

Discurso de incorporación del Académico Dr. Jorge F. Aufiero

Señor Presidente de la Academia Nacional de Ciencias de la Empresa, Dr. Eduardo de Zavalía

Señores Académicos Titulares

Señores Empresarios

Señoras y Señores

Quiero agradecer a la Academia Nacional de Ciencias de la Empresa por esta alta distinción. Constituye, sin duda, un gran honor y también un inocultable compromiso con la institución y con nuestra comunidad.

Quienes hoy nos sumamos, nos sentimos obligados por los principios sobre los que la Academia y sus miembros, han fundamentado su trascendencia, y que han sido desde siempre, una armónica conjunción de educación y gestión.

Prueba de ello es el éxito logrado en los procesos de acreditación internacional, así como la permanente inversión en capital humano e infraestructura.

He de responder con mis mejores esfuerzos el honor que significa ocupar el sillón académico que lleva el nombre del profesor Norberto Quirno, añadiendo a mi incorporación una cuota de singular compromiso.

En este momento tan especial de mi vida, quiero recordar a mis queridos padres, José y Mariana, a mi mujer Mónica, y a mis hijos y nietos, por todo lo que me han brindado a lo largo de la vida.

El Dr. Quirno nació en Buenos Aires el 25 de julio de 1904. Su vida profesional fue una sucesión de hitos en los que se conjugan excelentes modelos e innumerables reconocimientos.

Una vez graduado en 1929 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, integró como Médico Agregado la Cátedra de Clínica Médica en la Sala 4 del Hospital Nacional de Clínicas, iniciando de esta forma su carrera docente. Más tarde, en 1945, y bajo la dirección del Dr. Carlos Pinedo, fue Subjefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Rivadavia, para finalmente convertirse en Jefe de la Sala 1 del mismo nosocomio.

En noviembre de 1955, fue nombrado interventor en el Hospital Rivadavia, del que fue Director Interino durante 1956. Obtuvo por concurso la jefatura de la Sala 1 del mencionado establecimiento en 1957.

Colaboró con el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública en la redacción del anteproyecto para que los estudiantes de medicina de los últimos años concurren, a los establecimientos asistenciales. Fue fundador y Presidente -desde 1958 hasta su muerte- del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), institución que agregó posteriormente su nombre ("Norberto Quirno") a su leyenda identificatoria, como homenaje póstumo.

A través de esta institución buscó llevar a la comunidad los frutos de los trabajos científicos que se realizaban bajo su dirección. Durante este período se hizo acreedor a numerosas distinciones nacionales e internacionales.

Iniciado junto a otra gran figura de la medicina argentina, el Dr. Mariano R. Castex, de aprovechado discípulo se convirtió muy pronto en respetado maestro a través de una dilatada vida universitaria que culminó en 1964, al ser designado

profesor titular de clínica médica, difícil especialidad a la que consagró cuidadosas investigaciones que se reflejaron en importantes trabajos académicos.

Integró sociedades médicas argentinas y extranjeras. Publicó más de 100 trabajos científicos, y realizó fecundos viajes de estudio, con el fin de conocer la evolución de la educación médica en las nuevas escuelas de medicina. En la enseñanza de graduados creó y promovió el sistema de médicos residentes que, desde 1958, se implantó en la sala XX del Hospital Rivadavia.

Como coronación, fue designado el 3 de junio de 1969, Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.

Numerosos congresos nacionales e internacionales contaron con su presencia, brindando numerosas conferencias, especialmente referidas a la clínica de la patología renal, especialidad que lo distinguía.

Larga es la nómina de los honores académicos que reconocieron con justicia el valor de su obra y de los trabajos que recogieron su experiencia en el campo de la clínica, aporte invaluable ya que, pese al desarrollo del criterio de especialización, ésta conserva su función rectora en el amplio campo del arte de curar.

Tuvo la visión de sintetizar los tres pilares fundamentales de la atención médica: asistencia, docencia e investigación, y de llevarlas a la práctica, con singular maestría. Estas características, que identifican al CEMIC, fueron continuadas por sus discípulos, con la rigurosidad que su mentor supo transmitirles.

Con la Fundación del CEMIC se adelantó a su tiempo pues a través de esta benemérita institución se lanzó el primer plan de medicina prepaga con garantía de calidad para el paciente.

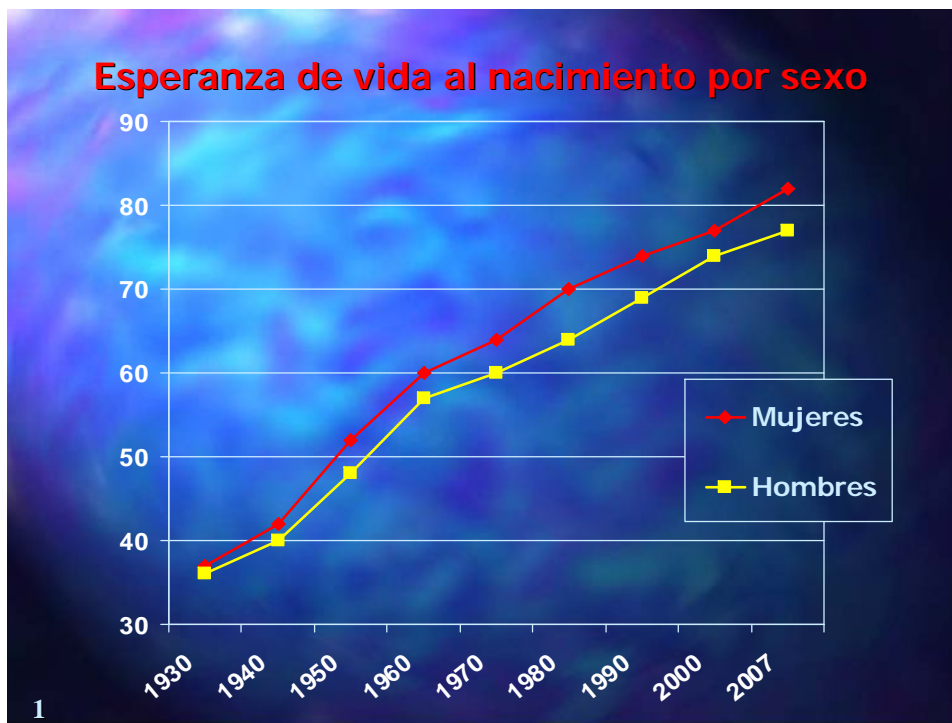
Afectado por una dolencia cardíaca, el Dr. Quirno falleció el 9 de enero de 1972. Personalidad magnética, inquebrantable escudero de la rectitud y de la amistad y eminente médico, su persona sigue siendo el paradigma moral y espiritual de una institución -el CEMIC- que lo recordará para siempre.

PRESENTE Y FUTURO DE LA ATENCIÓN MEDICA

Uno de los desafíos más importantes, sino el más importante, que deberá enfrentar la humanidad es el de su atención médica.

A diario recibimos magníficas noticias sobre descubrimientos de drogas, lanzamiento de aparatos de alta tecnología, nuevas terapéuticas, etc. que hacen que enfermedades antes incurables, puedan hoy ser detectadas y tratadas con éxito. Se trata realmente de una bendición y de una maravillosa noticia para la humanidad. Su contrapartida inocultable es que todos estos nuevos elementos diagnósticos y terapéuticos tienen un costo.

Por otro lado, tales avances han posibilitado prolongar nuestra expectativa de vida, que se ha extendido en el último medio siglo de 55 a 77 años en el hombre y de 58 a 82 años en la mujer.



Tales circunstancias retroalimentan la incidencia de los costos pues enfermedades antes incurables hoy son tratadas con éxito, lo que extiende la vida mientras que las muertes se producen por nuevas dolencias.

Veamos algunos ejemplos:

En la primera mitad del siglo pasado, los pacientes morían de tuberculosis a la edad promedio de 35 años, mal que al sobrevenir nuevos tratamientos, fue controlado haciendo que tales pacientes fallecieran años después por otras enfermedades, por ejemplo, el cáncer.

Esta misma enfermedad, que era mortal en la mayoría de los casos hace 60 años, hoy logra tasas de curación superiores al 50%. En la última década, la sobrevida del cáncer de colon avanzado se ha duplicado, pero el costo del tratamiento se incrementó 320 veces.

Fuera de la longevidad, las medidas preventivas han producido otro fenómeno en la escala etárea, a través de la dramática disminución de la tasa de mortalidad infantil, la que en los años 50 era de 66 por mil nacidos vivos promedio y actualmente, es de alrededor de 12 por mil en nuestro país. Este descenso se produce desgraciadamente en forma muy despareja entre distintos países y aún dentro de unas mismas fronteras, fundamentalmente por razones socioeconómicas.

Además, la nueva y alta tecnología ha permitido que recién nacidos que antes fallecían irremediablemente, hoy sobrevivan gracias a los modernos servicios de neonatología. Hacia fines de los 60 y comienzos de los 70 la sobrevida de recién nacidos de menos de 1.500 gr. era muy baja y la de menos de 1.000 gr. casi anecdótica. En los países desarrollados hoy sobreviven más del 90 % de los niños de menos de 1.500 gr. y más del 60 % de los de menos de 1.000 gr. ¿Qué ha ocurrido con los costos de atención de esta población?. La creciente complejidad que requiere su atención, tanto en equipamiento y planta física como en recursos humanos, han

hecho que los costos se hayan ido elevando significativamente variando el costo diario de Cuidados Intensivos Neonatales entre 3000 y 5000 dólares en los países desarrollados. En números gruesos, un prematuro de menos de 1.000 gr., que sobrevive, puede costar entre 200.000 y 500.000 dólares, de acuerdo a la complejidad de sus tratamientos y a los días de internación. Para tener una idea de la magnitud, datos fidedignos de USA del año 2003 (últimos disponibles a nivel nacional), indican que el costo total de la atención neonatal fue de 36 BILLONES de dólares y el de la atención de niños de menos de 1500 gr (que representan el 1.5 % del total de los recién nacidos) de 18.1 BILLONES de dólares. No se incluye en estas cifras lo gastado en rehabilitación de niños con secuelas.

Todos estos factores no solamente han aumentado la longevidad sino nuestra calidad de vida.

Esto se refleja, aunque en diferente proporción de acuerdo con los sistemas adoptados, en todos los países del mundo, ya sea que éstos apliquen sistemas de atención médica con monopolio total de Estado, con monopolio parcial, o mediante sistemas de seguridad social, de atención privada o mixtos. Todos éstos, sin excepción, han debido variar su forma de atención médica, pues el aumento incesante de los costos así lo ha impuesto.

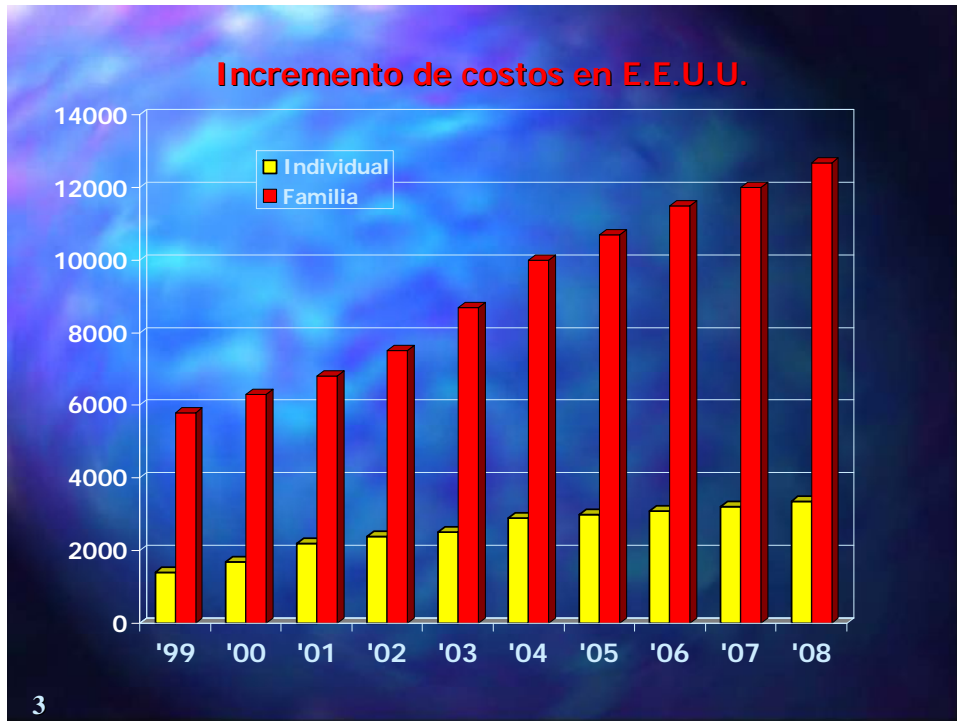
Vale la pena observar esta proyección sobre cómo ha ido cambiando el sistema de atención en el último siglo.

La práctica de la medicina	
<u>Tradicional</u>	<u>Nueva</u>
• Reactiva	• Proactiva
• Diagnóstico y tratamiento	• Predicción, prevención, tratamiento
• Intervención esporádica	• Planeamiento de asistencia médica
• Dirigida por el médico	• Interactiva
• Prestación fraccionada	• Sistema integrado de prestaciones
• Basada en la experiencia	• Basada en la evidencia
• Insensible al costo	• Sensible al costo

2

Aquí estamos ahora, y en la mayoría de los países del mundo constituye un tema en discusión que largamente excede el área médica y abarca a toda la comunidad.

Un gráfico demuestra cómo ha sido el incremento de los costos en los últimos años en los EE.UU.



El costo de proveer a un empleado de la ciudad de Nueva York de un plan familiar, es de alrededor de los U\$S 12.600 para el corriente año, más del doble de los 5.791 que demandaba en 1999. Si ese empleado se retira a la edad de 55 años y vive hasta los 78, el costo se eleva a U\$S 225.302.

De acuerdo a un análisis confirmado por la oficina de relaciones laborales de dicha ciudad, estos beneficios podrán significar un incremento de millones de dólares en gastos en las próximas décadas, especialmente en la medida que los costos sigan aumentando como hasta ahora.

Esto pone en claro que el costo de no hacer nada es alto y crece día a día, representando un serio problema para la atención médica y para la economía de los países.

¿Cómo compatibilizar la prolongación de nuestros años de vida y fundamentalmente el mejoramiento de nuestra calidad de vida con el incesante aumento de costos? ¿Qué medidas deben tomar las sociedades para afrontar este desafío?

Por un lado y mientras el instinto de conservación siga siendo "fuerza incontenible", tendremos que arbitrar una serie de medidas para afrontar los costos asistenciales.

Un ejemplo que me encanta poner en mis clases es preguntar a mis alumnos y colegas: ¿Uds. creen que la sociedad debe pagarle a los bomberos? Por supuesto la respuesta es "sí" y sigue siendo afirmativa cuando se habla de la policía, la educación, la justicia, la administración, etc. Por lo tanto, la primera conclusión es que el gasto de un país en salud va a estar por debajo del 100% de su PBI y en algún momento la sociedad deberá decidir cuánto invertir en la misma. ¿El 8%? ¿El 10%? ¿El 15%? La decisión la tomará la sociedad en su conjunto.

Desgraciadamente, una vez que se ha tomado esa decisión, ponemos un techo al gasto en salud y se presenta el otro gran desafío: cómo administrar los recursos. Y aquí sí quiero hacer hincapié en otra de mis frases preferidas, y es que una administración inepta, ineficaz e ineficiente de los recursos, es tanto o más grave que una administración injusta, pues la primera cuenta con los fondos que la comunidad le ha asignado.

Un país serio que considere que la salud es un derecho debe tener presupuestos responsables y una administración eficiente.

Si miramos hacia el futuro, concluiremos que la tendencia que mencioné al iniciar mi discurso, se va a profundizar. Todos los descubrimientos de investigación en marcha y los que están por venir, traerán nuevos métodos terapéuticos que, a su vez, posibilitarán la curación hoy imposible de muchas enfermedades.

Por supuesto, a fuer de ser repetitivo, insisto en que esto es una bendición y supone una magnífica noticia para la humanidad toda, pero tendrá como contrapartida la correspondiente incidencia en los costos.

La problemática en el último medio siglo ha sido que el incremento de los gastos en salud ha excedido largamente los índices de inflación de los países y, lamentablemente, también el crecimiento de su PBI.

De proseguir esta tendencia, la única solución posible va a ser optimizar los recursos que se apliquen a la salud, e indefectiblemente que el crecimiento del PBI de los países iguale por lo menos el crecimiento de los gastos en salud.

A todo esto debemos prever la incidencia no sólo de epidemias y pandemias, sino la aparición de nuevas enfermedades.

¿Ha existido algún gurú de la economía de la salud que predijera en la mitad del siglo XX que sobrevendría una nueva enfermedad contagiosa y que, desgraciadamente, mataría millones de personas? Me estoy refiriendo al SIDA.

Esto no fue previsto. La ciencia médica respondió; comenzó con tratamientos cuya eficacia fue aumentando progresivamente y hoy en día estos pacientes felizmente viven con buena calidad de vida pero deben recibir un cocktail de drogas cuyo costo es de entre 500 y 1.000 dólares mensuales, con una expectativa de incremento progresivo difícil de prever.

Esto a nivel de naciones. Y como no querría dejar de opinar sobre cuál sería la solución a nivel individual, aunque lo haga en el momento menos oportuno por la crisis que el mundo está soportando, querría dar mi apoyo a la teoría de ahorros a través de una cuenta médica (Medical Savings Account) (Cuenta de Ahorro Médico)

Esto significa que, así como educamos a nuestros ciudadanos para efectuar un aporte durante su vida laboral activa para cobrar su pensión - jubilación o retiro, así la propuesta es que con fondos previos al pago de impuestos, los ciudadanos puedan optar entre pagar la totalidad de sus tributos o dedicar una parte de ese dinero a una cuenta de ahorros médicos. Por supuesto, bajo una estricta regulación que determine que, durante toda la vida activa del aportante ese dinero no podrá ser tocado como así tampoco sus rendimientos. Hasta que el joven que comienza a aportar no se retire de la vida activa y se acoja a la jubilación, esos fondos serán intangibles con la única excepción de que sufriera él o algún familiar directo alguna enfermedad devastadora.

Los ciudadanos podrán optar por sistemas estatales o privados de acuerdo a su preferencia.

Este es un aporte tratando, como decimos los médicos, de prevenir y no tener que curar, muchas veces sin los elementos necesarios. En este último caso, el dinero.

No dudo que, desideologizando el tema, la humanidad encontrará la respuesta correcta a este tremendo desafío; no sin antes por prejuicios ideológicos, haber intentado todas las otras opciones posibles.