pueden afectar la gestión y la implementación de políticas públicas en salud, se considera necesaria y enriquecedora, cualquier acción que permita brindar más información de buena calidad, respecto a la situación descrita.

Esta tesis ha sido llevada a cabo para contribuir a la mejor comprensión de un tema poco o nada estudiado como es la Tergiversación Diagnóstica o también llamado Diagnóstico Administrativo según la terminología usada por ciertos sectores entre algunos profesionales de la salud en la región del estudio, terminología que se describe en los resultados.

Esta práctica social tiene como contexto administrativo el Seguro Universal Materno Infantil SUMI, el que ha tenido variaciones en el tiempo, mismas que han afectado a la tergiversación diagnóstica (como se describe en el marco contextual y resultados).

Las prácticas sociales son formas recurrentes de hacer en los diversos ámbitos de la vida cotidiana colectiva. Por ejemplo el idioma es una práctica social destinada a resolver problemas de comunicación en la vida cotidiana. Es algo que todos sabemos hacer en una gran diversidad de situaciones. Sabemos hacer muchas cosas como grupo social; por ejemplo, “sabemos” conversar por teléfono, sabemos comprar en una tienda virtualmente en cualquier parte del mundo, sabemos criar hijos, sabemos relacionarnos con otros en una oficina, etc.

Ese “sabemos” naturalmente colectivo, socialmente compartido, nos revela una práctica social en la que estamos “usando” ese saber. Una práctica social no es “la” forma “correcta” de hacer algo, sino que es la forma de en que una comunidad hace determinadas cosas¹. Generalmente no nos damos cuenta de esto porque nacemos y crecemos dentro de las prácticas de una comunidad, nos encontramos haciendo las cosas como si nuestra manera de hacerlas fuera “la” manera “apropiada” de hacerlo. Esto corresponde al axioma antropológico según el cual “los peces no pueden ver el agua”.

El surgimiento de las prácticas sociales precede a su conceptualización teórica. Se originan, no por capricho individual o colectivo sino en respuesta a fuerzas, vicisitudes, encargos y demandas, condiciones sociales, y subjetividades que influyen sobre las voluntades individuales en contextos sociales recurrentes y específicos, tales como se encuentran en los espacios de encuentro entre proveedores de servicios de salud y sus usuarios.

CAPÍTULO 1 NATURALEZA DEL PROBLEMA

La observación empírica por parte del autor, ha mostrado la existencia de una práctica social que puede conceptualizarse como una irregularidad durante el proceso de implementación del SUMI en Bolivia. Específicamente se pudo apreciar el hecho de que médicos encargados de la implementación del Seguro, en ciertas ocasiones se veían conflictuados con la solicitud de atención médica y tratamiento por parte de personas de escasos recursos, principalmente en la zona rural, que perteneciendo a la población beneficiaria del Seguro, sus patologías no se encontraban cubiertas por los paquetes de prestaciones gratuitos que ofrece el SUMI, y puesto que dichas personas tampoco cabían dentro de las definiciones de indigencia no se las podía atender de forma gratuita.

Esta situación, usualmente concluía con la asignación de recursos destinados a otros diagnósticos, para poder aliviar las dolencias de los pacientes consultantes; sin embargo al hacer esto, los médicos no encontraban instrumentos normativos o de otro tipo que permitieran registrar dicha contingencia como un caso especial. Por lo que dichos casos se registraban con el diagnóstico y tratamiento que aparecía en el paquete de prestaciones sin corresponder necesariamente con las patologías a las que habían ido destinadas.

1.1 Propósito de la Investigación

El presente estudio tiene como propósito, el pasar del conocimiento originado por la observación empírica, hacia un conocimiento más completo acerca de este fenómeno, y que gracias a la metodología cualitativa, puede originarse desde los mismos actores, lo que permitirá, no sólo identificar circunstancias en

las que se lleve a cabo esta acción, sino también posibles causas y razones que puedan determinar las características de dicho accionar, y así obtener información para el análisis y posible intervención en este tema.

1.2 Planteamiento del problema

No existe conocimiento respecto a la práctica de la Tergiversación Diagnóstica, ni las razones que motivan su práctica o no práctica, lo que representa una dificultad para su análisis e intervención.

1.3 Pregunta de la Investigación

¿Cuáles son las circunstancias y motivaciones que llevan a los médicos a practicar la Tergiversación Diagnóstica?

1.4 Objetivos

Objetivo General:

Comprender la tergiversación de diagnóstico en el Seguro SUMI por medio de declaraciones de médicos del sector rural del departamento de Chuquisaca.

Objetivos específicos:

- Identificar situaciones en las que se practica la Tergiversación Diagnóstica.
- Identificar razones por las que se practica la Tergiversación Diagnóstica y aquellas por las que no se la practica.

1.5 Justificación del estudio

El estudio de esta práctica social y de las razones asociadas a ella, permitiría no sólo llamar la atención sobre este problema, sino identificar las principales razones de su práctica para comprenderla mejor e intervenir en ellas de forma efectiva permitiendo mejorar la implementación de este y otros seguros de salud poblacional en Bolivia.

Es un problema de Salud Pública por que esta práctica social se encuentra ligada directamente a un Seguro de salud a nivel nacional, afectando de forma directa las posibilidades de acceso a la salud por parte de una población vulnerable que vive en la zona rural del departamento que conciente o inconcientemente depende de esta práctica social.

También es importante debido a la información falsa que se genera producto de la tergiversación diagnóstica y en la cual se toman las decisiones de gestión y asignación de recursos, no solamente respecto a insumos o económicos en general, sino a posibles mejoras de diseño e implementación de Seguros de salud:

El SUMI, se ha convertido en la principal estrategia de mejora de indicadores de morbi-mortalidad materno infantil en Bolivia, y en base para la creación de nuevos seguros de salud que pretenden abarcar a un mayor sector de la población, como pretende hacerlo el nuevo Seguro Universal de Salud (SUS), aún en espera de aprobación en Bolivia².

Es importante por que a partir de sus resultados se pueden desarrollar planes de análisis más profundos respecto a las principales características de la práctica social, las dificultades de la implementación del SUMI y la mejora de la misma.

CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

No se han encontrado publicaciones en relación al área de estudio, abordando el tema desde el punto de vista del presente estudio.

El tema central de esta tesis es el fenómeno que llamaremos tergiversación del diagnóstico, en la atención de problemas de salud, a la cual se define como una práctica social. La observación empírica ha mostrado que esta práctica es más frecuente de lo que se creería entre los médicos y que tiene connotaciones tanto éticas como administrativas.

Este estudio se basa en último término en el Teorema de Thomas. Lo que se define como real [sea o no real] tiene consecuencias reales. Es decir, la conducta humana no está necesariamente determinada desde la verdad “verdad” sino desde lo que los actores creen que es verdad. Por ejemplo, si los médicos creen que es verdad que la práctica de la tergiversación del diagnóstico es éticamente legítima, la consecuencia real es que la practiquen aunque eso tenga posibles consecuencias inconvenientes, incluso legales.

Interesa especialmente analizar las prácticas en su relación con la atención a las necesidades y demandas de salud de las comunidades, especialmente las pobres.

La consideración de las prácticas sociales específicas y necesarias para la atención de la salud abarca la forma en que la sociedad, sus miembros y los profesionales de la salud reconocen y atienden los problemas de salud y las necesidades de atención de la población, lo que constituye las bases para la

demanda de servicios de salud, incluidos los más informales o alternativos. El tema de las prácticas sociales en la respuesta a las demandas comprende también los esfuerzos para la creación de servicios de atención de salud, su organización y puesta en marcha, o sea, se ocupa de la demanda social y de una oferta de servicios en respuesta a los problemas, necesidades y demandas de atención. En la confluencia de esos dos tipos de acciones están las prácticas de auto cuidado, de la demanda y usos de los servicios organizados de salud y, en general, las formas en que la sociedad conforma y usa los sistemas de salud y de atención de salud.

Las prácticas de este grupo se derivan, en gran medida, de las prácticas de otros grupos. La forma de comprender la salud y de reconocer la enfermedad o la necesidad de atención, así como la demanda hacia la atención, incluido el auto cuidado, vienen determinados principalmente por la cultura de la vida y de la salud; las maneras de enfermar resultan de las condiciones de vida, de los ambientes y de los riesgos en que y con que se vive. La cultura de la vida es un factor sumamente importante en este contexto pues este tema abarca la bioética y la ética básica del personal médico, especialmente el principio de no maleficencia y su correspondiente de beneficencia.

Por otro lado, aun cuando la amplitud de los sistemas de salud y, específicamente, la oferta de servicios de atención de salud resulten de decisiones de naturaleza científico-técnica y se deriven de la racionalidad en el uso de los recursos disponibles, la entrega y utilización de esos servicios depende fuertemente de la cultura de la población y de la cultura médica. Es en este contexto de la entrega de los servicios de salud en que al nivel micro sociológico de la atención en los centros de salud aparecen prácticas sociales (socialmente compartidas) que se derivan de problemas tales como la insuficiencia de las normas de atención, insuficiencia de los recursos para

satisfacer las demandas de atención o insuficiencias de los individuos o familias o comunidades para responder adecuadamente a las demandas de salud. En esos contextos la observación empírica muestra que los profesionales de la salud y los demandantes de atención crean prácticas sociales destinadas a paliar las deficiencias. En este contexto aparece la práctica médica de la tergiversación del diagnóstico.

La práctica social en salud pública consiste en formas reproducidas de acción, tanto por parte de la población como por parte de los profesionales de la salud, para responder a situaciones repetidas que demandan acción. Las prácticas sociales en la población y en los profesionales estructuran y organizan aspectos diversos de atención y proveen una base para el procesamiento de las demandas de atención al nivel del encuentro personal entre los profesionales y sus usuarios. Ambos tipos de actores se constituyen entonces como una comunidad de práctica en la medida en que las necesidades siempre repetidas de unos y las posibilidades de otros de satisfacerlas perpetúan determinados modos de resolver los problemas.

Hay por lo tanto un sentido que se origina en las actividades prácticas colaborativas. La comunidad que reproduce sentidos o significados específicos es la que reproduce las prácticas relativas a ellos. En consecuencia, los individuos que conjuntamente constituyen la base y los agentes portantes del sentido social pueden ser llamados comunidades de práctica. Estas son definidas por algunos autores como grupos sociales informales o formales constituidos desde la necesidad de desarrollar acciones para resolver problemas en forma colaborativa.

De acuerdo al “Positivismo”, que es una actitud epistemológica todavía vigente hoy en día, la humanidad ha evolucionado al punto que los seres humanos

deben atenerse a los hechos y limitarse a conocer la realidad por la observación y el razonamiento, porque la rigurosidad del método científico experimental es la única fuente de certeza para el conocimiento humano. La evolución del mismo conocimiento científico ha mostrado que este punto de vista ha sido exitoso en el avance de la medicina pero es deficitario cuando se trata de comprender al ser humano paciente y al ser humano médico. Valle Mansilla³, un médico de cuyas aseveraciones surgen estas reflexiones se refiere así al reduccionismo positivista: “En los tiempos de Hipócrates la medicina era conocida como “el arte” por antonomasia. Consideramos esta visión como muy actual aunque no esté siempre presente en la conciencia de los médicos modernos. De la misma manera que el músico no se define por su conocimiento de las notas musicales o del material y diseño del instrumento que toca, el médico no es médico por la ciencia que sabe ni por la tecnología que usa: lo es en virtud de la manera como los emplea, aprendiendo de la realidad singular que significa cada paciente y valorando el ascendiente que tiene ante cada paciente, que hace despertar en este último sentimientos, ideas y valores que repercuten sobre su estado somático”. “El ser humano -ocupación central del médico- es más que su biología, es un ser anímico en continua conexión con el mundo que lo circunda, el cual enfrenta con intencionalidad y conciencia, viviendo su propia subjetividad, la cual se evidencia en su gran capacidad de expresión. Por último, el hombre es un ser espiritual que articula por la razón los valores y exigencias, que adquieren sentido gracias a su capacidad de comunicación verbal, concebir ideas e ideales, de actuar con la conciencia de la propia libertad y con la convicción de una objetividad meta-empírica”.

Estos aspectos de la realidad humana no pueden ser estudiados ni mucho menos aplicados a la terapéutica médica con la sola asistencia de las ciencias positivas por la simple razón que todo ello escapa al campo de estudio del positivismo. Podemos agregar que en el encuentro entre el médico y el ser

humano total se rebasa todo el planteamiento positivista y suelen producirse problemas de relación debido a la incongruencia entre naturaleza positivista de las lógicas desde las cuales continúan construyéndose muchos sistemas de atención de salud y las necesidades sentidas de médicos (necesidad de ayudar) y las de los pacientes (necesidad de recibir ayuda).

Del diagnóstico depende todo en la práctica médica y este hecho está lejos de ser sencillo pues involucra normalmente aspectos que rebasan lo puramente biológico. El diagnóstico puede ser visto desde la perspectiva de la búsqueda de puro conocimiento factual en la que el médico hace uso de tres estrategias básicas para conseguir la información necesaria a los fines diagnósticos: interrogatorio, examen físico y estudios complementarios. De las tres estrategias de este modelo motivacional, el interrogatorio es la más importante por la cantidad de información que genera. No se puede ignorar además que esta estrategia suele tener impacto en la comunicación afectiva que el médico establece con el paciente. En el interrogatorio resurge el hecho que el diagnóstico al igual que todo acto médico implica al ser humano médico y al ser humano paciente en su totalidad como persona, lo cual involucra aspectos que trascienden lo puramente técnico como por ejemplo la compasión.

Tocante a la complejidad del acto de diagnosticar, Javier Barbero⁴, un profesional de la salud involucrado en oncología, se refiere en la cita que sigue, al oncólogo, pero lo que dice se refiere también a todo médico en el momento de diagnosticar: “para ser un profesional de excelencia, el psicooncólogo ha de manejar a fondo los aspectos clínicos, la comunicación terapéutica y el análisis moral, teniendo que estar éste suficientemente bien fundamentado en criterios racionales y con metodología analítica y deliberativa sólidamente contrastada. No hay hechos sin valores y en psicooncología algunos hechos se convierten en reto desde la perspectiva ética: la toma de decisiones, el trabajo en equipo,

el papel autónomo del paciente, la dialéctica entre razón y sentimiento, la experiencia de fragilidad y las obligaciones de responsabilidad, el vínculo entre la comunicación terapéutica y la deliberación moral y –sobre todo- el imperativo moral de respuesta que supone la experiencia de sufrimiento del paciente de cáncer y su familia. La categoría moral de una sociedad se mide por su capacidad en ofrecer alternativas a sus miembros más frágiles e indefensos” ; “el tratamiento del dolor no es una cuestión supererogatoria gestionada por el principio de beneficencia. Estamos ante un problema de no-maleficencia cuando al paciente oncológico se le hace daño (no aliviándole el dolor), tanto por indicar terapéuticas inadecuadas como por no utilizar tratamientos correctos cuando existen los medios para hacerlo, independientemente de la fase de desarrollo del cáncer en que se encuentre. Estas cuestiones también afectarán al principio de justicia cuando no se dé un acceso igualitario de la población al tratamiento del dolor, bien por depender de la correcta formación del facultativo bien por no haber infraestructuras sanitarias adecuadas.”

La actitud médica de ayuda puede llevarlo al paternalismo (hacer por le otro lo que el otro puede hacer por sí mismo o hacer por el otro lo que el otro no quiere hacer). En la literatura suelen encontrarse admoniciones frente a este problema, como por ejemplo esta referida a los pacientes terminales: “frecuentemente nos encontramos con profesionales que siguen sosteniendo una actitud paternalista, alentada por la moral social y la familia del paciente con el fin de “hacer todo lo posible”. Esto suele llevar a intervenciones lindantes con el encarnizamiento terapéutico o las medidas fútiles, que desembocan en una muerte tecnológica, artificial, vaciada de sentido y de voluntad, y en aislamiento.”⁵

La complejidad de la relación de ayuda entre médico y paciente se refleja en la siguiente cita: “El médico ya no es aquel ser semi sagrado, distante y omnipresente, que decidía, sin más, sobre aspectos trascendentales o banales

de otros individuos. Es ahora un partícipe de los cambios sociales y, en ocasiones, subsidiario de demandas sociales claras y directas. Se enfrenta a aspectos cuyo marco de referencia se ha tornado borroso y, con mayor frecuencia, opuesto, mientras la exigencia social prevalece en el entorno de la mejor decisión posible. Es él quien sugiere, quien aclara y quien finalmente actúa específicamente ante determinado problema, pero en una persona humana, a quien se ha de beneficiar, a quien se le rescata su humanidad y a quien se humaniza en la medida en que se pretende su realización al alejarla de la enfermedad. Esto obliga al profesional a comprender extensivamente los múltiples aspectos que participan en cada caso y a dilucidar los aspectos que favorecen o no la acción benéfica final⁶.

Un experto en Medicina Legal, el Dr. Moisés Ponce Malaver⁷ escribe lo siguiente refiriéndose a la relación de ayuda entre médico y paciente: “Durante el ejercicio de la Medicina, hay momentos en donde el médico debe tomar decisiones trascendentales, en especial en las situaciones de vida o muerte de un paciente; en éstas circunstancias el médico no se detiene a preguntarse si lo que se propone realizar pueda entrañar consecuencias legales, puesto que al hacerlo podría convertirse en un letal freno, que en última circunstancia sólo perjudicaría al paciente. Sin embargo, el médico puede cometer errores, los mismos que no serán reprochables – ética y legalmente –, si ha tratado al paciente con los medios adecuados, con los conocimientos actuales y siguiendo las normas que su deber le impone.”

Cuando el paciente va en busca de ayuda, va como un indigente. El paciente suele llegar en estado de indigencia a manos del médico. Un experto comenta así esta indigencia necesitada de ayuda. “El hombre no es una realidad que se baste a sí misma; precisa de la naturaleza y de los demás hombres. Desde que nacemos, nos encontramos en la indigencia total. No podemos bastarnos por

nosotros mismos para subsistir. Requerimos del otro, debemos movernos en el mundo de la alteridad, del ser gregario, para poder satisfacer lo más elemental de la subsistencia. Surge de nuevo aquí otro elemento dotado por la naturaleza, la alteridad, la condición gregaria, para la construcción de nuestra condición humana. Y esta indigencia también se pone de manifiesto en la relación médico paciente. Ambos, paciente y médico, somos indigentes. En la parte médica, la indigencia apunta a construir y enriquecer la condición humana en el ejercicio de una potencialidad y de una opción académica y profesional. En el caso del paciente, la indigencia, tal vez más evidente pero no por ello, mayor indigencia, se ubica en la condición de la fragilidad humana ante la discapacidad ocasionada por la pérdida de la salud.

“Como consecuencia de lo precedente se deriva la implicación de la alteridad. Sólo reconociéndonos indigentes, podemos volcar la mirada al Otro. Pero un reconocimiento mutuo. Un reconocimiento de igualdad de dignidades. Si no es así, la relación se torna vertical, desigual, se mira al otro, sí, pero de arriba hacia abajo, ya que el médico no es el indigente, el médico no es quien necesita del paciente; es el paciente quien acude al médico, para que éste lo cure. Y tan desigual es la relación cuando no es encuentro de indigencias, que no hay dinero suficiente que se pueda pagar para retribuir lo que el médico ha hecho por mí, en consecuencia, lo honro con una suma simbólica, de ahí el término de honorarios profesionales y no tarifa médica.”⁸ .

La relación de ayuda se da dentro de sistemas de atención. Por ello tiende a obedecer más a las imposiciones del sistema que de las necesidades del paciente. En este respecto hay mucho que analizar todavía. Un pasaje sacado de la literatura gris y por eso mismo decidora porque viene de la experiencia y no de la investigación habla así de esta situación: “Quienes trabajan dentro del sistema se mueven, entonces, entre dos corrientes que son de diferente

naturaleza: la que responde a la necesidad de mantenimiento del sistema, por un lado, y la que procura poner la energía del sistema al servicio de lo que constituye la función para la que fue creado. Ambas corrientes son necesarias y establecen entre sí una dialéctica: en ocasiones son armónicas y en ocasiones contrapuestas. Se necesitan entre sí, pero muchas veces se encuentran en oposición”⁹.

Esta dialéctica se pone en juego cada vez que se ha de decidir la aprobación de un presupuesto, la ejecución de un nuevo plan, los pormenores de los contratos de los trabajadores, etcétera, y tiñe las orientaciones teóricas y las modalidades supra estructurales –ideológicas - que orientan su manera de hacer.

El médico de asistencia primaria, el enfermero, el trabajador social, el cuidador, el psicólogo, el administrativo, están en el margen del sistema que contacta con aquellos a los que debe servir, y por eso la tensión en la que trabaja se redobla.

Una tensión redoblada

El clínico está en primera línea y trabaja, como todo empleado del sistema, navegando entre las dos corrientes que señalaba más arriba: en la oposición entre la inercia despersonalizadora del sistema, y su función de servir a las personas. Al menos en principio, si su profesión es su vocación, su deseo de hacer bien su trabajo le llevará a intentar conseguir que el sistema esté subrogado a la necesidad que le dio origen.

Hablar de un conflicto entre dos corrientes no es en absoluto hacer una abstracción: cuatro minutos por paciente es el resultado del equilibrio actual de las fuerzas [Aunque parezca increíble ese es el tiempo del que los médicos de esta área básica de salud disponen actualmente para cada paciente: sesenta

pacientes en cuatro horas, cada día de la semana]. La inercia del sistema conduce a promover el clínico robot, que atiende al paciente que tiene enfermedades que se curan con fármacos. Es más: a medida que se desarrolla, que se multiplica la burocracia y que va adquiriendo autonomía y automatismos, empieza a funcionar como si las cosas fueran así.

Que predomine esta fuerza centrípeta o que se introduzcan las modificaciones necesarias para que predomine la función de servicio depende, en gran medida de la posición de las personas que trabajen para él.

El clínico es una de ellas, y hace su elección. Consciente o no, su manera de trabajar cotidianamente empuja en una u otra dirección. Además es víctima de esa tensión que puede llegar a desgarrarlo interiormente, como veíamos el año pasado hablando del burn-out.

La tensión se redobla porque, además de la provocada por el choque entre la inercia despersonalizadora del sistema y su función de servir a las personas, el clínico se enfrenta a otra.

La otra tensión deriva del encuentro con el paciente: ni el médico es un robot, ni las personas son sólo entes portadores de enfermedades que se curan con tratamientos, preferiblemente fármacos. De hecho, el clínico “fronterizo” se da de bruces con todo aquello que el sistema, por su mecánica de funcionamiento, ignora.

La relación clínica es el escenario del encuentro entre dos personas, que acuden a ella desde un lugar distinto, para ocupar un lugar distinto, cada uno con su historia, cada uno con su demanda. De este hecho evidente los médicos

solemos enterarnos bastante después de acabar la carrera. En la universidad se nos forma para curar enfermedades, y no para tratar con personas.

El encuentro entre el clínico y el paciente está dificultado, además, por el hecho de que - aún antes de conocerse - el lugar del uno es, para el otro, objeto de sentimientos profundamente ambivalentes.

Del lado del paciente

Para el paciente el clínico es el representante de la muerte y de la enfermedad, tanto como aquél del que espera ayuda para eludirla o para curarse. La mística del médico es así de ambivalente: el médico héroe tipo Albert Schweitzer, y el médico “que ha muerto más hombres vivos que mató el Cid Campeador” del Romance Satírico de Francisco de Quevedo.

Las personas temen ir al médico y corren al médico. Se le agradece en tanto salvador y se le aborrece en tanto mensajero de la muerte. La visita al médico comporta siempre un punto de angustia, una confrontación de cara con nuestra condición de mortales.

Además, el médico es visto también por el paciente como representante de un sistema que, en casos extremos aunque no excepcionales es para él un enemigo: no es el que le facilita, sino el que le dificulta el pleno disfrute de su derecho a la salud. Las largas listas de espera, la masificación y la despersonalización que los pacientes perciben acentúan su sensación de precariedad frente a la enfermedad y a la muerte. Por eso ve en el médico no sólo un representante del sistema sino también la personificación de su ineficacia.

Por eso las cosas se complican: a la ambivalencia afectiva de la que el clínico es objeto debe sumarse otra tensión: la inherente a su lugar en la frontera, ante quien el paciente se preguntará si es el obstáculo o la apertura al sistema del que tiene derecho de ser usuario.

Del lado del clínico

El encuentro con el paciente es, para el clínico, el escenario en el que su vocación se realiza. El deseo de curar espera encontrar su satisfacción en esa escena. Un deseo que ha sido un vector importante de su vida: lo ha guiado hacia unos estudios, le ha dado una identidad profesional, lo ha conducido – después de un arduo trabajo - al encuentro con el paciente, del que hoy hablamos.

Pero en ese encuentro se le revela el lado menos romántico de su elección. Porque no todos los pacientes aceptan el estrecho molde que el médico les impone, de acuerdo con lo que describen los libros y le enseñan en la facultad o en el hospital: entes que tienen enfermedades y que se curan con tratamientos farmacológicos. Generalmente se encuentran con personas que sufren, que están atemorizadas, que le profesan sentimientos ambivalentes, que no cumplen sus indicaciones, cuyos síntomas se rebelan ante los tratamientos y responden a lo que se denomina con el término de nuevo cuño “componente psi”.

En el llamado “componente psi” se engloban los factores subjetivos que modulan el curso de las enfermedades.

Como los profesionales no suelen estar preparados para tratar con la subjetividad y el sistema la ignora, “componente psi” puede adquirir

significaciones diversas. En ocasiones se usa para intentar nombrar la subjetividad y en otras se tiñe de un matiz despectivo.

Para el sistema, se ha convertido en una especie de justificador de su malfuncionamiento: a más “componente psi”, peor respuesta al tratamiento. El sistema no sólo excluye del discurso que promueve todo lo que huelga a subjetividad, sino que segrega a quienes, muy a pesar suyo, son sus portavoces: los pacientes “psi”. Entre algunos pacientes circula la leyenda de que sus historias clínicas están marcadas con un rotulador fosforescente. Esa marca los identifica como “psi” y determina decisivamente de qué manera serán atendidos cuando vayan a requerir de los servicios de su ambulatorio⁹.

Para enfrentarse a eso el clínico no tiene más que lo que consigue aprender de la experiencia que aunque no es poco puede ser insuficiente.

Cuando el médico trabaja en el sistema de salud, en un servicio de atención de salud lo hace para el beneficio de un perfil de pacientes definido por la naturaleza de los programas (adulto mayor, materno infantil, trabajadores, etc.). Sin embargo, no siempre el paciente real que llega encaja totalmente con ese perfil teórico y a veces el desencaje se produce en puntos que ponen a prueba la relación médico-paciente. La observación cotidiana de las prácticas médicas en entornos en que esta situación suele darse ha mostrado la existencia de un fenómeno que podemos llamar “tergiversación del diagnóstico”. Este fenómeno consiste en la asignación a los pacientes de diagnósticos diferentes a los reales. Este hecho ocurre en ausencia de registro de las motivaciones que causaron ese evento. Tampoco existe en la literatura consultada estudio de las cuestiones y dudas éticas que plantea esta práctica en sí misma las cuales tienen importancia dado que esta práctica no parece ser infrecuente.

Dado que la existencia de esta práctica, el contexto y las razones asociadas, no han sido abordados, se considera necesario estudiarla más a fondo para comprenderla adecuadamente.

Lain Entralgo distingue cuatro razones para hacer el diagnóstico: saber, ayudar, lucrar, contribuir al orden social (consecuencias legales del diagnóstico por ejemplo). La más problemática es la segunda .tanto por las dificultades que puede plantear desde la perspectiva de lo emergente, lo inesperado como desde la perspectiva del compromiso subjetivo y emocional que involucra la intención de ayudar. Siegler se refiere a la motivación de ayudar del modo siguiente: "A pesar de los avances científicos del último siglo, ni el papel de la profesión médica en las sociedades humanas ni la relación doctor-paciente han cambiado sustancialmente. Desde los tiempos antiguos, el encuentro entre el curador y el paciente ha constituido el principal medio por el que la medicina logra sus objetivos. Esta continuidad extraordinaria tiene su raíz en el hecho de que la medicina responde a una necesidad humana universal e invariable: ayudar a los pacientes. Es más, la mayor parte de la ayuda médica se proporciona en el encuentro directo entre paciente y médico esto es, en la relación doctor-paciente"¹⁰.

Bioética y atención de salud.

Con frecuencia las prácticas sociales involucran temas de ética y bioética. La ética, o más bien las éticas, están íntimamente ligadas a las prácticas sociales en esfuerzos que buscan compatibilizar el bien común y la buena vida individual. En el origen de la bioética se encuentra, entre otros rasgos, la preocupación social dirigida hacia asegurar el bienestar del paciente frente a una medicina - y una tecnociencia - exacerbadamente instrumentales. La

bioética plantea y esclarece problemas y dilemas dentro de un horizonte que reconoce la variedad de culturas y valores que alberga toda sociedad humana.

Las éticas aplicadas se diferencian de la ética filosófica por ser siempre un discurso social, es decir, se refieren a una práctica social. La ética es una reflexión que conjuga dos campos de reflexión y acción de igual trascendencia para el ser humano: el valor social del bien común y el ámbito del bienestar, en sus valores de proyecto de vida individual, búsqueda de la felicidad o de la buena vida¹¹.

Siendo el ser humano necesariamente gregario, no puede realizar la una sin la otra, y se producen distorsiones conceptuales y políticas severas si el bien común es perseguido a costa de la buena vida -como sucede en los totalitarismos-, o la buena vida trata de imponerse en desconocimiento del bien común -anarquía, anomia, ocasos y decadencias de culturas. La ética aplicada se preocupa de lograr una síntesis entre individuo y sociedad, como lo demuestra su preocupación en torno al modo como el individuo actúa en relación a los demás y su énfasis en aclarar las influencias que las comunidades ejercen sobre el proyecto de vida individual. La bioética, como ética aplicada por excelencia, estudia las prácticas sociales en relación a la vida.

La bioética reflexiona sobre actos de los individuos humanos. Las éticas aplicadas no tienen por único objeto de análisis los pensamientos, los juicios privados, los fenómenos sociales masivos ni las realidades institucionales. Si bien todas esas instancias influyen sobre el pensamiento bioético y las decisiones de los individuos, todas ellas pasan por influir en los individuos que toman decisiones. En la medida que estas decisiones provienen de, o influyen sobre, grupos sociales, aparecerá la dimensión social de toda ética.

Bioética y salud pública

La base de las políticas de salud enuncia el derecho universal a la salud, con todo lo que aquello implica, sin embargo, la cobertura de la población beneficiaria, así como los servicios que les brinde en el tema de la salud, son completamente independientes de este concepto.

El estado ha creado estrategias tales como la solidaridad y la subsidiariedad para poder atender a las poblaciones que se vean perjudicadas por un imperfecto sistema de salud. Es así que el derecho a la salud se ha convertido en un área común de estudio entre las políticas y la salud pública, con componentes financieros, éticos y de otras índoles¹².

Dentro de los aspectos morales que influyen en las políticas de salud y la consiguiente atención médica, se encuentra la necesidad de identificar los segmentos de la población que requiere atención subvencionada, y cómo se le administrarán dichas atenciones.

Una vez definidos los contextos de ambos aspectos, se realiza la asignación de los recursos financieros, según las posibilidades de los países; estos recursos se distribuyen a partir del nivel a de atención por medio de las atenciones médicas y de las decisiones que estos hagan en relación a estos recursos.¹³

La no maleficencia como deber del médico

El “principialismo”, se constituyó hace varias décadas, como una corriente de pensamiento bioético con múltiples detractores y simpatizantes que mantienen un vivo debate incluso en la actualidad¹⁴; el principialismo considera cuatro

principios (beneficencia, no maleficencia, justicia, autonomía), que no corresponden a la definición de principios como verdades absolutas, sino a la de normas generales; que si bien no han gozado de apoyo unánime en cuanto a sus atribuciones; se han vuelto necesarios y útiles al momento de dirimir conflictos bioéticos¹⁵.

El principialismo reconoce el riesgo de no poder siempre respetar cada uno de los principios, existiendo ocasiones en que existen conflictos entre ellos, o se necesita la combinación de estos para resolver un conflicto. Por ejemplo, suele suceder que beneficiar a un paciente signifique violar el principio de justicia¹⁶, por eso, se los toma más como orientadores que como verdades absolutas.

De dicha teoría nos interesa tomar en cuenta, para esta investigación, los principios de beneficencia y no maleficencia, discretamente orientados a la práctica médica, los cuales pasamos a describir brevemente:

Beneficencia: Todo acto ético ha de ser benéfico, tanto para el agente como para el paciente. Por lo general es el paciente el que ingresa a la relación médico-paciente con desventaja; la realización de un bien o satisfacción de una necesidad es más valiosa para el receptor que para el ejecutor, de allí que un acto sea éticamente más adecuado cuando beneficia al más débil o necesitado, y cuando ese beneficio es más abundante y menos oneroso en término de riesgos.

No maleficencia: Aunque un acto no beneficie, puede tener una naturaleza ética positiva, siempre y cuando evite daños. Desde el juramento hipocrático este precepto ha formado parte de la formación de médicos alrededor del mundo. La omisión de actos puede ser moralmente reprobable si al dejar de realizar una

acción se provoca una situación lesiva: la omisión falta entonces al principio de no maleficencia.

Ética médica y responsabilidad social

En las últimas décadas, las críticas a la medicina y a médicos se han multiplicado, y se originan en fuentes diversas y apuntan en varias direcciones. No puede dudarse de que entre los componentes de la comunidad médica existe un sentimiento de inconformidad que tiende a extenderse.

Un hecho que aún el examen más superficial pone al descubierto, pero que no ha sido tomado debidamente en cuenta, es que las acciones médicas rebasan continuamente los límites convencionales de la ciencia y de la tecnología, y que hay factores que tienen un papel importante en la salud y en la enfermedad a los cuales no se ha atribuido la importancia que merecen: factores psicológicos, éticos y sociales¹⁷. En otras palabras, que la medicina es también, en su esencia, una ciencia centrada en la persona; es decir, una ciencia humana, la más humana de las ciencias.

2.2 Marco Contextual

2.2.1 EI SUMI

En enero de 2003, mediante la ley n° 2426, entró en vigencia el Seguro Universal Materno Infantil en Bolivia, como estrategia para disminuir de manera sostenible la morbi mortalidad materna infantil¹⁸.

Este Seguro según está escrito en ley, es de carácter universal, integral y gratuito, otorga prestaciones a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as desde su nacimiento hasta los 5 años de edad; durante los años 2005 y 2006 se propusieron, aprobaron y entraron en vigencia cambios en relación al seguro SUMI, estos cambios se basaron en: la ley N° 3250¹⁹ “guardando estrecha relación con una maternidad segura en las mujeres en edad fértil, así como la obligatoriedad en la prevención del cáncer de cuello uterino,... contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida”, ampliando la población beneficiaria para las prestaciones mencionadas a las mujeres entre los cinco y sesenta años. Posteriores resoluciones renovaron la estructura del seguro a través de la inclusión de medicamentos y patologías que hasta ese momento no estaban a disposición de la población beneficiaria, y que abarcan los diferentes paquetes del seguro (Paquetes mujer embarazada, mujeres edad fértil, pediatría, neonatología, odontología, laboratorios e imagenología) y diferentes prestaciones. Estos cambios influyeron en la forma en la que se había implementado el seguro hasta su ampliación, la forma en que afectaron al fenómeno de estudio se describe en la sección de los resultados.

Las prestaciones del seguro se otorgan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio.

Con los seguros públicos de salud implementados en el país, se ha tenido un proceso acelerado e importante de reducción de las tasas de mortalidad, que sin embargo todavía sitúa a Bolivia como el segundo país en Latinoamérica, con la más alta razón de muerte materna, infantil y neonatal, sin embargo el gobierno estima que al ritmo actual, antes del cumplimiento de las Metas del Milenio (2015) se tenga una cifra acorde a estándares internacionales.

Durante la implementación del SUMI y otros Seguros de salud que le antecedieron, la tasa de mortalidad neonatal, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud ENDSA 2003, disminuyó en 31% en el periodo que se observa desde 1994 al 2003. El año 1994 era de 39 por cada 1000 nacidos vivos y el 2003 se redujo a 27 por cada 1000 nacidos vivos²⁰.

El marco legal normativo del SUMI, se basa por primacía en la Constitución Política del Estado que establece que la salud es un derecho básico por lo tanto es responsabilidad del Estado protegerla y promoverla bajo las dimensiones de orden colectivo y de un bien individual; el Código de Salud de Bolivia, la Ley N° 2426 (SUMI), la Ley N° 1178 (SAFCO, Ley de Administración y Control Gubernamentales, que determina cómo administrar los recursos públicos y qué sanciones existen para las personas que no cumplen estas normas²¹) y otras normas conexas de carácter marco y específicas, que legitiman su institucionalidad, norman su implementación y funcionamiento, asigna responsabilidades, valida sus procedimientos administrativos, técnico médicos,

profundiza los procesos de descentralización, privilegia la gestión compartida con participación popular y orienta actividades.

A futuro, está planificada la puesta en marcha del Seguro Universal de Salud (SUS), basándose en las experiencias que se han tenido hasta el momento con el SUMI. En el SUS, se aumentará la población beneficiaria del SUMI hasta los 21 años de edad para ambos sexos²², que según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas INE, el 2007 Bolivia habría alcanzado más de nueve millones ochocientos mil habitantes y al menos cuatro millones y medio habrían sido menores de 21 años, y por tanto beneficiarios del Seguro Su Salud.

2.2.2 El Departamento de Chuquisaca

El Departamento de Chuquisaca creado en 1826, está ubicado al sur de la República de Bolivia, limita con cuatro departamentos de Bolivia y con la República de Paraguay; posee una extensión de 51.542 km².

El departamento se enclava en el sector central y meridional de la Cordillera Oriental. El relieve chuquisaqueño se puede dividir en zonas montañosas, valles, serranías y llanuras.

Predomina el clima seco y frío que permite desarrollar cultivos de corto crecimiento; sin embargo gracias a la existencia de zonas con microclimas más benignos, existe una oferta de tierras fértiles que permiten una gran variedad de cultivos: fruticultura, horticultura, etc.

Dentro de las actividades económicas y laborales del departamento destacan la producción agrícola y ganadera. Pese a que gran parte de la población se

dedica a la agricultura, esta actividad se encuentra limitada por la naturaleza montañosa de gran parte del territorio.

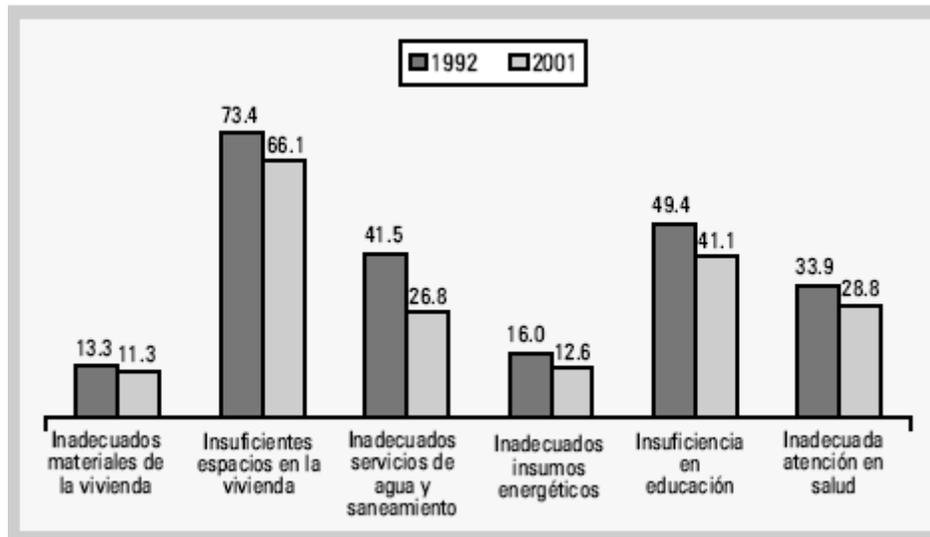
El departamento cuenta con yacimientos de plomo, plata, zinc y otros metales, explotados a pequeña escala. La actividad extractiva más importante es la petrolífera (petróleo crudo y gas natural), contándose con importantes reservas en la zona del Chaco Chuquisaqueño.

El departamento de Chuquisaca se compone de *veintiocho municipios*, con diversas características respecto a geografía, clima, recursos, población y culturas. De estos municipios, el de Sucre reúne la mayor área urbana del departamento, (aproximadamente un 88 %), reuniendo a su vez la mayor cantidad de oferta de servicios de salud y la mayor cantidad de población del departamento de Chuquisaca²³.

De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda realizado el 5 de septiembre de 2001, la población del departamento de Chuquisaca era de 531.522 habitantes, representando el 6 % de la población boliviana, constituyéndose en el quinto departamento más poblado del país. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas la población para el 2007 habría alcanzado los 621.382 habitantes.

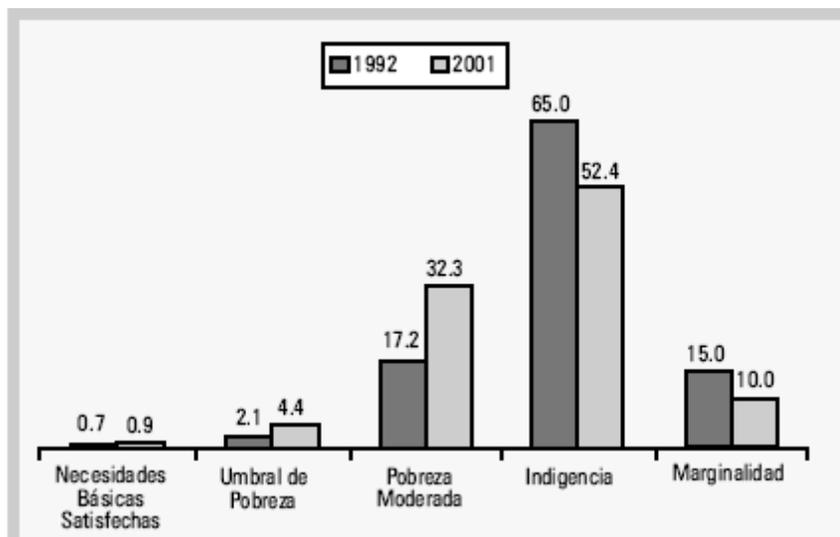
Según el censo del 2001, en el área urbana del departamento de Chuquisaca, 33.4% de la población es pobre, mientras que en el área rural este porcentaje alcanza a 94.7%, como podemos apreciar en los siguientes gráficos: Gráfico N° 1 y N° 2, extractados del Informe Mapa de Pobreza de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas del Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia, que muestran la población urbana y rural por condición de pobreza según los datos de los censos del año 1992 y del año 2001.

Gráfico 1 Chuquisaca: Población urbana por condición de pobreza, censos de 1992 y 2001 (En porcentaje)



Fuente: INE – UDAPE

Gráfico 2 Chuquisaca: Población rural por condición de pobreza, censos de 1992 y 2001 (En porcentaje)



Fuente: INE - UDAPE

Entre 1992 y 2001, en el área urbana del departamento de Chuquisaca se observa una reducción de 0.2 puntos porcentuales de la población pobre marginal, de 1.0 puntos porcentuales de la población pobre indigente y de 8.9 puntos porcentuales de la población pobre moderada, mientras que la población en el grupo Umbral de Pobreza se incrementó en 11.0 puntos porcentuales

En el área rural del departamento, la Indigencia disminuyó en 12.6 puntos porcentuales y la Marginalidad en 5.0 puntos porcentuales, mientras que entre 1992 y 2001 la población en Pobreza Moderada se incrementó en 15.1 puntos porcentuales²⁴.

2.2.3 Estructura de la Red de Servicios de Salud local

Desde la gestión 2003, de acuerdo al nuevo modelo de gestión y tomando en cuenta criterios de accesibilidad, capacidad resolutive y demanda espontánea, se constituyeron en el departamento de Chuquisaca seis redes de servicios en consenso con todos los actores sociales a nivel local representados por los DILOS (Directorios locales de salud, máxima autoridad municipal en materia de salud, conformados por representantes de los Gobiernos Municipales (alcaldes), los Comités de Vigilancia (representante comunidad organizada) y los Servicios departamentales de salud (jefes médicos locales))²⁵.

En dichas redes la prestación de servicios debe realizarse en todos los establecimientos de salud, organizados en tres niveles de atención: **Primer nivel**, correspondiente a modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de salud, consulta ambulatoria e internación de tránsito; **segundo nivel**, correspondiente a modalidades que requieren que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad e

internación hospitalaria en especialidades básicas; **tercer nivel**, correspondiente a consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

La red departamental está constituida por 364 establecimientos de salud, que según el nivel de complejidad y tipo de establecimiento presenta la siguiente estructura: 340 establecimientos (93%) corresponde al primer nivel, 8 establecimientos (3%) al segundo, y 8 establecimientos (3%) de tercer nivel. La red Sucre, constituida por un municipio (Sucre), es la que tiene mayor volumen de población bajo su dependencia, conteniendo a su vez, la mayor cantidad de recursos humanos, de infraestructura y logística.²⁶

Los establecimientos de primer nivel en la zona rural se encuentran dispersos en el territorio para intentar llevar la atención de salud, promoción y prevención lo más cerca posible de las comunidades, que frecuentemente se asientan de forma dispersa en lugares lejanos y eventualmente de muy difícil acceso, los ocho establecimientos de segundo nivel, se encuentran en lugares lo más céntricos posible respecto a los centros de primer nivel, sin embargo frecuentemente no existen vías adecuadas de comunicación y derivación entre estos niveles, ya sea por el estado de los caminos o por las distancias entre niveles, lo cual dificulta la labor cotidiana del personal de salud.

CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA

3.1 Introducción

Al nivel del diseño este estudio se enmarca dentro de la metodología de investigación cualitativa, por que pretende comprender el porqué de determinados comportamientos²⁷²⁸²⁹³².

Se trata de un estudio de tipo exploratorio dirigido a recoger las explicaciones que los actores de los hechos investigados dan a su conducta (punto de vista émico³⁰)³¹.

Se hace una aproximación a la práctica social de la tergiversación diagnóstica desde la fenomenología, tomando en consideración que su objetivo es explorar como los seres humanos le dan sentido a las experiencias y las transforman en conciencia, tanto individual como colectivamente; se basa en la descripción del como se perciben, describen, sienten juzgan, recuerdan, comentan y se les da sentido a los fenómenos³³.

Al nivel de la recolección de datos, este estudio no tiene carácter etnográfico por cuanto no hay observación participante. Para recoger los datos se aplicaron entrevistas individuales en profundidad, una técnica ampliamente reconocida como cualitativa. Este estudio no analiza variables numéricas, lo cual le confiere claramente carácter cualitativo.

3.2 Universo y muestra

Tomando en cuenta que la Tergiversación Diagnóstica probablemente ocurra con mayor frecuencia al atender población vulnerable, sin más acceso a la salud que aquella que ofrece el Seguro SUMI, (por ejemplo aquella que viva en zonas rurales), y dado que no existen registros de esta práctica, la cual se realiza al momento del diagnóstico y asignación de tratamiento en la consulta clínica; podría considerarse que el universo del estudio estaría conformado por el total de médicos que trabajaran en la zona rural del departamento de Chuquisaca implementando el seguro SUMI, dado que ellos son los potenciales practicantes de la tergiversación diagnóstica.

El muestreo realizado fue de tipo teórico, tomando en cuenta la participación de sujetos que experimenten los fenómenos de forma directa (experiencia vívida)³³, es decir, se configuró tomando en cuenta profesionales que estuvieran implementando el Seguro SUMI con respecto a los cuales existía una alta probabilidad de que tuvieran el dato buscado: Si habían practicado o no la Tergiversación Diagnóstica y sus motivaciones para hacerlo o no hacerlo^{27,28,32}.

Así, la muestra definitiva del estudio estuvo constituida por veintisiete (27) médicos que implementaban el seguro SUMI, uno por cada municipio predominantemente rural de los veintiocho existentes en el departamento de Chuquisaca, excluyendo al municipio número veintiocho dado que este municipio es mayormente urbano, con población de variada situación económica, con mayor acceso a diferentes opciones de atención en salud y con gran cantidad de recursos humanos en salud que trabajan en diferentes situaciones en relación al seguro SUMI determinando posible variabilidad del

fenómeno de estudio, fuera del contexto seleccionado: población pobre en contexto rural .

Se tomó en cuenta sólo a un médico por cada municipio y de preferencia el jefe médico, por considerar que en algunos municipios no sería posible encontrar a más de un médico por los viajes de atención a comunidades lejanas que se practican con regularidad en la zona rural, y por que los jefes médicos generalmente tienen varios años de trabajo en la zona rural, lo que podría aumentar la probabilidad de que hubieran tenido experiencias relacionadas a la práctica de la tergiversación diagnóstica, especialmente desde los inicios de implementación del seguro SUMI.

Según lo anterior se considera que la muestra seleccionada fue pertinente, en cuanto se seleccionaron contextos y participantes que pudieron explicar el fenómeno estudiado de la mejor forma posible; y respecto a la suficiencia, se considera que se alcanzó un adecuado nivel de saturación de la información respecto a los temas principales de la investigación, por lo que no se consideró necesario ampliar el número de entrevistados³¹.

3.3 Definiciones operativas

Tergiversación Diagnóstica:

Entendiendo por tergiversación a la incoherencia o divergencia entre las declaraciones de diagnóstico registradas por parte de los médicos y las prácticas reales de diagnóstico que estos realizan, con el fin de atender necesidades de pacientes no cubiertos por el Seguro SUMI.

Situación

Se entiende por situación a aquella circunstancia en la que se produce la Tergiversación Diagnóstica descrita por los entrevistados.

Razón

Se entenderán por razones, a las motivaciones aducidas para realizar o no realizar la tergiversación del diagnóstico.

3.4 Técnica de producción de datos

Para la presente investigación se recurrió a la ***Entrevista en Profundidad***, como técnica de producción de datos.

Dicha técnica permite producir datos que permiten conocer, entender e interpretar las percepciones y el comportamiento humano desde la perspectiva de las razones del propio actor respecto de sus acciones^{28,3334} (punto de vista denominado émico). En este casos se aplica el Teorema de Thomas: La conducta humana está determinada no por lo que es verdad, sino por lo que los actores creen que es verdad. En la entrevista en profundidad no se trata de encontrar la verdad sino lo que las personas entrevistadas creen que es verdad dentro de su mundo de referencia. La entrevista en profundidad hace posible una recopilación detallada del contexto sociocultural y los patrones de comportamiento.

Para realizar la entrevista en profundidad, se uso el tipo de entrevista semi estructurada³⁵ usando como es costumbre un temario, compuesto por temas o preguntas que se pueden modificar, agregar o eliminar según sea necesario en

la persecución conversacional del dato requerido³⁶ que en este caso es el indicio de conducta de tergiversación por parte del personal médico del SUMI. El contenido básico del temario surge de los objetivos específicos.

El temario utilizó los siguientes contenidos como disparadores de la conversación:

1. Conducta del médico en situaciones en que las características de la población atendida se hacen aparentes
2. Situaciones que llevan a los entrevistados a practicar la tergiversación diagnóstica
3. Razones aducidas por los entrevistados para justificar la práctica de la tergiversación
4. Imagen que tiene el médico entrevistado de su experiencia con el Seguro SUMI
5. Opinión del entrevistado respecto a lo mejor y lo peor que tiene el Seguro
6. Dificultades que el entrevistado ha encontrado en la atención a los pacientes, en relación al Seguro
7. Opinión del entrevistado respecto a si el Seguro satisface las necesidades de salud de la población
8. Creencias respecto del grado de difusión de la práctica de la tergiversación entre los médicos del Seguro SUMI.

3.5 Producción de datos

Previamente al proceso de producción de datos, el autor se entrenó en el uso de la técnica de entrevista en profundidad^{32,33,34,35}, entrevistando a médicos residentes (becados) de diferentes hospitales de la ciudad de Sucre (ciudad capital de municipio urbano del departamento de Chuquisaca, no incluidos en la muestra para este estudio), tomando en cuenta que durante su rotación de internado en zona rural, dichos médicos tuvieron la oportunidad de implementar el Seguro SUMI.

Posteriormente, se contactó, por medio del Servicio Departamental de Salud (SEDES) del Departamento de Chuquisaca, a los veintisiete jefes médicos de centros de salud municipal correspondientes a la muestra.

El investigador presentó el proyecto y solicitó participación voluntaria, resaltando el hecho de que el estudio respondía a fines académicos independientes de cualquier institución.

Se coordinaron reuniones individuales con los médicos que aceptaron ser parte de la muestra y se realizaron las entrevistas teniendo cuidado de hacerlas en lugares apropiados para evitar posibles distractores.

Gran parte de las entrevistas se realizaron en la ciudad capital del departamento aprovechando la instancia de un curso de capacitación orientada a jefes médicos; sin embargo y debido a eventualidades no se pudo completar el total de entrevistas en el tiempo de duración del curso, por lo cual tuvieron que coordinarse nuevas fechas de entrevista con los médicos faltantes, el lugar para estas reuniones fue definido en cada uno de los municipios faltantes debido a la dificultad de los médicos para ausentarse de su trabajo.

Durante dos semanas se realizó una ruta itinerante por las localidades en las cuales trabajaban los médicos a los que faltaba realizar la entrevista; al fin de estas actividades, se lograron completar las entrevistas a los médicos que trabajaban en el área rural del departamento de Chuquisaca, implementando el Seguro SUMI.

En todas las entrevistas se informaron las características del estudio y se solicitó la firma voluntaria del Consentimiento Informado y se realizó una grabación digital de la entrevista con el consentimiento del participante. La entrevista fue realizada basada en el temario y con técnicas descritas en la metodología.

Una vez recolectada la información se procedió a la transcripción de las entrevistas compartiendo resultados y análisis intermedios con un experto en investigación cualitativa como se explica en la siguiente sección.

3.6 Análisis de datos cualitativos

Se procedió a la transcripción de las grabaciones digitales de forma conjunta con el desarrollo de las entrevistas, sin embargo y dada la duración de las mismas no se pudo mantener la transcripción a la par del desarrollo de las entrevistas.

Posteriormente se procedió a aplicar el *análisis de contenido* temático por comparación constante, una técnica para leer e interpretar el contenido de toda clase de documentos³⁷. Paulatinamente se obtuvo un grado de familiaridad con los datos que permitió dar sentido e identificar de forma gradual temas emergentes, prestando especial interés al fenómeno de estudio, por lo cual las entrevistas se categorizaron basándose en las declaraciones de los médicos

respecto a la práctica o no práctica de la Tergiversación Diagnóstica y las razones aducidas para tomar cada conducta.

La categorización pretendió ser lo suficientemente inclusiva respecto a la clasificación de datos relevantes para el estudio, que provinieran de la información disponible y que concordaran con el alcance de los objetivos del estudio, reconociendo y respetando la diversidad y diferencia de información. El foco epistemológico de la categorización fue identificar las explicaciones que daban a su conducta los propios actores de los hechos investigados y en que situaciones practicaban la tergiversación diagnóstica:

Durante la fase de análisis se procuró obtener un equilibrio en el proceso de reducción de datos y un adecuado orden y organización de los temas y categorías que dieron lugar a la interpretación y finalmente la descripción de los resultados del estudio, intentando otorgar protagonismo a los entrevistados por encima de las pre concepciones del investigador.

3.7 Estrategia de presentación de resultados

El fenómeno de la práctica de la Tergiversación Diagnóstica, o Diagnóstico Administrativo, es explorado mediante la Descripción Densa, presentando la interpretación correspondiente a las citas extractadas de las transcripciones y ordenadas de la siguiente forma:

Primero la descripción de las situaciones que determinan la necesidad de practicar la Tergiversación diagnóstica o recurrir a alternativas a la misma, para satisfacer necesidades que presenta la población.

En segundo lugar se exponen las razones según las cuales un grupo de

entrevistados ha practicado la Tergiversación Diagnóstica, al enfrentarse a las situaciones en las que el Seguro no parece satisfacer las demandas de forma adecuada.

En tercer lugar se exponen las razones expuestas para no practicar la Tergiversación Diagnóstica, por un grupo de entrevistados que nunca la han practicado. También se describen las principales alternativas a la Tergiversación Diagnóstica nombradas por este grupo de entrevistados, y que se escogen o se practican frente a las situaciones mencionadas.

3.8 Criterios de calidad

A continuación se exponen, cuatro criterios de control de calidad para investigación cualitativa²⁷ (credibilidad, confianza, confirmabilidad y transferibilidad), con los cuales se pretende establecer el verdadero valor de los resultados obtenidos en el estudio.

- **Credibilidad de los resultados:**

Criterio que se enfoca en la confianza respecto a la autenticidad de los resultados, incluida una interpretación exacta del contenido. Esto viene a enfatizar el hecho de que la calidad de los resultados depende de la calidad del análisis, pues los resultados son los datos interpretados. Para generar estos datos interpretados se recurrió a la comparación constante en busca de “comunes denominadores” en los textos generados por la entrevista en profundidad. Esta estrategia de búsqueda de contenidos garantiza que la interpretación revele cuales son los consensos que circulan en la muestra estudiada sobre la base de constatar el consenso expreso en las declaraciones de los propios informantes.

No hay motivos para dudar de la veracidad de los informantes cuando se refieren a las percepciones de su propia conducta, excepto en lo que se refiere a cuan amenazante parezca la pregunta respecto de la tergiversación. No hay duda que declarar actos que van contra las normas del servicio en que trabaja el profesional es amenazante. Debido a eso el investigador se aproximó al tema en forma indirecta. Es decir, no preguntaba si practicaban o no la tergiversación diagnóstica sino que les proponía declarar que hacían cuando se enfrentaban a tales y tales situaciones que, sabidamente, suelen generar tergiversación.

Gracias al adecuado diseño de la muestra y producción de datos, los resultados fueron ricos en información sobre la práctica de la tergiversación diagnóstica, al analizar la información se advirtió coherencia respecto a lo expresado por los participantes entre sí, encontrando incluso discursos antagonistas que se enriquecían por sus diferencias y se procuró respetar esta riqueza al momento de realizar el análisis y al presentar los resultados de la investigación, los mismos que corresponden con la información producida.

- **Confiabilidad**

Criterio que tiene como objetivo determinar si los resultados son dignos de crédito, si el proceso de investigación es coherente consigo mismo y con las normas de la metodología cualitativa. La entrevista en profundidad correctamente realizada es confiable, es decir es la metodología apropiada para conseguir que los informantes revelen las verdades percibidas por ellos como verdades respecto a su conducta.

Se considera que el problema, los objetivos y el diseño de la estrategia de recolección de datos (entrevista en profundidad) se corresponden entre sí, y contribuyen de forma favorable al desarrollo y término de la investigación.

- **Confirmabilidad**

Este criterio procura confirmar que los datos reflejen tan exactamente como sea posible las perspectivas y experiencias de los participantes. Esto viene a significar que las interpretaciones que el investigador hace respecto de los datos entregados por los informantes se basan en lo que ellos han declarado de tal modo que la cita de estas declaraciones permite al investigador demostrar la coherencia de sus interpretaciones y conclusiones con las declaraciones de los sujetos (descripción densa).

Se hace énfasis en que al analizar e interpretar la información producida se procuró siempre reflejar las opiniones y experiencias vividas por los entrevistados desde su percepción de la realidad.

- **Transferibilidad**

La investigación contemporánea señala que toda conducta se da en contexto y depende del contexto en que se da (interpretación situada). Este punto de vista se relaciona con la noción de modelos motivacionales de Max Weber y la visión sistémica de la conducta (causalidad circular). En el caso de la tergiversación diagnóstica la idea es que los médicos hacen tergiversación en respuesta a situaciones de pobreza u otras de diversa índole, es decir no son una acción inmotivada. Por lo tanto podemos suponer razonablemente que cada vez que se repitan para un médico situaciones similares existe una probabilidad no despreciable de que su respuesta a la situación sea la misma o similar.

Con el objeto de tener la posibilidad de aplicar las lecciones aprendidas a otros contextos, se deben representar puntos de vista y experiencias que reflejen aspectos fundamentales del problema investigado. El propósito es producir datos conceptualmente representativos de las personas de un contexto específico. De manera que al momento de decidir sobre la posibilidad de aplicar la experiencia en otro contexto se pueda juzgar su viabilidad en base al contexto y la característica de los involucrados expuestos en el presente estudio.

Desde el diseño del estudio y pasando por las diferentes fases de la investigación, se procuró exponer y explicar el contexto en el cual ocurre la práctica de la tergiversación diagnóstica. Por otra parte se puso especial énfasis en el muestreo de los sujetos participantes del estudio, buscando representar puntos de vista y experiencias desde la vivencia de sujetos que estén en condiciones de reflejar diferentes características del tema de estudio. Además se considera que los resultados del estudio enriquecen el contexto y características de la práctica de la tergiversación diagnóstica y de los involucrados en la misma.

3.9 Consideraciones éticas

Se considera que el presente estudio tiene valor social en cuanto busca ampliar el conocimiento de prácticas relacionadas con la atención en salud a población vulnerable, buscando entregar información que pueda mejorar dicha atención.

Se explicitaron a los entrevistado los objetivos de la investigación, y su rol en la misma, enfatizando la intención de establecer conclusiones de tipo general y de ninguna forma particular.

Antes de empezar la entrevista se reiteraron los ejes temáticos acerca de los cuales trataría la investigación, así como la libertad de participar o no hacerlo; se firmó por ambas partes un consentimiento informado, en el que se prestaba especial énfasis a la confidencialidad y anonimato respecto de las opiniones vertidas durante la entrevista y al uso confidencial del material resultante. Se pidió el consentimiento de los entrevistados para grabar la conversación con una grabadora digital, no hubo rechazos.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

4.1 Introducción

Se entrevistaron a veintisiete médicos que al momento de la entrevista estuvieron encargados del proceso de implementación del Seguro SUMI en el departamento de Chuquisaca. Las respuestas de los médicos frente a las situaciones propuestas o mencionadas por ellos mismos, fueron básicamente de dos tipos: aquellas que declaran haber practicado la Tergiversación Diagnóstica (dieciocho entrevistados), y aquellas que declaran no haber practicado nunca la Tergiversación Diagnóstica (nueve entrevistados).

Según lo anterior, se encontraron indicios de la práctica de la Tergiversación Diagnóstica como se la definió en el presente estudio; algunos médicos reconocieron el concepto de Tergiversación Diagnóstica bajo el término “Diagnóstico administrativo”, que fue usado tiempo atrás (no se pudo precisar cuando) de forma informal (no existen documentos al respecto) por parte de las autoridades locales de salud, para denominar las irregularidades en el registro de diagnósticos en el SUMI que “inflaban” las estadísticas. La siguiente cita, proveniente de una de las entrevistas, conceptualiza el entendimiento del término Diagnóstico Administrativo, por parte de algunos entrevistados:

“Es ese diagnóstico que se hace para justificar la dotación de medicamentos, que no le otorgan los paquetes [del SUMI], y que quisiéramos dar al paciente para la patología; por lo que tenemos que recurrir a otros diagnósticos para darle los medicamentos necesarios” [TD20]

Se consideró que el término Tergiversación Diagnóstica describe adecuadamente la práctica social objeto de estudio, haciéndolo adecuado para

el entendimiento por diferentes tipos de lectores que deseen interiorizarse en este tema, ya sean autoridades de salud, los propios médicos que implementan el Seguro, estudiantes, etc.

Según la información recogida la práctica social de la Tergiversación Diagnóstica ha tenido variaciones en el tiempo, por ejemplo asociadas a la ampliación del Seguro SUMI el 2006, que a través de la incorporación de nuevos paquetes de diagnóstico ha disminuido la necesidad de practicar la tergiversación diagnóstica:

“Hoy por hoy ya no lo hacemos tanto, sí antes de la ampliación del Seguro, antes era más limitado, en algunas patologías mas frecuentes; pero ahora con los últimos cambios [ampliación del SUMI], creo que se ha solucionado” [TD20]

“... desde media gestión del 2006 con las nuevas políticas de salud se han ampliado las prestaciones, que hoy en día si antes contábamos con tres prestaciones para el niño, hoy contamos con quince prestaciones, se ha triplicado, cuadruplicado, y mucho más, lo que nos da oportunidad de hacer un buen tratamiento con el diagnostico neto del paciente”. [TD11]

A continuación se presentan las situaciones y razones que los entrevistados exponen respecto al fenómeno estudiado.

4.2 SITUACIONES QUE DEMANDAN LA PRACTICA DE LA TERGIVERSACION DIAGNOSTICA O ALTERNATIVAS A LA MISMA

Las respuestas de los entrevistados presentadas en esta sección, exponen la existencia presente o pasada de una práctica social que se corresponde con la definición de Tergiversación Diagnóstica, a la vez que también expresan las opiniones y vivencias personales basadas en experiencias reales de los entrevistados, demostrando además la existencia de alternativas a esta práctica.

Según lo que viene a continuación, las situaciones que requieren la actuación de los profesionales de la salud para poder brindar acceso a la población a los servicios de salud, se caracterizan, entre otras cosas, por las necesidades de una población de escasos recursos económicos, por imágenes erróneas de los demandantes respecto a lo que ofrece el Seguro SUMI (lo que crea falsas expectativas y demandas no coherentes con la oferta); y por características particulares en cuanto a su distribución geográfica, lo que a veces imposibilita seguir la norma general de las transferencias a niveles superiores de atención, limitando a los profesionales en cuanto a sus opciones de tratamiento.

En otros casos independientemente de aquellos en los que una opción es la derivación, los entrevistados perciben insuficiencia por parte del Seguro, específicamente en el rubro de la asignación de un arsenal medicamentoso inadecuado a la realidad epidemiológica de la población, lo que de nuevo los obliga a buscar soluciones.

Tanto para los casos en los que se debería derivar, como para aquellos en que los medicamentos no son acordes a las necesidades reales, una solución posible es la gestión administrativa con el DILOS; de hecho algunos

entrevistados refieren usar esta estrategia, sin embargo otros ni siquiera toman esta estrategia como una posibilidad, describiendo la práctica de la tergiversación diagnóstica como la opción lógica para satisfacer las necesidades de salud de la población. Pasemos a revisar estos puntos detenidamente:

La situación o circunstancia que determina la necesidad de practicar la Tergiversación Diagnóstica o de acudir a otras alternativas, empieza a construirse al momento en que la población de escasos recursos económicos, con diversas demandas y necesidades relacionadas a la salud, acude a los diferentes niveles de servicios de salud de atención primaria en busca de satisfacer dichas necesidades.

Estos pacientes muchas veces son pobres y los médicos advierten y hacen conciencia respecto a la condición socioeconómica que viven los pacientes y familiares que acuden a su servicio y con frecuencia se hacen parte de la situación de estas personas:

“¿Por qué hago?, porque uno debe fijarse en la condición social de la gente, especialmente en el campo, es de escasos recursos, y vienen a pedirte colaboración, uno asume que no tienen dinero, y además uno les pregunta si podrían comprarse algún medicamento, y entonces tienes que ayudar... estás en riesgo de que se te haga una auditoria, pero estas ayudando a una persona.”

[TD06]

“[La población que se atiende en el SUMI] Muy deprimida económicamente, no tienen ingresos económicos, más que de la venta de sus cosechas, que son pequeñas” [TD22]

“Hay mucha gente [en el municipio donde trabaja] que vive en extrema pobreza y que no tiene recursos para usar un servicio de salud, en este caso tenemos que recurrir a la alcaldía, y que se le autoricen medicamentos desde farmacia”.

[TD07]

Estas citas revelan que es la pobreza de la población atendida la que motiva al médico a hacer Tergiversación Diagnóstica u otra alternativa (recurrir a la alcaldía) cuando lo considere necesario, de forma de poder ayudar al paciente vulnerable.

Este propósito de ayudar al paciente suele verse complicado por algunas características como, por ejemplo, el paciente que puede creer que basta con que el médico lo vea para sanar, no se da cuenta que también necesita un tratamiento:

“... el municipio es muy pobre, no hay fuentes de ingreso allá, vienen sin un centavo, y cuando están dentro del Seguro se les puede atender, pero cuando no están dentro, de nada sirve hacer la atención, por que la gente cree, que por el hecho de ser atendido por el médico se van a sanar, pero no es así, se debe hacer un tratamiento para resolver su cuadro”. [TD07]

Con frecuencia el paciente esta desinformado respecto a lo que el SUMI cubre realmente, a quienes cubre o con ideas falsas al respecto, solicitando algunas veces que toda la atención, incluyendo los medicamentos sean otorgados de forma gratuita. Esto podría deberse, en algunos casos, a fallas en la comunicación y promoción del seguro que llevan al paciente utilizar el servicio con una demanda que no corresponde a lo que el seguro SUMI tiene cubierto en sus prestaciones, lo cual puede motivar al médico a buscar alternativas para solucionar este tipo de situaciones:

“Lo peor es el hecho de que nos equivocamos en decir que el SUMI da todo gratis, llega el momento en que el paciente se interna, y los medicamentos que no están en los paquetes se deben extender en receta, y esto se convierte en un inconveniente por la falta de información”. [TD13]

“... con la propaganda la gente queda desinformada, por que llegan y piden suero vitaminado que no se puede dar de esa forma, entonces pienso que ha sido lo que nos ha costado hasta ahora que esta concluyendo el SUMI y que la gente piensa que el SUMI cobre todo” [TD23]

“El área rural es diferente del área urbana, en ese nivel el decir que el SUMI es universal y gratuito, mucha gente cree que cualquier patología que presentan dicen que tiene acceso a la atención y medicación, pero no es así, el SUMI limita el acceso especialmente a la distribución de medicamentos, y es ahí donde hay problemas con la población por falta de información y entendimiento de la población”. [TD13]

“En la mayoría de las comunidades trabajamos con gente campesina, no como la ciudad, pese a que les hemos capacitado, la gente piensa que sin importar la edad del paciente, tenemos la obligación de darles medicamentos y curaciones gratuitas, y el seguro no cubre a toda la población”. [TD13]

Una vez realizado el diagnóstico y decidido el plan terapéutico a seguir, en ocasiones, el médico que se encuentra en centros de niveles inferiores, se ve limitado por la normativa del Seguro para realizar el tratamiento necesario o entregar ciertos medicamentos asignados a patologías para resolver los problemas de salud de los pacientes, que por su complejidad el reglamento

expresa que deben tratarse en un nivel superior dentro de la red de salud, donde si se autoriza la entrega de servicios o insumos necesarios:

“Siempre he tenido problemas con eso, uno no puede pasarse al segundo nivel, siempre he tenido dificultades, se debería apoyar al médico para que pueda manejar eso. Por ejemplo para trasladar pacientes al segundo nivel, es muy lejos y accidentado”. [TD04]

Los médicos actúan según lo establecido por el Seguro, informando al paciente la necesidad de transferirlo a otro nivel de atención; la solución de estas situaciones puede significar para el paciente, o para sus cuidadores una carga inaceptable, lo cual puede deberse, por ejemplo, a los costos de retorno del paciente al lugar de donde parte la indicación de transferencia, o los costos para el traslado y costeo de la estadía de familiares en otra localidad, o el abandono de propiedades y familiares para acompañar a los pacientes en otra localidad:

“Si un paciente tiene que viajar, a otra ciudad,...las enfermedades obstétricas, o menores [niños], se cubre hasta el transporte [de ida por parte del SUMI], aunque no cubre la contrarreferencia [vuelta]”. [TD09]

“Hay inconvenientes de traslado a los pacientes obstétricos ya que el Seguro no reconoce esos traslados, y hay poblaciones que están muy lejanas, y el municipio debería pagar, pero ha habido muchas dificultades, al mismo tiempo las referencias y contrarreferencias, son dificultosas, por que estamos más cerca de Santa Cruz, y referir a nuestra gerencia es imposible por vía caminera, y el estado de caminos... el llegar a otro departamento a pesar de ser programa nacional es un inconveniente.” [TD10]

“... hay paquetes que son exclusivamente segundo nivel, que a veces los pacientes no quieren ir al segundo nivel por la distancia, entonces qué tenemos que hacer... tenemos que atenderle... somos médicos, tenemos que salvarlos. Pero nos limitan diciendo que eso no se puede abrir en primer nivel sino sólo para segundo nivel” [TD01]

Estas circunstancias obligan al médico a replantearse la situación , puesto que estos pacientes se encuentran dentro del Seguro SUMI, pero al médico no se le permite otorgarle los medicamentos o procedimientos en el nivel en el que trabaja aunque los tenga disponibles, y lo correcto sería realizar una transferencia al nivel superior; sin embargo los pacientes no aceptan esta disposición por razones que pudieran ser consideradas válidas o no, pero que ponen al médico frente a una situación difícil, puesto que si no hace algo, el paciente quedaría sin tratamiento.

De forma paralela, en otras ocasiones no relacionadas a la derivación, algunos entrevistados describen situaciones en las que el Seguro SUMI presenta una insuficiencia relacionada con la falta de alternativas terapéuticas acordes a la realidad de las patologías que presenta la población beneficiaria, operando con asignaciones de medicamentos insuficientes, creando la necesidad en los médicos de tergiversar para acceder a tratamientos adecuados para sus pacientes. En reiteradas ocasiones se hace referencia a la necesidad de asignar medicamentos de mayor complejidad por ejemplo antibióticos para otorgar un tratamiento adecuado a la verdadera necesidad de los pacientes:

“...el SUMI tiene la IRA [Insuficiencia Respiratoria Aguda] sin neumonía, y su tratamiento es paracetamol, pero hay cuadros que no ceden solo con eso, y entonces nos vemos tentados a utilizar algún antibiótico u otro medicamento”.
[TD18]

Para que el médico pueda utilizar otro medicamento que el supuesto por el SUMI puede tener que recurrir a la tergiversación. Esto es lo referido en la siguiente cita de acuerdo a la cual se hace necesario agregar medicación en previsión de una situación potencialmente agravante:

“En el caso de enfermedad febril, en el paquete sólo figura paracetamol, generalmente las personas del área rural que vienen de muy lejos, se les tiene que dar un antibiótico para asegurar el resultado, muchas veces las características clínicas determinan la decisión”. [TD05]

“Particularmente, si ese niño requiere medicamentos de mayor complejidad, y no lo que indica su patología, por lo menos yo lo hago pasar a la patología que tiene los medicamentos que requiere el niño para sanar, y anoto en la historia tal vez falsa sintomatología, para que el niño se vaya contento”. [TD19]

Algunos médicos solucionan estos dilemas (los de imposibilidad de transferencia, y los de medicamentos insuficientes dentro de lo establecido por la norma), a través de la gestión administrativa, con la figura del DILOS, en cuya competencia recae la decisión de autorizar la asignación de medicamentos de un nivel superior en un nivel inferior, realizar procedimientos de un nivel superior en uno inferior, o entregar medicamentos adicionales, siempre y cuando se cuenten con los recursos necesarios para tal efecto:

“Otra limitación, son los niveles, por que hay patologías que se pueden resolver en primer nivel, pero nos limitan, y tenemos que mandarla a un segundo nivel, sin importar la capacidad resolutive; a veces hay que acudir al DILOS, para que el SUMI haga el descargo para poder intervenir esas situaciones, según si la situación lo requiera”. [TD12]

“Dentro del programa SUMI,... es un gran apoyo para la población aunque no estén muy completos los paquetes, vienen niños con patologías que nos hacen sentir amarrados por ser de primer nivel y no poder abrir ciertos paquetes, aunque las autoridades del DILOS nos autorizan para abrir paquetes como neumonía grave, en casos que lo requieren”. [TD22]

Sin embargo otros médicos, para solucionar estos problemas, prefieren otras opciones, entre estas la Tergiversación Diagnóstica, sin siquiera tomar en cuenta la existencia de la figura administrativa a la cual recurren otros entrevistados, pues en ocasiones se ven abandonados por las autoridades:

“... los gobiernos municipales deberían comprometerse más y deberían poner un fondo en el POA [Plan Operativo Anual municipal] que permita cubrir esas necesidades a los indigentes. Actualmente los alcaldes todavía no han permitido poner este fondo de indigencia nos piden que resolvamos con costos añadidos a los medicamentos en farmacia”. [TD13]

Recurriendo a la Tergiversación Diagnóstica se atienden las necesidades de la población en el nivel inferior, sin necesidad de traslado, y otorgando los medicamentos que sean necesarios independientemente de que no correspondan según la patología que presenta y la del paquete del SUMI, todo esto por medio de la Tergiversación diagnóstica:

“De acuerdo a la enfermedad para sacar medicamentos, se registran los códigos de otra patología, tal vez en eso deberíamos mejorar el SUMI, el caso de las neumonías, pero depende del nivel, si es de otro nivel, pueden sacar antibióticos, pero sino hay que cambiar [los códigos diagnósticos]”. [TD03]

“El SUMI, usa medicamentos muy primarios, y para pacientes que necesitan más complejidad [otro nivel de atención], en un centro de salud de primer nivel como en el que trabajamos, no son eficientes, son escasos. Y obviamente no cumple todos los requerimientos que necesitan los pacientes. Hay veces que se tiene que aumentar la enfermedad para poder colaborar al paciente”. [TD03]

4.3 RAZONES PARA PRACTICAR LA TERGIVERSACION DIAGNOSTICA

La Tergiversación Diagnóstica es un acto racional por cuanto obedece a razones, es decir es una práctica que no se da por que sí, si no que es un arreglo de los medios con respecto a los fines.

Este grupo de entrevistados declara haber recurrido a la Tergiversación Diagnóstica en circunstancias en las que las situaciones ya mencionadas influyen de forma individual o conjunta en la toma de decisiones para resolver esas circunstancias difíciles, pero además hacen referencia a distintas motivaciones que afectan la toma de decisión de practicar la Tergiversación Diagnóstica, estas razones o motivaciones se reúnen en las siguientes categorías: satisfacción de necesidades de población vulnerable, mantención de credibilidad y confianza de los pacientes, prevención de enfermedades complejas, obligación profesional, percepción de falta de alternativas a la tergiversación diagnóstica, condición socioeconómica de los pacientes y la necesidad emergente de prevenir surgida de la lejanía de vivienda de pacientes.

Muchas de las razones se relacionan estrechamente con las características de la situación conflictiva; por otra parte las diferentes razones declaradas para practicar la Tergiversación Diagnóstica involucran una crítica a la insuficiencia del programa para satisfacer las necesidades de los pacientes, de acuerdo a las realidades que estos, y los médicos encargados de implementar el Seguro viven de forma cotidiana.

4.3.1 BENEFICENCIA AL SATISFACER NECESIDADES DE POBLACIÓN VULNERABLE

Un grupo de entrevistados describen que al practicar la Tergiversación Diagnóstica, consideran que realizan un bien a los pacientes, expresan que obtienen satisfacción personal y profesional al ayudar al paciente de escasos recursos que de otra forma no podría acceder a tratamientos que según criterio médico serían los adecuados; los entrevistados expresan que actúan de esa forma debido al cariño y solidaridad que sienten respecto de la población:

“Yo por solidaridad [practica la Tergiversación Diagnóstica], pese a que me arriesgue a una auditoria, me pueden llamar la atención, más por el bien del paciente y de la mamá. Tal vez más a mi personalidad, yo siento por los pobres, yo también fui pobre, me pongo en su situación, ni para el pan tienen, peor para su medicina”. [TD19]

“... los valores, el cariño que tienen uno con los pacientes, el vivir a diario con ellos, uno piensa en su salud, y eso nos hace buscar la forma de poder beneficiarlos. Pensando en el beneficio que va a producir esta acción, y que si no hacemos eso, el paciente puede empeorar y las complicaciones son de tratamiento más dificultoso”. [TD20]

“Estoy de acuerdo con parámetros y normativas; pero con respecto a la salud, no se puede, tienes que salirte del parámetro, por que la salud es primero. Eres mal médico si dices: “No señora, solamente le cubre este Paracetamol, no puedo ayudarle más” por que el SUMI tiene tantas cosas; entonces ¿qué puedo hacer?... tomo a esa persona, la cuido, para que también me vean que trabajo, por que de eso te cataloga la gente, si ayudas y curas, eres buen médico, si no... nada más”. [TD06]

4.3.2 CREDIBILIDAD, CONFIANZA DE LOS PACIENTES

Algunos entrevistados describen cierto temor a perder la confianza y credibilidad de los pacientes en el caso de no satisfacer las demandas de estos, al implementar tratamientos sintomáticos, que se caracterizan por repetir ciertos medicamentos, como por ejemplo el paracetamol; o también al entregar recetas para la compra, defraudando a los pacientes que muchas veces acuden a la consulta creyendo que todos los servicios y tratamientos son gratuitos.

Esta pérdida de confianza y defraudación de expectativas se traduciría en que los pacientes ya no asistan a la consulta general, y que tampoco lo hagan en las visitas que realiza el personal de salud a las comunidades alejadas.

De esta forma se revela que los pacientes ejercen un tipo de presión, conciente o no, la cual determina que los médicos se vean en la necesidad de buscar opciones eficientes para satisfacer las necesidades de la población, una de las cuales es la práctica de la Tergiversación Diagnóstica:

“Sin eso [TD] no se donde iríamos a parar, cumpliendo las reglas perderíamos la credibilidad del usuario, dado que si van con gripe: les damos paracetamol... para otra cosa: paracetamol... no es que hagamos resistencia a antibióticos [con la TD], se hace en base a criterio médico”. [TD12]

“Cuando no lo hacemos [TD], el paciente se siente mal, es reacio a venir a las consultas, no quiere hacerse atender más en el hospital, ni siquiera cuando se va a atender a las comunidades, entonces genera problemas, por que vamos perdiendo pacientes”. [TD24]

4.3.3 PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES COMPLEJAS

Un grupo de entrevistados expone como razón para practicar la Tergiversación Diagnóstica la preocupación de los médicos por la evolución y restablecimiento completo del paciente; según las respuestas, el aspecto de mayor importancia es la mejora de los pacientes, por encima de cualquier otro tema, incluido el marco normativo del Seguro, el cual no contempla la posibilidad de prevenir la evolución desfavorable de los problemas de salud.

Los entrevistados hacen énfasis en que la toma de decisiones respecto a los tratamientos se basa en criterios clínicos y características de los casos atendidos, con fines de prevención de patologías mayores; y que en las zonas rurales, a diferencia de los centros urbanos, no se puede realizar un control de adecuado de la evolución de la enfermedad, como exponen las siguientes citas:

“Garantizar el restablecimiento del paciente, la mayor preocupación del funcionario es que el paciente no vuelva con el mismo cuadro o en peores condiciones, entonces se hacen este tipo de atenciones, no siempre, en casos excepcionales, se ha hablado este tema en los CAI... que estaba prohibido totalmente, incluso nos mostraron los problemas que se puede tener con la ley SAFCO, pero en otras circunstancias se toma en cuenta la realidad del paciente”. [TD14]

“Cada uno tiene un criterio, somos una especie de calculadoras, hacemos un tratamiento y vemos si va mejorando o empeorando... en el área urbana hay posibilidad de hacer seguimiento al día siguiente, se puede tratar de mejor manera; en el área rural no tanto, debemos ser como brujos, adivinos, para saber si van a ir bien o mal, por que las mamás no son tan concientes para traer al niño, se dan su tiempo, y eso puede ser malo”. [TD17]

“Por prevención, para que el proceso no vaya a mayores, por que el proceso viral puede llegar a infeccioso, y con las condiciones del hogar y el clima, es desfavorable, además las mamás tardan en llevarlos a reconsulta: cinco, seis días, entonces, para prevenir es que muchos hacemos el diagnóstico administrativo”. [TD17]

4.3.4 OBLIGACIÓN PROFESIONAL SENTIDA

Algunos entrevistados consideran que la principal función, responsabilidad e incluso “necesidad” del médico es la de responder a las necesidades de los pacientes por encima de cualquier otro tipo de circunstancia o normativa, argumentando incluso que la formación médica y la vocación personal determinan que se tome la decisión de practicar la Tergiversación Diagnóstica:

“La necesidad de cumplir con el paciente y cubrir las necesidades de las personas; al no tener las patologías en el paquetario, buscamos medicamentos similares para el tratamiento, y vamos cubriendo lo que el paciente necesite”. [TD12]

“En realidad esa es nuestra función, tenemos que sensibilizarnos frente al paciente, no podemos estar diciéndole que no tiene recursos y que no va a poder atenderle ni darle tratamiento, entonces tenemos que ver la manera”. [TD24]

“[¿Por qué se practica la TD?] Uno formación... por que se sabe lo que se hace, no puedo acceder a otro tratamiento sin saber, total si vive bien sino también, sabiendo se acude a otro tipo de diagnostico para favorecer; y otro el lugar donde se trabaja, la gente que lo apoya, y se tiene que responder, no se puede

decir no puedo, por más que sea lejos, a veces hace mucho el corazón, y se dice accederemos a otro diagnóstico y salvarlo como se pueda”. [TD15]

“[¿Practica la TD?] Sí, por algo has escogido una carrera en la que tienes que darte a la gente..., lamentablemente hay muchas cosas que te molestan, en mi experiencia, hay gente que también se aprovecha, pero también hay gente que vale la pena, y te da alegría haber ayudado a una persona, haber mejorado su salud, y eso es para lo que uno ha estudiado”. [TD06]

4.3.5 PERCEPCIÓN DE FALTA DE ALTERNATIVAS A LA TERGIVERSACIÓN DIAGNÓSTICA

Algunos entrevistados aprecian una inexistencia o dificultad de acceso a alternativas eficientes a la práctica de la tergiversación Diagnóstica, para hacer frente a las situaciones en las que el Seguro SUMI no puede satisfacer de forma adecuada las necesidades de la población; algunas declaraciones refieren haber tenido experiencias negativas en las gestiones con instituciones estatales como las Alcaldías, o la inexistencia de entidades independientes como ONGs que puedan ofrecer ayuda de manera más expedita.

También existe la percepción de que los centros de referencia dentro de la red asistencial no son una opción debido a su lejanía:

“... las ONGs no nos han ayudado, otras organizaciones ayudan sólo en sus campos como la anticoncepción. Estos fondos [fondo para indigentes] no son de mucha ayuda, por que son muy escasos, no sirven para todo el municipio. Además que no es sólo para el SUMI, sino para toda la población, todas las edades”. [TD12]

“Recurrimos al municipio, al Sr. alcalde, y coordinando se puede destinar fondos en casos de pacientes indigentes. Aunque no siempre se tiene el apoyo de la autoridad, en ocasiones hay que lidiar con el oficial mayor, por que los alcaldes a veces no están suficientemente preparados para estas”. [TD14]

“... los gobiernos municipales deberían comprometerse más y deberían poner un fondo en el POA [Plan Operativo Anual municipal] que permita cubrir esas necesidades a los indigentes. Actualmente los alcaldes todavía no han permitido poner este fondo de indigencia nos piden que resolvamos con costos añadidos a los medicamentos en farmacia”. [TD23]

4.3.6 CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS PACIENTES

Algunos entrevistados exponen que la condición económica de la población que acude en busca de atención a sus necesidades de salud sería una de las razones por las cuales practican la Tergiversación Diagnóstica.

En los casos en que los entrevistados después de indagar, consideran que los recursos económicos de la familia determinan la no adquisición de todos o parte de los medicamentos necesarios para tratar de forma adecuada los problemas de salud de los pacientes, y por tanto la desfavorable evolución de la enfermedad, los entrevistados escogen practicar la Tergiversación Diagnóstica no sólo como una medida para asegurar el tratamiento, sino como una forma de ayudar a la población de escasos recursos.

Esta realidad con la que los profesionales tienen que lidiar día tras día no está debidamente contemplada en el Seguro SUMI, puesto que la condición de necesidad a veces no sólo se basa en la condición económica vulnerable, sino en la suma de esta con otros factores:

“Cuando se presentan estas situaciones, uno se pregunta: ¿Y qué voy a hacer?, cada municipio es diferente y te encuentras con gente que no tiene ni un peso, y frente a no hacer nada, es preferible hacerlo [TD]”. [TD03]

“¿Por qué hago?, por que uno debe fijarse en la condición social de la gente, especialmente en el campo, es de escasos recursos, y vienen a pedirte colaboración, uno asume que no tienen dinero, y además uno les pregunta si podrían comprarse algún medicamento, y entonces tienes que ayudar... estás en riesgo de que se te haga una auditoria, pero estas ayudando a una persona”. [TD06]

“Si, estoy segura que todo el personal de salud lo hemos hecho [Tergiversación Diagnóstica], por ejemplo la auxiliar pregunta ¿Qué hago?, y ve si no tiene dinero... le das la receta al paciente, y después vuelve pero ha empeorado, le preguntas: ¿Ha tomado el remedio?, no por que no tiene dinero, y ahora sí se ha convertido en una neumonía”. [TD11]

4.3.7 NECESIDAD EMERGENTE DE PREVENIR SURGIDA DE LA LEJANÍA DE VIVIENDA DE PACIENTES O SERVICIOS DE REFERENCIA

Algunos entrevistados expresan que la lejanía de vivienda de pacientes, acompañada de las características de la enfermedad al momento de la consulta, influyen sobre la toma de decisión para practicar la Tergiversación Diagnóstica.

Ya sea que los pacientes vivan y sean atendidos en poblaciones alejadas (ej. donde el equipo de salud presta atención de salud sólo una vez al mes) o que vivan en poblaciones alejadas y que acudan al servicio de salud sólo en busca

de atención, con dificultad para volver posteriormente para controlar la patología:

“... también depende del municipio, por que hay gente con escasos recursos, por que cuando uno no usa antibióticos en lugares lejanos y vuelve para controlar, y encuentras una complicación, entonces lo hacemos para prevenir”. [TD12]

“...a veces no vamos ni una vez a la semana sino una vez al mes [a realizar atención de salud a poblaciones alejadas], o por ejemplo con un pacientito quemado, debería ir a un tercer nivel, pero armamos un paquete de un a patología y otra, tal vez es buen o mal manejo, depende de cada médico”. [TD03]

4.3.8 DEFICIENCIA DEL SEGURO PARA CUBRIR NECESIDADES DEL PACIENTE

Según algunos entrevistados, El Seguro no tiene previsto que algunas patologías necesiten más medicamentos de los que tiene asignados dentro del paquete, por lo que los médicos frente a esta necesidad buscan otra diagnóstico adicional o alternativa dentro del Seguro para poder asignarle los medicamentos que necesita además de los que ya tiene asignados:

“Sin eso [TD] no se donde iríamos a parar, cumpliendo las reglas perderíamos la credibilidad del usuario, dado que si van con gripe: les damos paracetamol... para otra cosa: paracetamol... no es que hagamos resistencia a antibióticos [con la TD], se hace en base a criterio médico”. [TD12]

“De acuerdo a la enfermedad para sacar medicamentos, se registran los códigos de otra patología, tal vez en eso deberíamos mejorar el SUMI, el caso

de las neumonías, pero depende del nivel, si es de otro nivel, pueden sacar antibióticos, pero sino hay que cambiar [los códigos diagnósticos]”. [TD03]

Algunos entrevistados hacen constante referencia a la necesidad de usar antibióticos como medida preventiva con pacientes que no podrían ser controlados, y que por tanto podrían presentar mayores dificultades en relación a su patología en un futuro próximo. Esta asignación de recursos, que de seguir la norma regular, tendrían que esperar hasta una evolución negativa de la patología de consulta refleja una insuficiencia del paquete de atención en relación a la lejanía de la residencia del paciente:

“Si, hay mucho, por ejemplo veíamos el caso de faringo amigdalitis, nosotros por dar antibiótico, en forma de prevención incluso poníamos diagnóstico de neumonía, sin que el niño tenga esa patología, actualmente ya no pasa eso con la neumonía, sino con otitis, sinusitis, que en la nueva prestación [posterior a ampliación del SUMI, 2006] ya incluyen antibióticos, entonces se hacen diagnósticos administrativos, no con el objetivo de beneficiar a la institución ni por dar antibióticos, sino por que un niño con un proceso febril viral, a los dos días se hace infeccioso, y viene de lejos, no le vamos a dar paracetamol y esperar hasta que vuelva, o vuelva cuando empeore, para prevenir esa situación, todos cometemos el error de dar antibiótico”. [TD17]

“En el caso de enfermedad febril, en el paquete sólo figura paracetamol, generalmente las personas del área rural que vienen de muy lejos, se les tiene que dar un antibiótico para asegurar el resultado, muchas veces las características clínicas determinan la decisión”. [TD05]

4.4 RAZONES Y ALTERNATIVAS PARA NO PRACTICAR TERGIVERSACIÓN DIAGNÓSTICA

El siguiente grupo de respuestas expone las razones y motivaciones por las cuales un grupo de entrevistados declara no haber practicado la Tergiversación Diagnóstica; junto a estas motivaciones, se encuentran descritas diversas alternativas a la tergiversación, alternativas escogidas para afrontar las situaciones en las que el Seguro SUMI, no puede satisfacer de forma suficiente e/o inmediata las necesidades de salud de la población de escasos recursos económicos.

Este grupo de entrevistados declaran las siguientes razones para no practicar la tergiversación diagnóstica: omisión por temor del castigo, percepción de suficiencia del Seguro, existencia y disponibilidad de fuentes de recursos externas al SUMI, existencia de alternativas parche, o no perpetuar el problema de la política del parche.

En cambio, estos entrevistados declararon practicar diferentes estrategias o alternativas “parches” diferentes a la práctica de la tergiversación diagnóstica, entre ellas: la colecta de dinero entre el personal de salud, el uso de medicamentos “sobrantes” de otros pacientes, entrega de recetas particulares e incluso la espera intencionada que hace el médico del momento en que aparezcan signos o síntomas de empeoramiento para justificar la asignación de los medicamentos indicados.

4.4.1 OMISIÓN POR TEMOR AL CASTIGO

Algunos entrevistados declaran no practicar la Tergiversación Diagnóstica debido al temor que les representa la posibilidad de ser sancionados por faltas

dentro del marco administrativo del SUMI; ellos entienden que la práctica de la Tergiversación Diagnóstica representa una vulneración a dicho marco, y que practicándola, no sólo se exponen a ser amonestados, sino que también pueden perder su trabajo, e incluso perder su libertad, bajo el marco de la Ley SAFCO; por estas razones, este grupo de entrevistados no practica la Tergiversación Diagnóstica, a pesar de que ellos reconocen que sería lo “correcto” para la población.

“Cada uno cuida su fuente de trabajo, entonces si no haces caso llegan llamadas de atención leves severas, entonces uno ya se cuida”. [TD07]

“Bueno, no hemos tenido problemas hasta el momento, pero directamente la ley SAFCO ya sabemos, etc., entonces uno trata de ser solidario, pero después te viene la ley, entonces ya hemos aprendido de esa situación hemos tenido malas experiencias, entonces no lo hacemos, preferimos recurrir a la solidaridad de la gente, que responde aunque poco pero responde”. [TD09]

“Siempre nos tiene amenazados, con las auditorias, la contraloría, por que abrieron este paquete, entonces tenemos que cuidarnos la espalda, acá tenemos el DILOS para abrir paquetes”. [TD22]

“El diagnóstico administrativo, es lo correcto para la población, pero por los márgenes que nos da la contraloría, no va, siempre nos están observando y nos pueden crear procesos. Cuando yo fui interna lo hacia, pero hoy ya no les dan tan a los internos oportunidad para hacer la atención, ahora están más controlados, dependiendo de cómo esta conformado el sistema del municipio”. [TD16]

“En algunos casos, algunos médicos todavía lo hacen, pero se esta regulando

con la fiscalización interna, de alguna manera se esta evitando, pero se mantiene, más con los menores de 5 años, más con las neumonías, hemos podido identificar que sigue habiendo, con el afán de sacar medicamentos y un poco también para satisfacer la necesidad del usuario”. [TD13]

4.4.2 PERCEPCIÓN DE SUFICIENCIA DEL SEGURO

Algunos entrevistados consideran que la norma del Seguro establece de forma adecuada las vías para satisfacer las necesidades de salud de la población, por tanto expresan que no están de acuerdo con la práctica de la Tergiversación Diagnóstica, validando de esta forma el marco normativo para la solución de situaciones que para otros entrevistados implica la práctica de la Tergiversación Diagnóstica.

Por tanto este grupo de entrevistados usa el apego a la norma establecida como la estrategia para resolver situaciones difíciles en la implementación del Seguro SUMI.

“Se tiene que cumplir la normativa, el paciente de escasos recursos me parece que esta subvencionado por el país en cuanto a enfermedades, rara es la patología que no cubre el SUMI”. [TD09]

“Cumplir la normativa, obviamente por que desde el punto legal es cumplir la normativa, pero lamentablemente muchos colegas, actúan desde el punto de vista de la sensibilidad, la humanidad, pero nosotros estamos concientes de que no es correcto actuar así, nosotros tenemos que cumplir la normativa”. [TD13]

“... si hay otras posibilidades para cubrir estas necesidades, mejor hacerlo y no transgredir las leyes, ahora si no fuera, posible, hacerlo, pero con un informe completo del paciente, justificando de por qué se hizo eso”. [TD21]

Otros entrevistados tienen otro tipo de estrategias para enfrentar las situaciones, considerando que el Seguro cubre lo necesario, aunque no cubra otras necesidades de salud de la población; esta estrategia se califica como la “educación” y/o “concientización” a las personas, con el principal objetivo de fomentar el uso de recursos económicos propios para subsanar sus necesidades de salud, y para lograr que se informen respecto a las limitaciones del Seguro de Salud.

“Cuando no cubre, se le explica al paciente, se le concientiza, se le comunica de que tal medicamento se le puede incluir pero va a tener su costo, se le orienta antes para no tener problemas y no hemos tenido problemas hasta el día de hoy”. [TD09]

“Se prefiere informar, educar, comunicar... obviamente por que sabemos que hay una responsabilidad civil, una responsabilidad administrativa, etc., entonces, para no incurrir en esas situaciones, aunque obviamente te respaldas con Historias Clínicas etc., pero es mejor hacer el... concientizar a la sociedad, cambiar la actitud, se tiene que concienciar. [TD09]

4.4.3 EXISTENCIA Y DISPONIBILIDAD DE FUENTES DE RECURSOS EXTERNAS AL SUMI

La razón por la que este grupo de entrevistados no ha practicado la Tergiversación Diagnóstica, y además una de las alternativas frente a la práctica mencionada es la recurrencia a fuentes externas al SUMI para obtener recursos para ayudar a las familias de escasos recursos económicos que en las situaciones ya descritas necesitan ser apoyadas, para acceder a un tratamiento de salud. Estas fuentes son de diversa naturaleza, por ejemplo tenemos aquellas relacionadas con las labores formales del estado como ser el DILOS y las Alcaldías, y tenemos aquellas que sin estar relacionadas formalmente o directamente con el estado o con el SUMI también son fuente de colaboración, como se describe en los siguientes párrafos y citas.

A diferencia del grupo de entrevistados que si practica la Tergiversación Diagnóstica, estas declaraciones describen un buen entendimiento con entidades oficiales como son la alcaldía y el DILOS, además de que consideran que las gestiones con estas entidades son fructíferas.

“Por falta de medicamentos, no sabemos de donde sacar, y la gente pobre, que vamos a hacer, vamos a referir... es más gasto, pudiendo solucionar en nuestro nivel, entonces abrimos paquetes que no cubre el primer nivel así, con el DILOs abrimos paquetes del segundo nivel, para que nos respalden”. [TD26]

“...cualquier acción de tipo administrativa que no este contemplada dentro de la ley misma existe la posibilidad a través de una resolución del DILOS de poderla subsanar y satisfacer la necesidad de la gente, por la experiencia siempre tratamos de respaldarnos con las resoluciones de las autoridades para

subsanan esas situaciones.” [TD02]

La Alcaldía, aporta además con la asignación en el Plan Operativo Anual POA de recursos para colaborar a la atención de pacientes de escasos recursos, otra vez, con la debida gestión y justificación.

“No, por que hay mucha gente que vive en extrema pobreza y que no tiene recursos para usar un servicio de salud, en este caso tenemos que recurrir a la alcaldía, y que se le autoricen medicamentos desde farmacia”. [TD13]

“Generalmente los municipios tienen presupuestos que según la gravedad de la enfermedad se puede recurrir a esos presupuestos de los POAs Planes Operativos Anuales de la alcaldía, pero con mucha investigación de si la persona es de escasos recursos se le ayuda, o se lo deriva a otro nivel”. [TD08]

“Por suerte tenemos el fondo de indigencia, con eso se va cubriendo, con ayuda de la visitadora social que ayuda a evaluar; por suerte también tenemos el apoyo de las autoridades”. [TD04]

Otras alternativas que entran en este apartado, según las declaraciones de los entrevistados, son las ONGs (incluyendo las relacionadas con la Iglesia), que sin estar directamente relacionadas con los servicios de atención de la red de salud del Estado, están comprometidas con el apoyo en diversas áreas, como la de la salud, y que tienen diferentes programas orientados a ciertos sectores de población, sin embargo, estas organizaciones no se encuentran en todo el departamento de Chuquisaca, y donde se encuentran, no necesariamente están orientadas a la salud. En algunas situaciones las ONGs pueden brindar apoyo, y en otras pueden no hacerlo, debido a que no están orientadas a toda la

población vulnerable; por tanto también es necesario hacer gestiones para acceder a los recursos que estas organizaciones estén dispuestas y en condiciones de brindar para subsanar las necesidades de la población de escasos recursos.

“Ahí se ve la impotencia de profesional de no poder conseguir algo, nosotros gracias a Dios hemos tenido ayuda extranjera por mucho tiempo, el mismo equipamiento, infraestructura, estamos viviendo una realidad distinta a los otros municipios”. [TD25]

“Sería un error administrativo, [hacer coincidir diagnósticos a personas que no estaban incluidas], nosotros a ese paciente lo encasillamos en el SUMI o en otro programa o ayudas ONG, fondos rotatorios, ayuda a indigentes; por que si hacemos eso, a la larga tendremos procesos, y tenemos que cuidarnos las espaldas”. [TD10]

“Lo que se hace es gestionar ante otras instancias, para beneficiar a este paciente, por medio de búsqueda de recursos de ONG, municipio o donaciones.” [TD02]

4.4.4 EXISTENCIA DE ALTERNATIVAS “PARCHE” DEL SISTEMA:

Algunos entrevistados declaran que movidos por la necesidad de cumplir con el rol de médicos, han recurrido a la práctica de otras estrategias para resolver las situaciones problemáticas en la implementación del Seguro SUMI.

Podríamos definir estas alternativas como “parches”, por que enmascaran o encubren las situaciones dificultosas que el personal de salud vive al implementar el Seguro SUMI, sin ofrecer una solución real y permanente; y por que se encuentran fuera de las vías formales disponibles dentro de la relación del Seguro SUMI con otras opciones para no practicar la Tergiversación Diagnóstica.

Dentro de estas alternativas, por ejemplo existe la colecta de recursos económicos entre el personal de salud, para pagar los medicamentos necesarios para realizar los tratamientos adecuados para las patologías de los pacientes, de nuevo esta situación no tiene forma de ser informada a las autoridades poniendo un velo por delante de las situaciones que obligan a los médicos a recurrir o inventar este tipo de estrategias.

“De alguna manera tenemos que atenderlos para salvar la vida o aliviarlos simplemente,... a veces hacemos colectas, sale de mi bolsillo, para darles las tabletitas a los pacientes y estas cosas no se califican, eso no sale en el CAI [Comités de Análisis de la Información], pero para darnos palo [las autoridades] son buenos”. [TD10]

“Al final de cuentas el personal de salud pone una cuotita para subsanar esas falencias, por ejemplo para un niño desnutrido que no podía ir a tercer nivel a hacer su tratamiento, por que la madre por acompañarlo iba a dejar tres niños

desnutridos en la casa” [TD09]

Otra alternativa que los entrevistados declaran es el uso de medicamentos “sobrantes” de la atención de otros pacientes, ya sean atendidos por el mismo Seguro SUMI o externos al programa.

“...a veces hay personas que están internadas, y se van y no llevan sus dos paracetamoles, entonces eso se le puede dar, pero nunca un paquete, para otra patología que no este en el SUMI”. [TD01]

“... usábamos [antes de la ampliación del SUMI] medicamentos que no se habían usado en algún paciente, y eso sobrantes los hemos usado con otros pacientes del SUMI. Eso hemos hecho por favorecer a la gente” [TD25]

Un entrevistado declaró la práctica de una estrategia propia para enfrentar las situaciones dificultosas, entregando recetas de medicamentos más baratos para que los pacientes compren los mismos y puedan cumplir un tratamiento adecuado, sin tener que recurrir a la tergiversación diagnóstica, pero obviamente trasladando el costo a los pacientes y familiares.

“... el problema es que acá hay mucha gente que necesita y no hay como puedan comprar los medicamentos, entonces tratas de darles lo más económico posible, por ejemplo en vez de ibuprofeno en jarabe recetamos diclofenaco en comprimidos para niños, por que es más barato”. [TD18]

Un entrevistado declaró practicar una estrategia “particular” frente a las situaciones en las que el Seguro no satisface necesidades de salud de forma inmediata, esta consiste en tomar una actitud expectante frente a la evolución natural de la enfermedad, con el fin de que una vez complicado el cuadro,

pueda ser asignado a un paquete diagnóstico dentro del Seguro al cual no podía ser asignado con la signo sintomatología previa; esta actitud refleja un grave conflicto ético generado en la insuficiencia del sistema, y que contrapone la obligación de la práctica profesional médica con las obligaciones administrativas del Seguro SUMI, que entre diferentes prácticas genera esta actitud.

“Y cuando no tiene el paciente, se da el paracetamol y en una faringo amigdalitis evoluciona y finalmente se da el paquete con antibióticos, hemos tenido varios casos, se les da paracetamol, se complica vamos a hospitalizarlo, ahí si se justifica abrir un paquete”. [TD22]

4.4.5 NO PERPETUAR EL PROBLEMA DE LA POLÍTICA DEL PARCHÉ

La siguiente respuesta lleva un mensaje particular, describe un análisis diferente de las de otros colegas, en esta respuesta se evidencia el entendimiento por parte del entrevistado del hecho de que la práctica de la Tergiversación Diagnóstica puede hacer invisibles las dificultades que se presentan en la labor cotidiana de los médicos de atención rural al implementar un Seguro SUMI que no contempla o ignora situaciones conflictivas a la hora de satisfacer las necesidades de salud de una población vulnerable como es aquella que tiene escasos recursos económicos.

Si bien este entendimiento no es particular del entrevistado, sino que también se comparte por otros colegas, este caso es el único que toma este concepto como principal razón para tomar la decisión de prácticas frente a las situaciones ya descritas.

“... por que tapamos al gobierno de la posibilidad de emitir una política para solucionar este problema; por ejemplo si me presto de un amigo para solucionar un problema, a mi padre le parece que estoy tranquilo; pero si le digo a mi padre el va a ver la realidad, tal vez necesito comprarme más cosas, tal vez por ese lado no estamos dejando que el gobierno tome este problema en su real amplitud, como estamos solucionando, ya no llega arriba la verdadera realidad”.
[TD25]

Por otra parte, esta respuesta y las observaciones del tema por parte de otros entrevistados reflejan un importante problema ético y administrativo que los profesionales de la salud viven con relativa frecuencia, y que los pone entre la posición de enmascarar situaciones dificultosas que necesitan ser atendidas por las autoridades y diseñadores de las políticas de salud, y por otro lado los pone en la necesidad de satisfacer las necesidades urgentes de la población.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES

Los resultados indican la existencia de la práctica social que denominamos Tergiversación Diagnóstica, esta práctica social persiste en la actualidad en un grupo de médicos que prestan servicios en la zona rural del departamento de Chuquisaca, implementando el Seguro SUMI.

La Tergiversación Diagnóstica es un acto racional por cuanto obedece a razones, es decir es una práctica que no se da por que sí, sino que es un arreglo de los medios con respecto a los fines. El fin es atender la demanda de los pacientes, y por tanto se adecuan los medios para servir a este fin superior.

La práctica social de la Tergiversación Diagnóstica, es reconocida por un grupo de entrevistados con el término de Diagnóstico Administrativo, el mismo que guarda correspondencia con la definición operativa utilizada en este estudio.

Según se recoge en las declaraciones de los entrevistados, esta práctica social se ha visto influenciada en el tiempo por la ampliación del Seguro SUMI, el cual ampliando las prestaciones y paquetes dentro del Seguro ha disminuido de forma indirecta la necesidad de recurrir a estrategias para hacer frente a situaciones en las que era necesario recurrir a la tergiversación Diagnóstica u otro tipo de alternativas. Sin embargo en ningún momento se ha abordado estas situaciones conflictivas, ni sus causas y mucho menos las posibles soluciones a estas.

Respecto a las situaciones que demandan la practica de la tergiversación diagnóstica o alternativas a la misma

Estas situaciones descritas por los entrevistados, en las que ellos se sienten obligados a realizar la práctica de la Tergiversación Diagnóstica o a buscar alternativas fuera de la atención cotidiana del Seguro SUMI en su mismo nivel de atención, están caracterizadas por los siguientes temas:

Los entrevistados reconocen el nivel socioeconómico de los pacientes como un criterio a tomar en cuenta para decidir sobre la práctica de la tergiversación diagnóstica o de otras alternativas frente a situaciones problema.

Según algunos entrevistados, parte de la población beneficiaria demuestra no estar bien informada respecto de los beneficios que les otorga el seguro al asistir a consulta, generando una demanda incongruente con la oferta de servicios por parte del seguro; lo que crea en el médico la necesidad y obligación de corregir dichas incompatibilidades, muchas veces, a través de la tergiversación diagnóstica.

Según algunos entrevistados, parte de la población considera insuficientes las prestaciones, insumos y beneficios del seguro, lo que podría repercutir en la confianza y credibilidad de la población respecto de la asistencia sanitaria en general, y en especial respecto del SUMI; por lo que sienten necesidad de satisfacer las necesidades de la población a través de diferentes estrategias, como por ejemplo la tergiversación diagnóstica y así mantener la credibilidad en la población.

La dificultad para el seguimiento de pacientes derivada de la dispersión y lejanía de las comunidades y viviendas en la zona rural con respecto al servicio

de atención de salud correspondiente, es un componente importante dentro de la decisión sobre la práctica de la TD.

Existe percepción en los entrevistados, de insuficiencias en cuanto a las normas de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención de la red de salud, que influye en la decisión de práctica de la Tergiversación Diagnóstica.

Existe percepción en los entrevistados, de insuficiencia respecto a los medicamentos y las prestaciones comprendidas en el seguro, que influye en la decisión de práctica de la Tergiversación Diagnóstica.

Los DILOS y Alcaldías son percibidos por parte de los entrevistados, como una opción eficiente de respuesta frente a las necesidades de los pacientes en situaciones difíciles; sin embargo otra parte de los entrevistados considera que estas instituciones no tienen disposición de colaborar o que son incapaces para ello.

Estos factores por parte de la población: pobreza, desinformación, insatisfacción, dispersión y lejanía de las viviendas; junto con estos otros por parte del seguro: insuficiencia del seguro en cuanto a procesos de referencia entre niveles, insuficiencia de asignación de medicamentos adecuados, de prestaciones acordes a la realidad de las necesidades de la población, y la insuficiencia de figuras formales de apoyo (DILOS, Alcaldía), constituyen independientemente e interactuando entre sí, las características de una situación problemática que demanda de los médicos la búsqueda de opciones eficientes para su solución, entre estas alternativas se encuentra la tergiversación diagnóstica.

Respecto de las razones para practicar la práctica de la tergiversación diagnóstica

Frente a las situaciones descritas, los entrevistados declaran recurrir a la Tergiversación Diagnóstica debido a una gama de motivaciones, entre las cuales se encuentran:

Los entrevistados “necesitan” o sienten la “obligación” de practicar beneficencia al satisfacer necesidades de población vulnerable, que de otra forma no podría satisfacerlas.

Los entrevistados desean mantener la credibilidad y confianza de los pacientes, respecto a la resolución de problemas relacionados a su salud, tanto en el servicio de salud, como e su propia persona.

Los entrevistados “necesitan” o sienten la “obligación” de prevenir enfermedades complejas, que pueden resultar del tratamiento insuficiente o postergado, producto de los insumos insuficientes o de la distancia de vivienda de los pacientes respectivamente.

Los entrevistados declaran sentir una obligación profesional, respecto a la atención y satisfacción de necesidades de salud de la población.

Los entrevistados perciben una falta de alternativas eficientes a la tergiversación diagnóstica, incluso de aquellas figuras administrativas destinadas a apoyar en estos temas.

Los entrevistados reconocen el nivel socioeconómico de los pacientes como un criterio a tomar en cuenta para decidir sobre la práctica de la tergiversación

diagnóstica o de otras alternativas frente a situaciones problema.

Los entrevistados declaran la necesidad emergente de prevenir surgida de la lejanía de vivienda de pacientes o servicios de referencia, y las dificultades que esta lejanía impone tanto al sector médico, como al paciente.

Existen percepción de insuficiencia respecto a los medicamentos y las prestaciones comprendidas en el seguro, que no permiten satisfacer las necesidades de salud de la población demandante.

Respecto de las razones y alternativas para no practicar la Tergiversación Diagnóstica

Frente a las situaciones descritas, otro grupo de entrevistados declara no recurrir a la Tergiversación Diagnóstica debido a una gama de motivaciones, entre las cuales se encuentran:

Existe temor por parte de los entrevistados frente a las posibles sanciones administrativas y penales asociadas a la práctica de la Tergiversación Diagnóstica.

Existe la percepción de que el Seguro es suficiente y adecuado para satisfacer las necesidades de la población, con los procedimientos regulares del Seguro.

Existe percepción de disponibilidad de apoyo y de recursos externos al SUMI, representados por ONGs, allí donde estas se encuentran disponibles.

Existen alternativas tipo “parche” para enfrentar situaciones conflictivas: la colecta de dinero entre el personal de salud, el uso de medicamentos “sobrantes” de otros pacientes, entrega de recetas particulares e incluso la espera del empeoramiento del paciente para asignarle un paquete dentro del SUMI.

CAPÍTULO 6 COMENTARIOS

Este estudio se dirigió a exponer la práctica de la tergiversación diagnóstica dentro del contexto de un programa definido de atención (el SUMI) que conjuga las características de la población demandante de servicios de salud con las motivaciones de los médicos para satisfacer las demandas recurriendo a la práctica de la tergiversación o a otras alternativas. Estos fenómenos han sido descritos aquí desde una perspectiva émica, es decir desde la realidad construida y percibida por los mismos actores de esta práctica social, los médicos.

Más allá de corroborar una apreciación mediada por la observación empírica, que tenía a la condición económica como principal característica asociada a la Tergiversación Diagnóstica, ha logrado no sólo ofrecer evidencia respecto a esta práctica, sino una gama de características que antes habían pasado desapercibidas para el autor, y que enriquecen y posibilitan un mejor entendimiento de esta práctica social.

Es evidente, después de analizar e interpretar la información resultante, que existen factores que permiten explicar diversos aspectos de la toma de decisiones (entre ellas la de practicar o no la Tergiversación Diagnóstica) en la práctica diaria de los médicos en la zona rural del departamento de Chuquisaca y que podrían verse repetidas en otras regiones del país con mayor o menor frecuencia.

Se considera que todos los factores mencionados influyen en la capacidad resolutoria del Seguro SUMI, limitándola y ocasionando la insatisfacción de necesidades y demandas de la población, así como la limitación y abandono de los médicos frente a estas situaciones al no tener apoyo en algunas ocasiones

por las figuras administrativas que teóricamente deberían hacerlo, y por otra parte al no disponer de mecanismos accesibles y amigables para la comunicación de estas dificultades a los tomadores de decisión y que estas puedan ser subsanadas.

Aparentemente el seguro no cubre toda la gama de la demanda con la que llegan los pacientes y por tanto, en la medida que se amplió la gama de atención, la necesidad sentida por los médicos de practicar Tergiversación Diagnóstica podría disminuir.

De las razones que los entrevistados declaran para practicar la Tergiversación Diagnóstica, llama particularmente la atención aquella en la que se declara practicar la Tergiversación Diagnóstica con el afán de preservar la confianza y credibilidad de la población beneficiaria, este punto refleja que la demanda de satisfacción de las necesidades por parte de la población ejerce una singular presión sobre el personal de salud, mediante diferentes mecanismos.

Esta particular razón difiere de aquellas otra en las que se presenta el interés por aliviar los problemas de salud de la población de forma definitiva o por lo menos evitar que las patologías se complejizen; sin duda es evidente que junto con la vocación de servicio y el sentido de obligación frente a las necesidades de salud de la población, también podrían coexistir los deseos de no perder el apoyo y confianza de la misma, y que incluso en algunas ocasiones esta sea la razón para brindar tratamientos que van más allá de lo que permite la norma.

Por otra parte, estos médicos son presionados por el contexto y motivados por las razones ya mencionadas, actuando de la mejor forma posible desde su propia perspectiva, y desde su propia realidad y lo que ellos consideran como lo correcto para solucionar estas situaciones, ya sea mediante la práctica de la

tergiversación diagnóstica, la práctica de otras alternativas, o la omisión frente al problema. Existe la apariencia de que no existen vías adecuadas de comunicación para informar de las dificultades en la implementación del seguro, de modo de llamar la atención sobre estas y poder resolverlas.

Los médicos tienen que tomar conciencia de que su rol, al momento de mejorar la salud de la población, va más allá del momento de la consulta, prescripción médica y tratamiento; hoy en día el médico es encargado de la asignación final de los recursos en salud, y poseedor de una información riquísima a partir de la experiencia de la implementación; todo esto se puede utilizar para la mejora continua de los procesos asistenciales y de los programas de salud y de esa forma a portar a la mantención y recuperación de la salud colectiva.

Es necesario comentar el hecho de que la ampliación del SUMI haya afectado la práctica de la tergiversación diagnóstica a través de la ampliación de prestaciones en sus diferentes paquetes, lo cual ha sido muy favorable, ofreciendo alternativas regulares u oficiales para resolver las necesidades de salud de la población; sin embargo quedan pendientes varios temas que pueden o no competir al ministerio de salud (pobreza, desinformación, lejanía difícil acceso y dispersión de viviendas, insuficiencias de normas de referencia, malas relaciones interinstitucionales, otras alternativas “parche”), pero que seguirán latentes pudiendo provocar situaciones similares a las descritas y eventualmente y según los casos acciones similares a la tergiversación diagnóstica, dado que varias de las razones expuestas por los entrevistados para realizar la práctica de la Tergiversación Diagnóstica, se basan en lo que ellos consideran legítimo, lo que ellos considera “verdadero”: la necesidad y obligación de satisfacer necesidades de salud, de beneficiar a población vulnerable, de prevenir enfermedades, de mantener la confianza de los

pacientes y por último de ejercer su profesión y cumplir su vocación médica curando, aliviando y consolando.

Es muy probable que este fenómeno se repita en circunstancias y condiciones parecidas, incluso fuera del contexto del SUMI y fuera de las fronteras del departamento y el país en el que se realizó el estudio.

Por último, se espera que la información que se presenta en este estudio pueda servir para mejorar la implementación del SUMI y futuros seguros de salud

CAPÍTULO 7 RECOMENDACIONES

Desde la vivencia de los entrevistados y su forma de lidiar con estas experiencias, y en base a los resultados y conclusiones de este estudio; podemos proponer las siguientes recomendaciones respecto de los factores que intervienen en la práctica de la Tergiversación Diagnóstica y que son esenciales para su mejor estudio e/o intervención. Por ejemplo:

Es necesario mejorar la comunicación, información y educación de la población en relación a los beneficios del Seguro SUMI.

Es necesario ampliar la gama de alternativas oficiales de los médicos frente a la tergiversación diagnóstica, idealmente tomando en cuenta la participación y experiencia del personal de salud encargado de la implementación del Seguro, de manera de no crear artefactos administrativos o dependencias impositivas, que en vez de ser una motivación sean percibidas como un freno o dificultad por parte del personal de salud.

Es necesario mejorar los canales de comunicación con los profesionales de la salud, motivarlos a participar en el proceso de control permanente y evaluación de los diferentes programas de salud, de forma voluntaria, no impuesta como una obligación y sobrecarga administrativa; de forma que puedan informar, sin temor a sanciones, aquellas situaciones relacionadas con la implementación de programas de salud; información que puede servir para mejorar los programas de salud, y evitar de esta forma la “invisibilidad” de los problemas.

Sería muy productivo mejorar y evaluar periódicamente las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y los componentes de los DILOS, para de esta forma facilitar el acceso de la población a la salud

No debe existir satisfacción con la sola ampliación de los seguros a través de las prestaciones y los paquetes asociados, se deben analizar a profundidad y determinar si necesario intervenir sobre factores que influyan negativamente en la implementación de los seguros de salud que benefician a la población, en especial cuando esta es la más vulnerable.

Es necesario implementar ampliaciones de este o de otros seguros, sobre la base de diagnósticos y consultas a los encargados de implementar el mencionado seguro, puesto que son ellos finalmente los que conocen de sobra las ventajas, desventajas, limitaciones y facilitadores a la hora de poner en terreno los planes.

Lo anterior toma especial importancia en tanto que SUS está a muy poco de entrar en vigencia en el país y que probablemente arrastre consigo las dificultades que ahora tiene el SUMI y que aún no han sido diagnosticadas y mucho menos tomadas en cuenta de forma directa.

Por ese motivo sería positivo que las autoridades tomen en cuenta las características descritas en este estudio y que relevan la importancia de trabajar junto a los médicos rurales en la mejora de los Seguros de salud, pasando por encima de las amenazas y la aplicación de sanciones al incumplimiento de la norma, con el objetivo de subsanar limitaciones del Seguro, que es otra forma de hacer invisibles estos problemas y necesidades reales de la población y trabajadores del sector salud, y por tanto determinan su trascendencia a través del tiempo, logrando una migración del grupo que practica la Tergiversación Diagnóstica al que no lo hace.

Por otra parte, se recomienda que los profesionales de la salud que se vean en situaciones problemáticas como las referidas u otras, durante la implementación de este seguro o cualquier programa de salud: busquen, demanden o creen (en medida de lo factible) vías de comunicación y sistemas de información permanentes y eficientes que les permitan comunicar situaciones desfavorables y dificultosas al momento de implementar estrategias de salud a las autoridades competentes; el hecho de mantener la práctica de alternativas “parche”, es una opción real y útil desde su perspectiva, por lo menos a corto plazo, pero enmascara problemas que trascienden en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Organización Panamericana de la Salud, La Salud Pública en las Américas, Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción, Washington, D.C., 2002.

² Ministerio de Salud Bolivia, Proyecto de Ley Seguro Único de Salud, recurso en línea, disponible en: <http://www.sns.gov.bo/noticias/NOVIEMBRE/aprobacionsenado.htm>, consultado el 12 de noviembre de 2007.

³ Valle Mansilla José Ignacio, Boletín electrónico AEG. Medicina ¿Carrera científica o humanística?, recurso en línea, disponible en: http://www.pucp.edu.pe/aeg/boletinaeg/articulosinteres/36/general_valle.pdf, consultado el 5 de marzo de 2008.

⁴ Barbero Javier, “Hechos y Valores en Psico oncología”. Revista Psicooncología, Vol. 0, Num. 1, pp. 21-37, Madrid España, 2003.

⁵ Streich Guillermo, V. Bramajo Marina, Marquis Ana, Blanco Villalba Marcelo, González Vázquez Arturo, “El médico frente al paciente con la vida amenazada” recurso en línea, disponible en: <http://www.socargcancer.org.ar/pbl/arc/Elmedicofrentealpacienteconvidaamenazada.pdf>, consultado en junio de 2008.

⁶ Cuéllar Sáenz Zoilo, “La trascendencia del acto humano en la medicina como acto humano humanizante”, en Revista: Persona y Bioética, Vol 8, No 22. 2004.

⁷ Ponce Malaver Moisés, “Responsabilidad médica”, recurso en línea, disponible en: <http://www.negligenciasmedicas.net/textosnegligencias.htm>, consultado en mayo de 2008.

⁸ Bredy Domínguez Rafael Eduardo, “La relación médico Paciente. Una lectura desde algunas propuestas de orden filosófico”, recurso en línea, disponible en: <http://ares.unimet.edu.ve/academic/revista/anales1.2/documentos/bredy.doc>, consultado en mayo de 2008.

⁹ Polan, Mario. “La relación médico paciente en el contexto de la Salud pública”, recurso en línea, disponible en: <http://mariopolanuer.blogmedico.com/index.php?coment=1&id=57>, consultado en febrero de 2008.

¹⁰ Siegler, M.A. "Professional values in modern clinical practice". The Hastings Center Report; Health Module pág S19-S22, 2002.

¹¹ Kottow, Miguel “Raíces sociales de la Bioética”, recurso en línea disponible en: <http://www.anales.uchile.cl/6s/n8/est6.html>, consultado en junio de 2007.

¹² Kottow, Miguel, Bioética en Salud Pública, pág. 140 – 169, ed. Puerto de Palos, Chile, 2005.

¹³ Kottow, Miguel. Introducción a la Bioética, Temas de bioética, Pág., 128-131, ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1995.

-
- ¹⁴ Kottow, Miguel, Bioética en Salud Pública, en Modos (falaces) de argumentar en ética, pág. 127 – 132, ed. Puerto de Palos, Chile, 2005.
- ¹⁵ Andreau, Mi rtha I ., L os p rincipios b ioéticos en l a toma d e d ecisiones médicas, recurso en l ínea disponible en <http://www.bioetica.org/colab8.htm>, consultado el 28 de noviembre de 2006.
- ¹⁶ Kottow, M iguel, Introducción a l a B ioética, P rincipios de b ioética, p ág. 7 2-76, ed. U niversitaria, Santiago de Chile, 1995.
- ¹⁷ De l a fuente, J uan R ., “L a r esponsabilidad s ocial d el médico”, recurso e n l ínea, d isponible e n : <http://www.dgi.unam.mx/rector/mensajes/2002/19sep002b.htm>, consultado el 19 de noviembre de 2006.
- ¹⁸ Legislación M unicipal, “Ley N ° 2 426”, S UMI, r ecurso en l ínea d isponible en : http://www.enlared.org.bo/legislacionmunicipal/Archivo/Docs/Leyes/Ley_2426.pdf, c onsultado e n noviembre de 2006.
- ¹⁹ La G aceta, “L ey N ° 3 250”, A mpliación S UMI, recurso en l ínea d isponible en : <http://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-3250-del-06-diciembre-2005.htm>, co nsultado en noviembre de 2006.
- ²⁰ Ministerio d e S alud B olivia, “Texto co mpleto”, p resentación S UMI, recurso e n l ínea disponible e n : <http://www.sns.gov.bo/snis/documentos/seguero/texto%20completo.pdf>, consultado en noviembre de 2006.
- ²¹ Tribunal Constitucional B olivia, “Ley N1 1178”, SAFCO Ley de Administración y Control Gubernamentales, r ecurso en l ínea, disponible e n : http://www.enlared.org.bo/legislacionmunicipal/Archivo/Docs/Leyes/Ley_1178.pdf, consultado en marzo 2007.
- ²² Ministerio de salud de Bolivia, “Proyecto de ley”, Seguro único de salud, recurso en línea, disponible en : <http://www.sns.gov.bo/institucion/LEY%20SU%20SALUD%204-07-07.pdf>, consultado en febrero de 2007.
- ²³ Instituto Nacional de Estadísticas, Población por área geográfica, Informe Censo 2001, recurso en línea disponible en : <http://www.ine.gov.bo/cgi-bin/piwdie1xx.exe/TIPO>, consultado en diciembre de 2006.
- ²⁴ Instituto Nacional de Estadísticas, Mapa de Pobreza 2001, Chuquisaca, recurso electrónico disponible en : http://www.ine.gov.bo/PDF/PUBLICACIONES/Censo_2001/Pobreza/PChuquisaca.pdf, consultado en fecha 25 de enero de 2007.
- ²⁵ Sistema N acional d e S alud, “D ecreto Supremo”, recurso en l ínea, d isponible en : http://www.enlared.org.bo/legislacionmunicipal/Archivo/Docs/Decretos/DS_26875.pdf, c onsultado e n agosto 2007.
- ²⁶ SEDES Chuquisaca, “Análisis de Situación de Salud, Chuquisaca 2006”, p ág 1 05-107, Chuquisaca, 2007.

-
- ²⁷ Organización panamericana de la Salud, Investigación Aplicada en Salud Pública: Métodos Cualitativos, Washington D.C., 2006.
- ²⁸ Flick, Uwe, Introducción a la investigación cualitativa, ediciones Morata, Madrid, 2004.
- ²⁹ Denzin, Norman, Lincoln Yvonna; The SAGE Handbook of Qualitative Research, third edition, SAGE publications, United Kingdom, 2005.
- ³⁰ Thomas N. Headland, Kenneth L. Pike, and Marvin Harris, Emics and etics: The Insider/Outsider Debate, recurso en línea, disponible en : <http://www.sil.org/~headlandt/ee-intro.htm>, consultado el 5 de marzo de 2008.
- ³¹ Vázquez y cols. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: Universidad Autónoma de Barcelona, Serie GRAAL, 2005.
- ³² Canales, Manuel, Metodologías de investigación social, Introducción a los oficios; LOM ediciones, Santiago de Chile, 2006.
- ³³ Quinn, Michael, Qualitative Research and Evaluation Methods, third edition, SAGE publications, USA, 2002.
- ³⁴ Arksey Hilary, Knight Meter, Interviewing for social scientists, SAGE publications, USA, 1999.
- ³⁵ Pope, Catherine, Ma ys Nicholas; Qualitative Reserach in Health Care, second edition, BMJ books, United Kingdom, 1999.
- ³⁶ Ruíz, José Ignacio. Metodología de la investigación cualitativa, La construcción del texto cualitativo, pág. 165-191, Bilbao, 1996.
- ³⁷ Delgado Juan Manuel, Gutierrez Juan; Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales; Ed. Síntesis, España, 1995.

ANEXOS

Anexo A

Ejemplo de Entrevista 1

TD 10

Hombre

44 años de edad

01/03/2007

Entrevistador: Por favor, cuénteme cómo ha sido su experiencia con el Seguro SUMI

Entrevistado: Desde el principio, hemos podido sobrellevar los cambios que se aplican a la comunidad, más que todo a menores de cinco años y embarazadas, han existido cambios de gobierno en gobierno, y han aumentado prestaciones; sin embargo, ha sido un poco difícil adentrarse en el programa por sus muchos aspectos: administrativa, médica clínica, protocolos, rendición de cuentas desembolsos, municipalidades, jefaturas SEDES; nos han facilitado protocolos de tratamientos pero hay que manejar formularios que se convierten en documentos legales para rendir cuentas; a pesar de eso ha sido positivo para la comunidad aunque no conozcan en muchas partes, por ejemplo en mi municipio falta educación.

Es cierto que han habido falencias, de tipo logístico, medicamentos, recursos humanos, aspectos que no contemplan al personal de salud, por ejemplo la posibilidad de infección del personas, tampoco reconocen viáticos, ni contratación de personal, pero si compra de medicamentos, infraestructura, equipo, mantenimiento, combustible.

Nos ha costado mucho capacitar a la gente para un buen manejo, el personal de salud ha sido constantemente cambiado, como jefaturas se perciben las fallas de personal capacitado.

Pero existe un beneficio de la población con una atención, que aumento coberturas, atención de partos, odontológica, laboratorial, y medicamentos, internación, alimentación.

Hablar de rendiciones de cuentas, aprobaciones de DILOS para desembolsos, encima de nosotros esta la Contraloría, las auditorías, por que hay problemas administrativos, y alguna vez se ha omitido involuntariamente pero ya conocemos más esas prácticas. Creo que nos falta todavía capacitarnos en el manejo de recursos del estado y de personal

Entrevistador: ¿Qué es lo mejor del Seguro SUMI?

Entrevistado: Aquellos niños que no tenían atención ahora la tienen incluso a domicilio, atención integral con medicamentos gratis, y las mujeres embarazadas se benefician con medicación traslado internación, es lo más rescatable. Es un buen programa implantado en nuestro país, pero que nos esta llevando mucho tiempo poder manejarla bien

Entrevistador: ¿Qué es lo peor del Seguro SUMI?

Entrevistado: El personal de salud esta muy recargado para hacer la documentación escrita, para atender un paciente debemos llenar cinco o siete formularios y la atención del paciente queda muy reducida. Tal vez deberían atender más las autoridades.

Entrevistador: ¿Qué tipo de dificultades se le han presentado en la atención a beneficiarios del SUMI?

Entrevistado: Hay inconvenientes de traslado a los pacientes obstétricos y el programa no reconoce esos traslados, y hay poblaciones que están muy lejanas, y el municipio debería pagar, pero han habido muchas dificultades, al mismo tiempo las referencias y contrarreferencias, son dificultosas, por que estamos más cerca de Santa Cruz, y referir a nuestra gerencia es imposible por vía caminera, y el estado de caminos, el llegar a otro departamento a pesar de ser programa nacional es un inconveniente

Entrevistador: *¿Cree Ud. que el Seguro cubre con suficiencia las necesidades reales de la población?*

Entrevistado: Sí, excepto la implementación de pequeños aditamentos de la atención en servicios de atención sexual reproductiva, VIH, enfermedades que es necesario prevenir, y hace falta ese tema; también se debería incluir al personal de salud para que nos proteja en ese sentido. Creo que una de las falencias más grandes es la desnutrición, queremos erradicar, el Programa creo que nos va ayudar mucho.

Entrevistador: *Supongamos que un beneficiario del SUMI, un niño de familia muy pobre, tuviera un problema de salud que no está cubierto por el Seguro, ¿Qué cree Ud. que harían sus colegas en esa situación?*

Entrevistado: Lo que nosotros tenemos que hacer, si es emergencia, por que somos médicos, por ética se tiene que atender, después se atenderá el problema económico y medicamentos con los responsables y siempre ha habido solución; de alguna manera tenemos que atenderlos para salvar la vida o aliviarlos simplemente.

A veces hacemos colectas, sale de mi bolsillo, para darles las tabletitas a los pacientes y estas cosas no se califican, eso no sale en el CAI, pero para darnos palo son buenos.

Entrevistador: *¿Tienen alternativas para afrontar este tipo de situaciones?*

Entrevistado: Lo que se hace, dado que hay paquetes que están dados, y no se utiliza en su totalidad el paciente, por ejemplo una vulvo vaginitis aguda, salen ocho jarabes, se usan 6, quedan 2, ya descargados que reingresan a farmacia, y si en algún momento por alguna necesidad grave se pueden utilizar; pero ya no estamos permitiendo, ya nos han hecho observaciones, se usa siempre y cuando autorice el DILOS, especialmente con patologías de nivel superior.

Sin embargo, he percibido que antes se realizaban, atenciones a personas no incluidas, pero trataban de hacer coincidir, creo que se han hecho ese tipo de manejos. Sería un error administrativo, nosotros a ese paciente lo encasillamos en el SUMI o en otro programa o ayudas ONG, fondos rotatorios, ayuda a indigentes; por que si hacemos eso, a la larga tendremos procesos, y tenemos que cuidarnos las espaldas.

Entrevistador: *¿Por qué razones cree Ud., que hacían eso?*

Entrevistado: Pienso que por hacer un favor, por que la gente necesita, por que apenas son ocho tabletas de paracetamol, pero ni a eso puede acceder la gente, creo que lo han hecho por humanidad, solidaridad, pero eso era a un principio.

Entrevistador: *¿Cree que sus colegas siguen tratando de hacer coincidir los diagnósticos?*

Entrevistado: No, ya no se permite; probablemente lo hagan, pero hay instancias, por ejemplo la jefatura da informes al DILOS, y se evidencia el error, se tiene que ver si es culpa administrativa voluntaria o no, y eso debe saber el personal, para eso sirve el supervisor al personal para tratar que no ocurran estos errores, en caso de personal nuevo que puede cometer errores, pero se trata de remediar

Entrevistador: ¿Entonces Ud. considera esta práctica un error?

Entrevistado: No, es más bien una omisión si el personal ha sido capacitado, por que hoy en día con todos los manuales, si siguen haciéndolo, es lamentable

Entrevistador: ¿Qué opina de médicos que hagan esto?

Entrevistado: Si nosotros hemos percibido eso, y hemos corregido a tiempo; o en otro municipio, me parece que estarían cometiendo una falta, por que el SUMI lo ha pensado muy bien, y si se da a otros pacientes, eso corresponde a otras opciones. Yo creo que lo hacen por omisión, por que todos conocemos la ley, y el SUMI tienen normas protocolos.

Entrevistador: ¿Usted lo haría?

Entrevistado: No, creo que no, por que pienso que el SUMI, y la situación económica del país sigue siendo igual que antes, cuando compraban su consulta, por eso pienso que una forma de subsanar esto va a ser el SUS, pero mientras no llegue creo que se debe solucionar cada uno.

Entrevistador: ¿Qué opina respecto de la normativa del Seguro?

Entrevistado: Si no cumplimos la norma, por detrás esta la auditoria, y nos cae el peso de la ley y... pero si manejamos recursos humanos, económicos, es preocupante, sí o sí tenemos que cumplir, pero las actividades fuera de SUMI nos comprometen a solucionar sus problemas de forma global, problemas de manejo de enfermedades, epidemias, problemas de Salud Pública, pero no solucionar dando medicamentos para un paciente sacando de un programa.

Entrevistador: *¿Se aferraría a la norma por encima de otras cosas?*

Entrevistado: Exacto, eso es.

Entrevistador: *¿Los médicos participan activamente en el diseño o mejora de los programas de salud?*

Entrevistado: No, no participamos, aunque creo que las autoridades han recogido las necesidades de la población.

Entrevistador: *¿Si pudiera proponer mejoras o estrategias al programa SUMI cuales serían?*

Entrevistado: El programa debería poner más énfasis no solamente en lo que son los menores de 5 años, sino en toda la comunidad, que debería beneficiarse, y pienso que debería ampliarse, para llegar a la totalidad o gran parte de la población.

Anexo B

Ejemplo de Entrevista 2

TD 06

Hombre

32 años de edad

27/02/2007

Entrevistador: Cuéntame cómo ha sido tu experiencia con el Seguro SUMI

Entrevistado: Complicada, con mucho papeleo, muy burocrático para sacar medicamento para una persona.

Entrevistador: Según tu experiencia, ¿Qué es lo peor que tiene el Seguro?

Entrevistado: Usa medicamentos muy primarios... y para pacientes que necesitan más complejidad en un centro de salud de primer nivel, como en el que trabajamos, no son eficientes, son escasos. Y obviamente no cumple todos los requerimientos que necesitan los pacientes. Hay veces que se tiene que aumentar la enfermedad para poder colaborar al paciente.

Entrevistador: ¿Qué es lo mejor que tiene el Seguro?

Entrevistado: [silencio]... Pregunta difícil, supongo que ser un seguro para los niños y mamás, para colaborar a que tengan buena salud, eso es lo más destacado... pero por falta de prestaciones y medicamentos, no es en un cien por cien.

Entrevistador: ¿Con qué dificultades te has encontrado al realizar la atención a los pacientes en relación al Seguro?

Entrevistado: Muchos de los pacientes creen, como existen muchos anuncios televisivos, que todo es gratuito, todos los medicamentos, que todas las enfermedades se curan, creen que el SUMI lo puede todo. Pero en la realidad no son muchas prestaciones... ya ven escaso recibir un paracetamol, ellos quieren otros medicamentos.

Entrevistador: *Dijiste que existen casos en los que se debe ayudar a los pacientes, ¿Me podrías explicar en que consisten estos casos?*

Entrevistado: Digamos que viene un niño con faringo amigdalitis y tú le das una prestación que dice Teribocyl solamente... pero tienes que darle un desinflamante, entonces aumentas una Laringitis, es decir, que aumentas otra enfermedad para darle el medicamento, para colaborar.

Entrevistador: *¿Por qué haces eso?*

Entrevistado: ¿Por qué hago?, por que uno debe fijarse en la condición social de la gente, especialmente en el campo, es de esos casos recursos, y vienen a pedirte colaboración, uno asume que no tienen dinero, y además uno les pregunta si podrían comprarse algún medicamento, y entonces tienes que ayudar... estás en riesgo de que se te haga una auditoria, pero estas ayudando a una persona.

Entrevistador: *¿Y qué pasa respecto a las normativas?*

Entrevistado: Estoy de acuerdo con parámetros y normativas, pero con respecto a la salud, no se puede... tienes que salirte del parámetro, por que la salud es primero; eres mal médico si dices: “ No señora, solamente le cubre este Paracetamol, no puedo ayudarle más”, por que el SUMI tiene tantas cosas.

Entonces ¿Qué puedo hacer?... Tomo a esa persona, la cuido, para que también me vean que trabajo, porque de eso te cataloga la gente, si a yudas y curas eres buen médico, sino... nada más.

Entrevistador: ¿La formación médica influye sobre estas decisiones?

Entrevistado: Sí, por algo has escogido una carrera en la que tienes que dar a la gente... lamentablemente hay muchas cosas que te molestan, en mi experiencia, hay gente que también se aprovecha; pero también hay gente que vale la pena, y te da alegría haber ayudado a una persona, haber mejorado su salud, y eso es para lo que uno ha estudiado.

Entrevistador: ¿Crees que otros colegas hagan algo parecido?

Entrevistado: Creo que todos actuamos de la misma forma, por que todos estamos bajo la misma regla, bajo la misma forma de prestar servicio; por que si no tienes ese deseo de hacerlo, talvez deberías haber escogido otra carrera

Entrevistador: ¿Existen otro tipo de situaciones en las que sea necesario hacer algo parecido?

Entrevistado: Existen situaciones problemáticas con niños que ya pasaron de la edad, o mujeres con fracaso a las que el SUMI ya no cubre, entonces tienes que salir de la norma. [pausa]

Si ves la pobreza, entonces das incluso desde tu mismo bolsillo, por que las auditorias cuando son de un niño que ya paso de la edad... entonces tienes que pagar, entonces tratas de escapar de esas situaciones.

Entrevistador: ¿Hablas de auditorías?, ¿Qué opinas de eso?

Entrevistado: Sí, es excelente, por que en este mundo hay de todo, buenos y malos médicos; hay algunos que agarran medicamentos, los mandan a su casa, para venderlos o regalarlos; pero hay gente que con esos medicamentos salvan a una familia o curan... la auditoria tendría que contemplar eso.

Entrevistador: ¿Qué opinas respecto de los insumos de las prestaciones?, ¿son adecuados, suficientes?

Entrevistado: No, por que tratamos de hacer cotizaciones de medicamentos, para comprar los más baratos, para que alcance el dinero; pero al hacerlo, no velamos por la calidad, y no es lo mismo un paracetamol de una marca, que de otra.

Entrevistador: ¿Y respecto a los paquetes de la ampliación?

Entrevistado: El paquete de mujeres, de Enfermedades de Transmisión Sexual, no es suficiente; existe otro paquete, en el que se gestiona a través del D ILOS para casos graves, ese lo encuentro excelente.

Entrevistador: ¿Es sencillo decidir aumentar otra enfermedad?

Entrevistado: Hay que decidir sobre esas situaciones, es bastante complejo.

Entrevistador: ¿Es frecuente el cambio o aumento de enfermedades?

Entrevistado: Trato de evitar, sabes que nos están observando, mientras menos lo hagas mejor; si se da la situación... a veces dos a la semana, pero ya estás faltando a la norma... si pudiera hacer más lo haría, pero si la ley te encuentra...

Entrevistador: ¿Qué opinas si le llega una auditoría a un colega tuyo?

Entrevistado: Ya nos va a llegar también a nosotros, ya estamos preparados, hecha la ley hecha la trampa: se les explica que para darles los medicamentos, les asignamos algún otro paquete y se anota para que todo coordine.

Entrevistador: ¿Cómo reaccionan los beneficiados?

Entrevistado: Alegría, felicidad, por que dicen: “el médico me esta ayudando”; y otros dicen: “que pena que el SUMI no cubra todas esas otras patologías”, y se les explica que los paquetes están separados, y ellos entienden.

Entrevistador: ¿Cómo te sientes tú cuando haces eso?

Entrevistado: Preocupado, por que puedo caer y tengo que pagar, esa es una de las cosas que causan despido; pero me siento satisfecho y contento cuando el paciente viene a la reconsulta y esta mejor.

Entrevistador: ¿Cómo vuelven los pacientes a la reconsulta?

Entrevistado: Un ochenta y cinco por ciento mejora rápidamente, ostensiblemente; el resto con consejería y más tratamiento termina por curarse.

Entrevistador: ¿Con mayor población, hay mejoras en los paquetes?

Entrevistado: No, el SUMI necesita más, ahora viene el SUS, veremos hasta donde es bueno, por que el SUMI da pocos medicamentos, por ejemplo Paracetamol, para solo dos días, o el hecho de que solo se puede comprar medicamentos de baja calidad.

Entrevistador: ¿Qué mejorarías en el Seguro?

Entrevistado: Mayor variedad de medicamentos, usar medicamentos de primer nivel [calidad], por que ahora usamos los más baratos; y aumentar prestaciones, sería lindo reunirse cada departamento para tomar esas decisiones, pero creo que todavía no se va a poder.