

SECCION MEDICO CULTURAL

MEDICINA PRIVADA O PRACTICA PRIVADA DE LA MEDICINA*

*Manuel E. Piza Escalante***

He recibido el encargo de introducir este tema en esta comisión quizá basándose en mis repetidas manifestaciones hacia la necesidad de fortalecer el sector privado de la medicina nacional y de que éste se constituya en ayuda y, por qué no, sana competencia para la Caja Costarricense de Seguro Social, que administra todo lo relativo a la medicina pública asistencial en Costa Rica y quizá por algunos estudios informales de mercadeo y control de calidad de servicios de salud a los que he dedicado unas cuantas horas de insomnio.

Quisiera, a manera de introducción, hacer una breve reseña de la historia de la medicina en el mundo, especialmente orientada hacia el status del médico en las diferentes épocas y sociedades, pese a que sé que voy a ser reiterativo para esta audiencia, a fin de tratar de llegar, basado en el contexto histórico, a un concepto claro de "Medicina Privada", "Salud Pública", "Medicina Pública" y las diferentes modalidades de financiación de la práctica médica en las sociedades actuales.

En los tiempos primitivos la medicina no era científica sino mágica, la capacidad de curar era "infundida" por los dioses a ciertas personas que transmitían estos dones de generación en generación y, por su posición dentro de la sociedad, gozaban de grandes privilegios y eran altamente apreciados. En algunas sociedades de la antigüedad, eran los sacerdotes los encargados de tratar las enfermedades y de practicar o supervisar los embalsamamientos, que constituyeron verdaderas disecciones anatómicas y contribuyeron grandemente al progreso del conocimiento. Parece ser que la China y la India fueron las naciones en que mayor desarrollo alcanzaron los conocimientos médicos y las religiones y costumbres de estos pueblos, conservan todavía vestigios de ello. Cuando Alejandro Magno invadió con sus ejércitos la India, quedó asombrado por el desarrollo de la "medicina" ya que encontró utensilios quirúrgicos que se guardaban entre hojas secas y plantas medicinales que eran tratadas en forma similar a como se preparan los medicamentos

hoy en día. Todo ello rodeado de un gran secreto y manejado por un grupo "privilegiado" de médicos magos.

Con el tiempo y el desarrollo de las comunicaciones, los conocimientos médicos pasaron a Grecia antigua, en donde fueron manejados inicialmente por los filósofos hasta la época de Hipócrates (460 A.C.), que podemos considerar como el pionero en la emancipación de la medicina como arte, como ciencia y como forma ética de vida. Sus escritos dominaron la medicina durante muchos siglos y fueron causa de gran adelanto y, simultáneamente, de gran atraso en los conocimientos científicos. La ética entre de los médicos griegos, era una cuestión de honor, el médico se debía a sus enfermos y ejercía la medicina en forma enteramente liberal, las más de las veces.

Con la conquista de Grecia por Roma, ésta adoptó sus conocimientos médicos y, para esto, esclavizó a los médicos griegos y los vendió al mejor postor a los mercados romanos en donde se prefería a los de esa nacionalidad, por sus conocimientos de filosofía y medicina, siendo utilizados por los patricios romanos y los ejércitos para la atención de sus familias, soldados y servidores.

Con el paso del tiempo y generalmente a cambio de servicios distinguidos, muchos médicos griegos obtuvieron la libertad y hasta la nacionalidad romana. Ya en los primeros siglos de la era cristiana, los médicos griegos, alejandrinos y romanos entre los que destacó Galeno, ejercieron la medicina libremente e incluso llegaron a amasar fortunas derivadas de la práctica de su profesión.

La edad Media fue, en el campo médico, así como en otras áreas de las ciencias y artes, época de cambio y estancamiento, sino de retroceso. Predominaron las teorías mágicas y se avanzó poco en el campo de la anatomía y la práctica de la medicina. La cirugía se consideraba un arte de menor importancia y fue relegado a los barberos-cirujanos que eran los de menor preparación y más bajos ingresos. La mayoría de los adelantos médicos de esta época estuvieron a cargo de los árabes y los judíos que dominaron las artes de curar. En cuanto al status del médico, desde el punto de vista laboral, generalmente eran agentes libres que ofrecían sus ser-

* Presentación ante la Comisión de Problemática Médica del Ministerio de Salud, 1989.

** Presidente de la Unión Médica Nacional

vicios a cambio de una remuneración, con excepción de las cortes y feudos que tenían sus médicos a quienes se apreciaba mucho y se remuneraba generosamente, cuando no se proscribía o ejecutaba por sus yerros.

La enseñanza de la medicina era generalmente personal, el arte de curar se aprendía como un oficio junto a un maestro, aunque se empezó a dar en universidades, la primera de las cuáles, fundada en el siglo XI, fue la escuela de Salerno, Italia.

Hacia el final de la Edad Media el mundo de la medicina se encontraba dominado por la escuela de Montpellier, en Francia y la de Oxford en Inglaterra, se empezó la ciencia de la farmacología con los descubrimientos de Paracelso y otros. La fisiología tuvo grandes adelantos con descubrimientos como el de la circulación sanguínea, los primeros pasos en saneamiento ambiental, la aparición de la vacunación, etc. La universidad significó para los médicos, aunque todavía no para los cirujanos, el reconocimiento de un status superior que los colocó en posición aventajada dentro de la sociedad. La medicina siguió siendo un fenómeno de empresa privada individual, con excepción de la salud pública que empezaba a perfilarse.

Los escasos 130 años transcurridos desde que dos dentistas de Connecticut y Massachussets en los Estados Unidos, William Morton y Horace Wells asombraron al mundo con el descubrimiento de la anestesia y los 100 desde el inicio de la cirugía antiséptica, por Lister en Inglaterra, han sido testigos del desarrollo vertiginoso de esta rama de la medicina, la cual ha logrado adquirir el carácter de disciplina científica siendo los cirujanos aceptados en los colegios de médicos de Inglaterra y Francia a partir del Siglo XVIII y XIX y llegando a ocupar, en la mayoría de las sociedades occidentales, una posición social y económica superior a la de los médicos internistas, o sea los que se ocupaban de las enfermedades internas del organismo.

Llegamos así a los primeros años del siglo XX y al país que va a ser protagonista principal del progreso de las ciencias de la salud durante él, los Estados Unidos. Aquí la medicina se convirtió en un excelente negocio tanto desde el punto de vista de la prestación de servicios, como el de la enseñanza médica. En 1910 había en Estados Unidos 167 escuelas de medicina, casi todas ellas privadas y operadas con afán de lucro, administradas por uno o dos médicos y que aceptaban estudiantes que no habían completado siquiera la educación secundaria, graduando "profesionales" en 2 a 3 años de estudios prácticos, la mayoría de las veces sin ninguna supervisión universitaria e inyectando 5200 médicos anuales a una sociedad pobre, con una población médica ya sobresaturada. Ante este desorden el doctor Abraham Flexner, financiado por la Funda-

ción Carnegie, realizó un estudio que fue decisivo para la creación del Colegio Norteamericano de Cirujanos y, poco después, el de médicos, que empezaron a estandarizar la práctica y la enseñanza de la profesión. Cerraron gran cantidad de escuelas y exigieron que los médicos se graduaran en universidades y llenaran ciertos requisitos mínimos de calidad. De esta manera se empezó a crear el actual mercado médico norteamericano, llegándose en 1953 a la creación de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales, formada por la Asociación Americana de Hospitales, la Asociación Médica Norteamericana, la Comisión para el Pago prospectivo (PROPAC), los Colegios de Médicos y Cirujanos y representantes del sector privado. Esta comisión tiene por objeto regular lo concerniente a los diferentes establecimientos y determina los requisitos de acreditación de los mismos.

Sabemos bien que la prestación actual de servicios de salud en los Estados Unidos es, en su mayor parte privada o, al menos orientada hacia la libre empresa. Esto a diferencia de otros países como Inglaterra y Suecia en que se da una socialización muy amplia, con un ejercicio casi totalmente público y a Canadá, en que se mezclan ambos sistemas, con una práctica orientada hacia la empresa privada pero financiada totalmente por el erario público por medio de un sistema mixto con participación del gobierno federal por medio de impuestos generales y de los gobiernos de cada provincia, por medio de impuestos específicos para la salud. Sin embargo las cosas están cambiando en el mundo: Estados Unidos estableció, a partir de la década de los 60, dos programas públicos para la atención de los pobres (Medicaid) y de los ancianos e incapacitados (Medicare), que hoy día cubren el 40% de la financiación de los servicios de salud. La prestación siguió empero siendo de corte privado, o sea que las personas son atendidas por médicos individuales, con libre elección plena, generalmente especialistas que cargan a sus pacientes los honorarios que desean. Muchos de los servicios son cubiertos por las compañías privadas de seguros las cuales, hasta hace poco tiempo, ejercieron casi ningún control sobre la calidad o el precio de los mismos, aunque recientemente se han creado sistemas para el pago de hospitales por medio de costos pre-establecidos.

La sociedad norteamericana se percató de que los costos de la salud crecían en forma geométrica, que la tecnología avanzaba no al ritmo de las necesidades y de la real utilización de los nuevos aparatos, sino al de los intereses comerciales de las grandes corporaciones y que, muchas veces, los hospitales y médicos eran catalogados por el público no por criterios objetivos de producción, sino por la sofisticación y adelanto de sus equipos. El gobierno de Reagan hizo grandes esfuerzos por parar esta

creciente locura que amenaza con quebrar los sistemas de salud públicos y privados del país para el año 1992. Es así como han aparecido sistemas de organización de la provisión de servicios médicos por medio de honorarios prepagados, aunque su germen comenzó desde los años 30 en que empezaron a organizarse las primeras empresas de práctica médica en grupo. Estos en cierta manera, han llevado a una socialización o masificación de la medicina, cubriendo hoy día a más de 30 millones de norteamericanos. Funciona estas empresas por contratación de médicos a salario o por capitación y negociaciones con los hospitales para obtener tarifas preferenciales y métodos para el control de la utilización de los recursos. De esta manera se espera lograr una importante reducción o al menos evitar el crecimiento del costo de la salud en los Estados Unidos, sin sacrificar el acceso a los servicios y los estándares de excelencia que la medicina curativa ha logrado en esa nación.

Por otra parte, el paraíso de la medicina privada no ha logrado resolver ciertos problemas entronizados en su sociedad: los negros que forman un 12% de la población, los latinos inmigrantes y los pobres (o sea aquellos que cuentan con un ingreso familiar anual menor de \$ 8000), se encuentran mucho peor servidos que los blancos y muestran condiciones sanitarias inferiores incluso a las de muchos países latinoamericanos. En general la medicina norteamericana se basa en el principio de la libre oferta y demanda o sea "Obtenga tanta salud como pueda pagar" y este sistema está causando esas injusticias.

A diferencia de los Estados Unidos, Canadá tiene un sistema de salud financiado totalmente por el estado, aunque la prestación de servicios se encuentra en manos de médicos individuales, pagados por medio de honorarios por servicios y de hospitales comunitarios y privados, que reciben subsidios estatales de acuerdo a su categoría y al tipo y cantidad de servicios que suministran. Vemos así como, a pesar que los médicos canadienses ganan buenos ingresos, (un promedio de 145.000 dólares canadienses al año) sus servicios le cuestan al país mucho menos que en los Estados Unidos, quizá basándose en honorarios pre-contratados entre los grupos médicos y el gobierno y en un estricto control de la utilización o sobreutilización de los servicios.

La organización de Inglaterra, con su Servicio Nacional de Salud y pago por medio de capitación (o sea por el número de pacientes adscritos al consultorio), a los médicos generalistas, que trabajan en grupos o individualmente. Con especialistas contratados por salario en los hospitales y clínicas de referencia, es bien conocido. Este sistema ha sido severamente criticado por la desmotivación que

produce en los médicos, sobre todo los especialistas, las largas filas de espera para las cirugías electivas e internamientos, la falta de estímulo para la superación profesional, etc. Se ha pedido la libre elección médica total, con un sistema similar al canadiense y hacia esto van aparentemente. En defensa del actual sistema inglés se ha dicho que los índices de salud del pueblo británico son envidiables en todo el mundo, que los costos (aproximadamente de 450 libras al año por persona), son mucho más bajos que los canadienses y, por supuesto, que los norteamericanos, que superan los 1400 dólares anuales; que la frecuencia de algunas operaciones electivas como la colecistectomía y la histerectomías es 5 a 6 veces más alta en Canadá que en Inglaterra y que, contrariamente a eso, la mortalidad por enfermedad biliar y por cáncer del útero es mucho más baja en la Gran Bretaña. También se afirma que la libre elección es una utopía ya que el público no tiene la información necesaria para decidir cual es el mejor médico y se va a dejar llevar por aspectos comerciales y de propaganda. Sin embargo la práctica privada de la medicina crece importantemente en Inglaterra en donde proliferan los seguros privados y las cadenas de hospitales norteamericanas construyen gran número de facilidades (solo AMI tiene más de 50), parece ser que los ingleses se desean norteamericanizar y los norteamericanos desean parecerse a los ingleses, como que se busca un intermedio entre ambas corrientes.

La medicina hoy día es una de las llamadas "Disciplinas Científicas Aplicadas" o sea que es un quehacer de los seres humanos altamente basado en conocimientos científicos y tecnológicos. Requiere sin embargo de un altísimo grado de humanismo y caridad para poder ser ejercida en condiciones óptimas. Dice Esculapio en sus consejos que la Medicina es un "Apostolado" y que no debe dar "ganancias" como las del aceitero o las del que vende miel, o sea que no debe ser una disciplina orientada hacia el comercio y hacia el afán de lucro. ¿Cómo entonces podemos defender la necesidad de práctica privada de la medicina en nuestro país en que, gracias a los esfuerzos de todos, se ha logrado una posición ejemplar en materia de salud, con un sistema casi totalmente público?. Debemos empezar por definir lo que entendemos por medicina pública y medicina privada y las diferentes formas de interrelación entre ambas.

La práctica de la medicina pública o privada puede ser contemplada desde el punto de vista de su organización administración, de su comercialización y de su financiamiento. Por antonomasia, los servicios de salud pública deben ser brindados por el estado, sin embargo, su administración y organi-

zación pueden perfectamente estar en manos privadas, si esta solución se considera más eficiente.

Por el contrario, la medicina curativa y asistencial puede organizarse, financiarse y ofrecerse por parte del sector privado o por parte del estado, sin que ninguna de estas alternativas signifique, necesariamente, mayores o menores derechos para la población, ingresos preferenciales para los médicos o cambios en el status de seguridad social que vive una sociedad.

Costa Rica escogió, o al menos dejó que un pequeño grupo de políticos escogiera, una organización de los servicios asistenciales totalmente pública, con financiamiento mixto (aunque en la práctica es la fuerza laboral la que financia el 100%) y oferta universal. Esta escogencia no se realizó de una sola vez sino a pequeños y grandes pasos. En primer lugar nunca florecieron en el país grandes empresas privadas de servicios médicos, en segundo lugar se dieron grandes pasos hacia la socialización, con el crecimiento y desarrollo de la seguridad social y se llegó a la extensión cuantitativa de ella sin que se contemplara, por parte de los grupos médicos y empresariales organizados, la posible participación del sector privado en la prestación de servicios. Los médicos independientes estaban muy bien para preocuparse del problema y la naciente masa de médicos asalariados fue orientada, desde la escuela de medicina, hacia la lucha laboral y salarial, sin contemplar nunca la posibilidad de buscar alternativas organizativas, que permitieran una mayor participación en la recuperación de ingresos, eliminando la necesidad de luchar por aumentos salariales exigüos, cada vez más difíciles de obtener y que, al constituir beneficios generales no selectivos y no dependientes en ninguna forma de la producción y eficiencia del profesional, nunca han logrado cambiar la motivación de éste hacia las instituciones sanitarias y, por lo tanto, han creado un sector de médicos burocratizados y siempre descontentos de sus condiciones laborales.

Con excepción de la Clínica Bíblica, que no llega a 100 camas, la Católica y la Santa Rita que escasamente superan las 50 cada una y de los rescoldos de servicios privados que, por derecho adquirido pero no por interés institucional, se mantienen en los hospitales de la Seguridad Social, no hay en Costa Rica facilidades médicas privadas de internamiento. Sin embargo en el campo de la consulta externa se cuenta con poco menos de 1900 consultorios médicos, cerca de 800 laboratorios, 1000 clínicas dentales y gran cantidad de centros de ultrasonido y rayos X. O sea que parece ser que un fuerte sector de la población costarricense se orienta hacia la medicina privada en lo que corresponde a servicios ambulatorios y utiliza los servicios de la Caja para los internamientos (el seguro para una opera-

ción dice el costarricense). Aproximadamente un millón cuatrocientas mil consultas médicas privadas se dan al año en nuestro país. Esta cifra, sacada de una encuesta hecha por la Unión Médica Nacional, revela que aproximadamente 500,000 personas están utilizando exclusivamente los servicios médicos ambulatorios privados (un sexto de la población 16.6%), si partimos de que el país cuenta con 3 camas hospitalarias por cada mil habitantes, se requerirían 1500 camas para atender esa población y, sin embargo, sólo tenemos 150. ¿A qué se debe este aparente desfase?

A mi manera de verlo las principales razones son 4:

1. Los costarricenses se encuentran satisfechos con los servicios médicos de la Caja en lo referente a Hospitalización o, por lo menos, consideran que estos servicios son de mucho mejor calidad que los de consulta externa.
2. Los costos de la medicina moderna no pueden ser sufragados en forma privada sino por un pequeño porcentaje de la población que, muy frecuentemente acude a mercados extranjeros para adquirir los bienes y servicios que requiere.
3. No existen sistemas de financiamiento o aseguramiento privado de gastos médicos que permitan a las personas interesadas acceder a los servicios privados. Esto es culpa de los mismos médicos y en gran parte del monopolio de seguros que vivimos, que ha hecho que nuestra única empresa aseguradora pierda el interés en el campo, por falta de competencia.
4. Los médicos y los pocos empresarios de la medicina privada que han aparecido, no se han preocupado por desarrollar un producto consistente en lo referente a contenido, precio, calidad, accesibilidad y difusión. O sea que no ha habido verdaderos esfuerzos empresariales para ofrecer adecuadamente los servicios del sector privado ni a los organismos públicos ni a la población general. Más aun, muchos médicos se avergüenzan de tener práctica privada y utilizan para referirse a ella frases peyorativas como llamar "el robadero" al consultorio privado.

La organización y financiamiento de la medicina puede adoptar cuatro formas y una enorme variedad de mezclas entre ellas:

1. Servicios financiados por el sector público, o sea por medio de impuestos generales y brindados por establecimientos públicos de acceso general y sin ningún tipo de arancel para la población. (solución totalmente socialista similar al inglés).

2. Servicios financiados por el sector público, por medio de impuestos generales y específicos, total o preferentemente brindados por el sector privado o comunitario sin cobro de aranceles a la población y acceso universal (sistema similar al de Canadá).
3. Servicios financiados por el sector privado y por la fuerza laboral al menos parcialmente, brindados por establecimientos públicos sin recuperación de aranceles de la población y acceso universal (sistema costarricense).
4. Servicios financiados por el sector privado totalmente (aunque se recuperan fondos del sector público por atención de emergencias o indigentes) y prestados por establecimientos privados, con recuperación de aranceles por parte de los usuarios y compañías privadas de seguros o financiamiento, con acceso restringido por capacidad de pago del usuario, o respaldo del estado (sistema norteamericano).

Naturalmente que en ningún país del mundo se da un sistema totalmente puro, sin mezclas entre ellos. En Costa Rica tenemos la posibilidad de utilizar las facilidades públicas en forma privada por medio del pago de aranceles totales o diferenciales según se trate o no de derecho-habientes de la seguridad social y bien sabemos que se práctica, en forma fraudulenta, un sistema de medicina mixta con libre elección médica y hospitalaria que probablemente constituye una excelente válvula de escape para la presión creada por el sistema despersonalizado de medicina institucional.

Nunca ha estado en el interés mío ni en el del grupo que hemos venido estudiando el posible desarrollo de una gran empresa que permita el crecimiento del sector privado de la medicina nacional, tanto con miras a la oferta de servicios a la población propia, como con el interés de exportar nuestra tecnología, en los campos de la medicina asistencial, las facilidades de largo internamiento para ancianos y minusválidos y la educación médica, el disminuir o desestabilizar la seguridad social que disfruta nuestra población, pilar fundamental de la democracia costarricense. Comprendemos que un alto porcentaje de esa población no puede ni podrá nunca acceder a los servicios médicos privados y que, a ellos, se le debe ofrecer la medicina de alta calidad y contenido tecnológico que actualmente no están recibiendo, en buena parte porque el sistema pretende servir a toda la población y los recursos, basados únicamente en un porcentaje de los salarios declarados en el país, no son suficientes para lo-

grar este cometido y, por otra parte, a las graves deficiencias administrativas de la Institución que deben ser tema de otro día.

Precisamente el establecimiento de un sistema privado de aseguramiento, financiación y provisión de servicios médicos, por medio de prepago parcial o total y de tarifas accesibles, razonablemente estimadas en base a los costos generales de bienes y servicios en el país, hará que nuestra población (o al menos un 20 a 30% de ella), reduzca la utilización de los servicios públicos, permitiendo ampliar el mercado de trabajo para los médicos y otros profesionales de la salud y mejorar la utilización de los recursos de la Caja, dirigiéndolos a la población de mayor necesidad.

Se habla hoy día de privatización en todos los campos del quehacer público, sin embargo nosotros pensamos que ésta se puede dar cuando signifique una alternativa de mejor eficiencia y calidad para la población, con posibilidades de mejores ingresos para los grupos de funcionarios involucrados, pero no es aceptable como medio para rebajar los costos y quitarse de encima problemas laborales, sin el objetivo de incremento de la calidad y eficiencia. Pretendemos el desarrollo de un sector privado competitivo y eficiente que le ofrezca sus servicios tanto al sector público como a la población en general, no simplemente la formación de empresas laborales que arrastren todas las deficiencias de la empresa pública y creen falsas expectativas en los trabajadores y usuarios. Para esto hemos iniciado, hace ya tres años, un convenio con el Instituto Nacional de Seguros a fin de crear un nuevo producto de gastos médicos que resulte accesible al mayor número posible de costarricenses y, al mismo tiempo pague a los profesionales e instituciones del sector, honorarios acordes con los servicios prestados. Además hemos iniciado contactos con empresas financieras privadas para el otorgamiento de créditos que permitan a quienes no resulten elegibles para un seguro o, por una u otra razón no deseen acogerse a este beneficio, obtener los bienes y servicios que requieren y tener la oportunidad de pagar a plazos, con intereses razonables y acordes al mercado financiero nacional. Sabemos que el camino por recorrer es largo y que apenas lo hemos iniciado, quizá serán futuras generaciones las que recojan el fruto cabal de las semillas plantadas pero, aun así, estamos seguros de que vale la pena plantarlas y que el terreno será fértil para su crecimiento y desarrollo.