



VOZ MEDICA

ORGANO INFORMATIVO DE LA UNION MEDICA NACIONAL

UNION MEDICA NACIONAL

FORO MEDICO

Los criterios y comentarios emitidos en Foro Médico, no necesariamente coinciden con el pensamiento de la Junta Directiva, ni de la Unión Médica en General

La Unión Médica Nacional, a partir de hoy abre este espacio, para que todos sus afiliados puedan emitir su criterio o inquietudes, respecto a cualquier tema de orden oficial, o de interés nacional (excluido el proclitismo político y religioso).

Para ello, rogamos enviar los artículos a nuestras oficinas centrales.

LIBERTAD HUMANIZACION Y SERVICIOS MEDICOS

La igualdad y libertad, dependen de la definición de la persona individual como un ser de intrínseco e incalculable valor. El derecho universal a la salud, se establece fundamentalmente a partir de esta presunción, ya que se debe basar en el acceso a los servicios de salud para todos los habitantes de una región, sin pensar en si pueden o no pagar su costo.

Desde otro punto de vista, se establece que un derecho positivo de la salud, puede ser no solamente inválido, sino también peligroso y que los individuos deben en alguna forma, retribuir el costo de la atención recibida. Esta es la perspectiva del liberalismo y la que tradicionalmente se ha aplicado en países como Estados Unidos, aunque en los últimos dieciocho años, ésta ha variado con el establecimiento de los sistemas de asistencia pública (Medicaid y Medicare) para los ancianos y los pobres, los sistemas de prepago (HMO Y PPO) con inclusión o no del concepto de capitación, que han ganado gran cantidad de adeptos y cubren, hoy día, a más del 10% de la población norteamericana.

Por una parte, la aparición de estos sistemas, regulados por el libre juego de la oferta y demanda y, en gran parte, por regulaciones estatales emanadas de la Comisión Nacional para la asesoría del Pago Prospectivo, del Gobierno Federal de Washington, que regula los costos dentro de los sistemas públicos, ha hecho que se desarrolle un nuevo paradigma en investigación y en atención médica: los Sistemas de Control de Calidad de servicios Médicos y los DRG o Grupos Relacionados con el Diagnóstico para evaluar el grado de severidad de las enfermedades y determinar el pago a los hospitales. Estos últimos constituyen un sistema revolucionario para evaluar los gastos financieros de los diferentes proveedores de atención médica y mantener un control sobre la calidad de los servicios, sobre la base del costo-beneficio. Con esa modalidad es posible establecer un "Producto Clínico" definido, en contraste con la provisión ilimitada y no racionalizada de suminitros y servicios personales dentro de un establecimiento médico, sea éste un hospital o una factibilidad de consulta externa. Es así como se desemboca en una evaluación de costo sobre "obra terminada" o "período concluído".

Aún para una sociedad tan rica como la norteamericana, el sistema de costo incontrolado y suministro ilimitado, está resultando sumamente oneroso, llegando a producir un incremento en el valor de los servicios médicos públicos para personas mayores, (Medicare) de 1.000 millones de dólares de 1966 a 50.000 en 1982, sin que esto significare mejores índices de salud o cobertura en la población. Esta carrera desbocada hacia un aumento en el costo de la salud, hizo que los norteamericanos idearan soluciones que permitieran establecer una mejor relación entre el nivel

de calidad y tecnología de los servicios y los diferentes grados de gravedad de los enfermos, con el fin de asegurarse que los incrementos en el costo vendrían a significar grados crecientes de sofisticación y tecnología en beneficio directo de aquellos que las requieren para recuperar su salud y su capacidad productiva.

Lo más interesante acerca de este cambio, es que se ha llevado a cabo pensando, en todo momento, en contar con la colaboración de los profesionales en salud y sobre todo los médicos, a sabiendas de que la cooperación o no de ellos podrían bien determinar el éxito o fracaso de cualquier programa. Asimismo se ha procurado siempre que los incrementos en eficiencia de servicios, determinen un mejor ingreso para sus proveedores y controladores principales. Esta presunción no se basa en un sentido de justicia social y equidad, sino en la certeza de que, al ser el médico quien controla más del 85% de los gastos del sector salud, su colaboración es indispensable para una máxima eficiencia de éste.

En Costa Rica hemos creído ser descubridores del nuevo mundo de la medicina y la Seguridad Social y nos hemos dedicado a utilizar los indicadores de salud y la cobertura de la población como banderas políticas, de los diferentes partidos, bien arrogándonos la creación del Seguro Social o su fortalecimiento y extensión a toda la población. Esto sin percatarnos que esta extensión, ha significado un enorme sacrificio para la profesión médica, que ha mantenido a su costa, riesgo y esfuerzo, el alto nivel académico y profesional de que se hace gala, pese a la pérdida progresiva de la independencia profesional y el status que disfrutaba, en virtud de sus esfuerzos y de la trascendencia que, desde los albores de nuestra vida independiente ha tenido en el desarrollo de nuestra nacionalidad.

Ya es hora que los médicos tomemos conciencia de todos esos hechos y del poder que, como grupo, ostentamos y nos sentemos a razonar sobre los posibles daños y peligros derivados de esa situación y exigir que se nos de nuestro lugar como profesionales liberales e independientes, sin temor de perder las exiguas garantías laborales, al realizar contrataciones para venta de servicios que bien manejadas, pueden significar el retorno a la dignidad profesional perdida y para nuestros pacientes, el recobrar la confianza y alto nivel profesional que ofrecieron los médicos hasta hace unos cuantos años.

Creo que es hora de que tomemos la palabra del Poder Ejecutivo de nuestro gobierno, expresada a través tanto del actual como del anterior presidente y otros funcionarios públicos y comencemos a dar los pasos necesarios para la sistematización del sector salud, con inclusión de la empresa privada, médica, hospitalaria y paramédica, por medio de contratación individual, cooperativa o colectiva para lograr que la futura extensión de la seguridad Social, definitivamente beneficiosa para todos, se haga de una manera más equitativa, evitando el crecimiento aún mayor de la

ya "Mega Institución" dueña de la enorme mayoría de los centros asistenciales y desinteresada por el futuro individual y colectivo de los médicos, como profesionales independientes y como principales actores en el escenario de los servicios preventivo-asistenciales.

Debemos considerar la inconveniencia de la masificación y despersonalización de los servicios, derivados del sistema "línea de montaje" instaurado por la CCSS con el objeto de limitar los derechos profesionales de los médicos y convertirlos, contradiciendo la verdadera naturaleza de la profesión que establece que el médico debe servir primordialmente a los enfermos, en asalariados por tiempo y con una tarea establecida en términos exclusivamente numéricos (número de horas, número de pacientes por hora, número de años de servicio, etc.), sin tomar en cuenta ni estimular la calidad profesional y humana de los servicios ofrecidos. Por el contrario, estableciendo límites arbitrarios en la capacidad de recetar y de solicitar estudios y exámenes especializados que, sumados a la desmotivación producida por un salario, a todas luces insuficiente para mantener el nivel de vida que requiere un profesional de siete a once años de carrera universitaria y que tiene la responsabilidad de lidiar con el bien más preciado de todo ser humano, cual es su propia vida, se convierten en el principal causante de la "deshumanización" de los servicios y el alto grado de descontento que se ha generado en los derechohabientes de la Caja, hoy día, todos los costarricenses.

Vemos hoy día una nueva estrella de esperanza en el horizonte al aparecer un interés de parte del Instituto Nacional de Seguros para la creación de un Nuevo Seguro de Gastos Médicos. Es cierto, como lo han comentado varios colegas, que las tarifas que se han establecido son bajas pero, por otra parte, se busca llegar a una población que actualmente no está utilizando la medicina privada y conseguir una verdadera extensión de el mercado y, si se hubiesen establecido tarifas acorde al mercado actual, no se lograría sino una sustitución del mecanismo de pago, con inclusión de una Institución como "tercer socio" en el negocio médico.

Debemos valorar las posibilidades de venta de servicios a través del nuevo sistema, como una alternativa, mucho mejor pagada, a los servicios que ofrecemos al Seguro Social. Naturalmente que no se nos garantiza un nivel mínimo de clientela y que, como sistema liberal que es, tendremos que competir a base de calidad y trato humano, para hacernos de una buena clientela. No hay duda de que este nuevo seguro ofrece a los médicos y otros profesionales y proveedores de salud una nueva oportunidad que no debemos dejar pasar.