

CAMPO EXCLUSIVO DE LA UNION MEDICA NACIONAL



VOZ MEDICA

ORGANO INFORMATIVO DE LA UNION MEDICA NACIONAL

COMENTARIOS SOBRE LA SALUD COSTARRCENSE

San José, 24 de setiembre de 1988

Hay muchas cosas buenas que decir de los servicios de atención médica en el mundo actual, cuando nos acercamos al final del siglo XX. En los países desarrollados, en general, el nivel de atención es alto y el acceso a esos servicios se encuentra "bien" distribuido en toda la población. Las estadísticas de salud, en este sector del mundo son en general buenas y muestran una tendencia a mejorar. La expectativa de vida al nacer se ha incrementado, la mortalidad infantil disminuido, los programas estatales de financiamiento de salud han mejorado y prometen seguir mejorando: los pobres que son servidos por esos sistemas obtienen en general, un nivel similar de servicio al de los ricos.

Los problemas más importantes que enfrentan los servicios médicos en esas sociedades, se refieren a los costos en ascenso, derivados principalmente del avance tecnológico galopante, del envejecimiento de las poblaciones y de falta de control en los aranceles que se cargan a los usuarios, en los sistemas abiertos, o sea aquellos en que los servicios son prestados por entidades totalmente privadas y no sometidas a ningún sistema de control o contratación.

Algunos países, entre los que destacan los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Suecia, están haciendo o ya han logrado grandes pasos en el control de estos factores.

En general, se podría decir que los sistemas de atención médica del mundo occidental desarrollado, son un verdadero éxito. Sin embargo, hay grandes fallas que considerar en ellos:

1.- Las estadísticas muestran que, en los Estados Unidos e Inglaterra, las minorías negras y de inmigrantes se benefician sustancialmente menos de los servicios médicos contemporáneos que los habitantes regulares, blancos, de esos países.

2.- Los servicios de salud en los países en desarrollo y subdesarrollados, son de mucha inferior calidad y con un acceso mucho más restringido por parte de la población. En estas naciones se observa claramente que, las minorías más pudientes desde el punto de vista económico y más influyentes desde el político, tienen un nivel de atención médica similar o idéntico al de los países desarrollados y, muy frecuentemente, se desplazan a ellos a fin de someterse a tratamiento. Por el contrario, los pobres que constituyen la mayoría, se encuentran servidos por sistemas estatales ineficientes e insuficientes y con grandes déficits financieros.

3.- Los costos de los servicios médicos sofisticados continúan creciendo en escalada y harán que, a corto plazo, los países que han logrado, como es el caso de Costa Rica, un nivel sanitario ejemplar, para el área, se vean en grave peligro de retroceder o, al menos, quedar estancados en el mismo sitio.

De ejemplo puede servir la apreciación de que el nivel de salud de nuestro país era, en los años 70 equivalente al de los Estados Unidos en los 60 y que actualmente, casi 20 años después, todavía nuestros indicadores permanecen casi al mismo nivel. Recordemos que una sociedad que no progresa, necesariamente retrocede.

Costa Rica logró, en la década de los 40, simultáneamente con Inglaterra y aún antes que Canadá, un Sistema Nacional de Atención Médica concebido sobre las bases de Solidaridad, Universalidad, Gratuidad y accesibilidad. Esto convirtió a nuestro país en un pionero en América Latina. Posteriormente se vivió la etapa de desarrollo de la Seguridad Social, con su extensión a toda la población y la integración del sistema hospitalario. Esto nos vuelve a poner a la vanguardia; sin embargo, esa posición es muy riesgosa, sobre todo cuando, quienes representan a las Instituciones de Salud, tienen fuertes intereses políticos que los inclinan a utilizar los logros obtenidos al servicio de esos fines, desvirtuando el objetivo fundamental para el que fueron alcanzado e intentando desconocer cualquier crítica razonable, proveniente de grupos organizados, de expertos internacionales o de la población en general, que trate de hacer ver las deficiencias del servicio brindado o, más grave aún, de la organización que lo administra.

Conocido es de todos que las empresas estatales siempre fracasan por ineficientes y ayunas de los más elementales principios de la administración moderna. En los Estados Unidos se menciona a los empleados de los municipios cuando quieren hacer referencia a la falta de eficiencia y lentitud para realizar una tarea; creo que en Costa Rica el ejemplo podría bien ser el servidor del Seguro Social. Y estoy convencido de que, en ninguno de los dos casos, esa lentitud e ineficiencia son responsabilidad del servidor.

No dudamos de los enormes beneficios que se ha brindado a los costarricenses a través de esta Institución. Lo que cuestionamos es la relación entre ese beneficio y el costo que ha significado y, más aún, la capacidad de los administradores y planificadores del crecimiento institucional, de conocer y aplicar las normas adecuadas para el manejo eficiente del monstruo que han creado.

Decía el actual Presidente Ejecutivo de la CCSS que hay en el mundo empresas más grandes que la Caja, que se manejan eficientemente. No considera él en esa aseveración que ninguna de esas empresas creció aceleradamente, como movida por un motor de intereses ulteriores que desconocemos, ni maneja un número de unidades dependientes tan disímiles entre sí, como el de nuestra magna y querida Institución.

La Ineficiencia en la Caja es monumental pero, más aún, desconocida e imposible de evaluar. No existen los canales formales de información necesarios para conocer el verdadero funcionamiento de sus diversas unidades (aunque los canales informales –vg los chismes– si funcionan muy bien). No hay forma de que un jefe de departamento establezca, sobre bases objetivas, la verdadera eficiencia de cada uno de sus servidores, profesionales, auxiliares o misceláneos y, peor aún, la mayor parte de ellos no están interesados en establecerla. No hay un clima agradable de trabajo en ningún sitio y nadie parece preocuparse por conseguir que así sea.

Ningún empleado presta oídos a las innumerables quejas diarias de los usuarios y, si alguno lo hace y lo reporta, se originan verdaderas oleadas de persecución inquisidora, que tratan de demostrar, a la opinión pública que es informada antes de tener estudios ni siquiera poco serios que justifiquen las denuncias, que se actúa con "mano fuerte" y que no se está dispuesto a permitir el despilfarro de los dineros públicos. Todos sabemos que estos desplantes lo único que intentan es lanzar cortinas de humo para que no se vea la magnitud de corrupción y mala administración con que en realidad se manejan esos dineros.

Nuestro interés no es, sin embargo, analizar los defectos de la Institución en su manejo interno, ya que no terminaremos ni en cien años. Nos interesa fundamentalmente considerar aspectos más de fondo, relacionados con el modelo de servicios médicos y las posibles reformas al mismo. Reformas estas que bien podrían tener la doble ventaja de ofrecer al país un mejor servicio y al mismo tiempo desmembrar un monstruo de ineficiencia, dejando incólumes los principios que inspiraron la fundación y organización de la seguridad social en este país.

Decía el doctor Donald Young que el "otorgar un beneficio igualitario a una población desigual, siempre tiene como resultado, contra lo que se pretende, un incremento en esas desigualdades". Algo similar a esto ha ocurrido en Costa Rica: Se ha creado un sistema de cotización universal basado únicamente en el salario de los trabajadores que, bien sabemos, solamente constituye un porcentaje bajo del producto interno bruto del país. A cambio de esa cotización se establece un sistema de beneficios igualitarios para toda la población. ¿Quiénes entonces resultan favorecidos?

En primer lugar, los trabajadores más humildes tienen que cotizar con el mismo porcentaje de su exiguo ingreso, que los de más alto nivel. De lógica es que no es lo mismo un 9% del salario de un peón, que puede ascender a ₡900.00 mensuales y le deja para atender las demás necesidades de su familia apenas ₡9100.00, que un porcentaje igual del ingreso de un ejecutivo que podría significar alrededor de ₡9.000.00, quedándole la suma de ₡91.000.00.

En segundo lugar, es mucho más fácil evadir el pago correcto del seguro cuando se tienen actividades lucrativas independientes o diversas fuentes de ingreso (como ocurre con los profesionales liberales y empresarios), que cuando se es asalariado simple y sencillo. Esto crea otra iniquidad aún mayor. Muy a menudo el alto funcionario o empresario que demanda los servicios de una clínica u hospital de la Caja y exige que se le brinden preferentemente, o hace uso de

sus influencias o del peso de su billetera para conseguir, por medios legales o ilegales, esa atención pronta y cumplida, está cotizando sobre un salario igual—y cuidado si no menor— que el del peón de referencia que no logra que se le atienda a tiempo y se ve obligado a morir de cáncer gástrico antes de que llegue la cita de la gastroscopía.

Con esas bases creo que es fácil deducir, quién es el beneficiario preferente del sistema.

Ocurre en este caso algo similar al del pobre Datsun viejo y desvencijado que debe pagar la gasolina a un alto precio para subvencionar el diesel que queman los Mercedes Benz.

Todo esto nos demuestra solo una cosa: que el sistema de solidaridad sobre el que nos basamos, no es tan solidario como parece a primera vista.

Por otra parte consideramos la universalidad y la accesibilidad y éstas caen de su pedestal con sólo acercarnos a las oficinas de verificación de derechos de cualquier centro de la Caja, en donde veremos que ser pobre es lo más difícil que hay en el mundo, y cómo se humilla a ancianas y desocupados obligándolos a suplicar para obtener un "sello de servicio gratuito" que, por otra parte, se obsequia graciosamente a la joven bien aunque poco vestida, que los precede en la fila. Esto por no mencionar los problemas geográficos, de los que es cierto nadie tiene la culpa, que establecen importantes diferencias entre los costarricenses. La gratuidad queda descartada en este mismo aparte.

No pretendo decir que ninguna de estas situaciones sea culpa de quienes dirigen ni de quienes sirven en la Seguridad Social. Simplemente son producto de las deficiencias del modelo. Lo que definitivamente sí es culpa de quienes nos administran, es la falta de interés en la solución de las deficiencias apuntadas.

Nuestro Sistema se basa filosóficamente en el concepto de un derecho universal a la salud. Sobre este cabe una interrogación:

—¿Tienen todos los seres humanos derecho a recibir atención médica?.

Si la respuesta a esta pregunta es afirmativa, inmediatamente surgen otras:

- ¿A qué clase de atención médica tienen derecho?;*
- ¿A qué cantidad de esa atención?;*
- ¿Quién es el que tiene, en contraparte, la obligación correspondiente a ese derecho?;*
- ¿Quién debe pagar por esos servicios y en qué forma?*

De las respuestas que se den, depende en mucho el tipo de servicio que se produzca.

En primer lugar es cuestionable que todos los seres humanos tengan, de por sí, derecho a ser atendidos por los médicos. Este derecho de existir en forma natural, como el derecho a respirar e incluso a vivir, debería estar satisfecho por una función de la naturaleza y no por un desarrollo tecnológico, científico y logístico que implica grandes erogaciones para los pueblos del mundo.

Podríamos decir que lo que tenemos es un privilegio derivado de la civilización y la evolución de las ideas políticas y sociales. La extensión de este privilegio ha llegado a hacer creer en la existencia de un derecho y, sobre esa base, se ha producido la demanda de su extensión fundamentada en el concepto de Universalidad.

El lenguaje actual de todos los pueblos del mundo, especialmente los americanos, está lleno de la palabra "derecho" y "reclamo". En el caso de la salud, que es un producto como vimos del desarrollo tecnológico y, como tal tiene un enorme costo tanto en dinero como en esfuerzo de quienes se preparan para brindarla, la existencia o supuesta existencia de un derecho que la involucra, ha servido de pretexto para el atropello de que somos objeto los médicos. A diferencia del que vende cualquier otro tipo de servicio, en un mercado dominado por la libertad de contratación, el médico se ve sometido a un modelo que lo exclaviza. Todo esto so pretexto del "apostolado" y del "Derecho Universal a la Salud".

El médico se ha visto obligado, por otros médicos, por cierto, a ceder su posición de privilegio, merecida por el esfuerzo que implica la obtención de un título profesional de esa envergadura y conquistada a través de servicio abnegado a la población, (aunque no debemos entender por servicio abnegado, servicio gratuito). A cambio de eso le han asignado un papel de asalariado que no le calza, ni se ajusta en ninguna medida a las peculiaridades de su ejercicio profesional. Se le remunera a base del tiempo servido obligándolo a brindar, en ese tiempo, una determinada cantidad de servicios, (como si un consultorio médico pudiera emularse a una salchichonería o una fábrica de cajas en que deba producirse un determinado número de unidades en un tiempo equis). Esta variación en el método tradicional de remunerar a

un profesional, a base del trabajo producido, ha traído como consecuencia varios problemas que gravitan seriamente sobre la calidad de atención médica en el país:

1.- Pérdida de la relación médico-paciente.

Esta se ha visto sustituida por una doble relación en forma triangular. En un lado tenemos la CCSS y el asegurado, con una relación contractual económicamente determinada, deshumanizada y fría (así tiene que ser). En el otro lado está el médico frente al paciente, o asegurado. El primero representando a la Institución, como funcionario de ésta, y encargado, tácita o expresamente, de dar lo "menos posible" al derecho-habiente que reclama sus servicios, unas veces por necesidad y otras por el puro prurito de obtener algo a cambio del dinero pagado. Esto no puede parecerse a una relación médico-paciente, la cual debe basarse en la confianza mutua, en la esperanza de parte del paciente, de obtener la curación de sus dolencias y, por parte del médico, de recibir respeto y cariño, amén de la necesaria y justa compensación económica, de quien es el motivo de sus esfuerzos y desvelos. Sin estos ingredientes no puede producirse humanización de los servicios.

2.- Desincentivación del profesional.

Esta se deriva de la ostensible imposibilidad de incrementar su ingreso, a costa de un mayor esfuerzo y de una mejor preparación, como no sea por el noble envejecimiento. El sistema excluye totalmente la posibilidad de iniciativa personal. (Parecido a Cuba o a China comunista, no...?). En estas circunstancias se establece un estímulo positivo a la vagabundería y la irresponsabilidad, únicos medios de obtener un mayor ingreso o, al menos, el mismo a cambio de un esfuerzo menor. Por otra parte, la necesaria y saludable ambición de progreso no ha muerto en el médico, a pesar de los intentos que hacen para matarla. Desgraciadamente solo le quedan a este profesional para desarrollar esas "virtudes", medios ilegales o reñidos con la ética que, en ningún momento avalamos, pero no podemos censurar sin buscar en su trasfondo, una grave tergiversación de la realidad al tratar de imponer, sobre una educación y una sociedad de corte liberal, un sistema socialista y centralizador, creando empresas estatales que, a más de ineficientes, son alienantes, en cuanto eliminan los valores fundamentales que impulsan a un hombre o una mujer, a la superación personal y profesional que constituyen, en última instancia, el principal estímulo para abrazar una carrera por demás sacrificada aunque llena, a pesar de todo, de satisfacciones íntimas que, no se comen, pero sí hacen que hoy, después de diecisiete años de ejercerla, aún me siento orgulloso y feliz de ser médico.

Dr. Manuel E. Piza Escalante