

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN A PROBLEMAS DEL SEGURO SOCIAL

José Alberto Mainieri H.

Publicado en Gaceta Médica Vol. 9 No.1 año 2007

Los problemas del Seguro Social son tan conocidos que en todos los foros se presentan expertos a exponerlos de muchas maneras y puntos de vista. Se menciona la historia de cómo se generaron, el impacto que están causando en la prestación de los servicios y hasta proyecciones de lo grave que serán en el futuro y sus posibles consecuencias. El problema mayor es que no se proponen soluciones, por lo que se van pasando de unos a otros esperando fórmulas mágicas o a que se resuelvan solos; haciéndose cada día más complejos. Hay cambios que no se pueden postergar, aunque no sean populares, sobre todo al existir amenazas nuevas que obligan a tomar medidas a corto plazo. A todo esto se suma que la forma como está conformada la administración de la Salud en Costa Rica, no deja definido con claridad quién va a proponer estos cambios y quién va a realizarlos.

1. El Seguro Social debe establecer claramente a qué tienen derecho los asegurados y a qué no.

Es ilógico pretender que un servicio público pueda dar de todo a todos. Esto todavía no ha ocurrido en ninguna parte del mundo y aunque Costa Rica es un país con pocos habitantes y condiciones muy particulares de solidaridad social, los recursos son limitados y los costos en atención de la salud muy altos.

Todos los seguros aclaran al asegurado qué es lo que puede esperar por el aporte que da y qué no. En Costa Rica tenemos la ventaja de tener un sistema universal y solidario donde algunos pagan cuotas que el Seguro Social utiliza para brindar salud a todos; incluyendo a los que no pagan y eso es bueno porque una persona enferma compromete la salud de las demás. Por ello se debe resguardar a toda costa el principio de solidaridad que garantiza el financiamiento de la salud para todos. Sin embargo, esto no significa que dicho aporte sea suficiente para que todo el que acuda al Seguro Social, asegurado o no, se beneficie de todos los servicios existentes.

Esta es una situación muy grave e incómoda, porque los médicos tenemos la obligación de hacer hasta el último esfuerzo por cada paciente, sin importar el costo y aunque la enfermedad no tenga cura; por lo que frecuentemente se realizan grandes inversiones en pacientes sólo para que sobrevivan días, pensando que cualquier costo lo vale.

El problema inicia cuando un paciente pretende más de lo que dispone el sistema y se agrava cuando lo consigue. Esto ocasiona una bola de nieve al

tener después que dárselo a todos, convirtiéndose en una situación inmanejable y sin control. Si cada paciente que pretende un estudio o tratamiento que no está disponible en el Seguro Social lo obtiene como resultado de una demanda, en cuestión de unos años va a “quebrar” el sistema, por lo que todos los que dependen de la medicina social para resolver sus problemas de salud perderían, al gastar los recursos en tratamientos muy sofisticados en pocas personas, frecuentemente con pobres resultados.

Dos posibles estrategias que pueden implementar las autoridades del Seguro Social son:

Establecer y oficializar protocolos de manejo de las diferentes enfermedades considerando los estándares internacionales y las posibilidades del país, velando porque sus funcionarios los conozcan y los respeten. Esto permitiría que los Señores Magistrados cuenten con una referencia oficial para resolver las demandas.

Buscar un canal de comunicación para que las resoluciones de La Corte, tomen en cuenta sus implicaciones, las posibilidades del sistema y los derechos de la colectividad de asegurados que se verán afectados si el sistema colapsa.

El Seguro Social debe definir con claridad quién tiene derecho a qué, estableciendo criterios y protocolos de tratamiento por diagnósticos, de tal manera que se pueda monitorizar si se están usando racionalmente los recursos. Debe, también educarse a la población en los deberes que les corresponden como asegurados, para evitar los abusos que puedan acabar con el sistema.

2. El Seguro Social debe mejorar su política financiera, mejorando la recolección de fondos, la verificación de derechos y estableciendo los costos de los servicios.

Cada día más personas con unas pocas cuotas simbólicas, se presentan demandando servicios por enfermedades pre-existentes y algunos con el apoyo de La Sala Constitucional, amistades o por órdenes superiores, pasan por encima de asegurados que tienen años de estar cotizando y esperando su turno. Existen también personas con fuertes ingresos que no cotizan o a lo sumo aparecen en planilla con salarios de operarios, pero cuando necesitan del Seguro Social encuentran la forma de saltarse la lista de espera y recibir trato preferencial. El sistema solidario permite que un individuo nacional o extranjero que nunca ha aportado, haga un pago voluntario y con su orden provisional reciba un tratamiento muy costoso y no vuelva a cotizar. Que el sistema tenga un carácter social y solidario no quiere decir que deba ser débil y manipulable y el concepto de universal debe ser mejor definido porque con frecuencia turistas y no asegurados con recursos o con seguros internacionales, utilizan el sistema

sin que nadie les pase la cuenta, como le ocurriría a un costarricense en cualquier país del mundo.

Los responsables de coleccionar deben dar cuentas de cómo y por qué han consentido que se creen y se mantengan los grandes deudores del Seguro Social. Esta debe ser una oficina sin compromiso político, que de cuentas al pueblo y no al Estado que ha sido el principal deudor y que además de tener por Ley la responsabilidad de la Salud de todos los ciudadanos, tiene que pagar lo que corresponde por sus propios empleados.

3. El Seguro Social debe contratar y pagar gerentes del nivel correspondiente a su complejidad y presupuesto.

La institución que maneja el presupuesto más grande del país, en tiempos en que los recursos son cada día más limitados, la demanda de servicios mayor y los costos aumentan en forma exponencial, no puede cumplir su objetivo con funcionarios de dedicación temporal, sin conocimiento de la institución y sus problemas o que utilizan el puesto para su propio interés. Independientemente de la honorabilidad y las buenas intenciones que tengan muchos, el condicionamiento político les impide tomar decisiones que no sean populares, aunque ellas sean necesarias. Si se quiere que el Seguro Social sea competitivo y sobreviva, debe contratar profesionales capacitados, con experiencia y dedicación; para ello hay que pagarles de acuerdo a su responsabilidad, considerando los salarios del mercado. Sólo así se pueden exigir resultados, de lo contrario se estará propiciando la desaparición de los servicios públicos.

Sólo haciendo eficientes las instituciones públicas se logrará que sobrevivan a la globalización, a los tratados, a los intereses de algunos grupos, a la apertura de los seguros y a la demanda cada día mayor de los usuarios.

Si los gerentes resultan incapaces de competir con la iniciativa privada y sostener la institución, no habrá necesidad de fijar límites porque en lo privado cada servicio tiene su costo y sólo el que paga puede obtenerlo. En lo que respecta a la medicina posiblemente algunos tendrán una mucho mejor de la que pueden obtener hoy día en el Seguro Social, pero muchos tendrán que conformarse con bastante menos y algunos con nada como pasa en muchos países del mundo.

Los funcionarios en general debemos tomar conciencia y enfrentar la realidad de que hoy día sólo con eficiencia y calidad se puede sobrevivir. Debemos reconocer que los mayores enemigos del sistema, son los vagos, ineptos o corruptos que se encuentran en todos los niveles y que cubrirlos o protegerlos es ir en contra del servicio que es la razón de ser de la Institución, pero sobre todo, en contra de los intereses del pueblo, de nuestros hijos y de nuestros

nietos. Si se demuestra ser eficiente y competitivo, no habrá gobierno que quiera ni pueda privatizar.

El primer paso a la privatización es demostrar que la institución no funciona o que el servicio es malo y esto depende de los que trabajamos en ella. Sin embargo, también depende de los aciertos y desaciertos en las decisiones y en los procedimientos administrativos, cuando se es incapaz de gestionar adecuadamente un presupuesto o realizar eficientemente una compra, generando millones de colones no gastados en instituciones donde escasean los equipos y los insumos. Igualmente, cuando se duplican los servicios triplicando los costos, cuando se utiliza como excusa la ley o La Contraloría para entorpecer procedimientos sencillos, cuando se le dice si a todo y a todos generando confusión y caos o cuando una clínica u hospital firma un acuerdo de descentralización o un compromiso de gestión sin gestionar el recurso para poder cumplirlo.

La Institución debe contar con gerentes calificados, nombrados por períodos adecuados, con criterios de experiencia y capacidad gerencial, con salario competitivo y reelegibles de acuerdo a su gestión. De tal manera que cada clínica u hospital tenga su director gerente, responsable de gestionar y ejecutar el compromiso de gestión y el presupuesto en forma desconcentrada y de dar cuenta a la gerencia general y a un equipo evaluador de la gestión que debe contar con la experiencia y propiedad suficiente para detectar y demostrar los desaciertos que deban corregirse.

4. El Seguro Social debe invertir en reforzar el primer nivel de atención.

La capacitación del personal que brinda la atención básica es la mejor forma de combatir las listas de espera y ofrecer salud a la población, previniendo la enfermedad antes de que se presente o detectándola en forma temprana. La educación y capacitación de los estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, microbiología, farmacia, tecnologías, etc. en un país donde la gran mayoría terminan trabajando con el Seguro Social, debería ser un interés mayor de la Institución.

Se sabe que con el aumento en la expectativa de vida cada día habrá más demanda para el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas que son las que consumen más recursos con peores resultados. Si no se fijan políticas y se siguen concentrando los recursos en el nivel más complejo, automáticamente se irán desfinanciando y cerrando los programas de prevención que son los que tienen más impacto en la salud de la población.

Abrir más y más EBAIS contratando funcionarios producto de la masificación de la enseñanza, sin darles capacitación continua, seguimiento ni capacidad de

resolver, ocasiona una referencia masiva de pacientes a los niveles de mayor complejidad y consecuentemente listas de espera cada vez mayores.

Pero si se toman las enfermedades más frecuentes en el país, se detecta en cuál de las etapas de cada enfermedad se puede intervenir con más eficiencia, se impactaría en los indicadores de salud con una disminución importante en los costos de tratamiento y en las listas de espera del tercer nivel.

Es muy razonable que los especialistas dediquen parte de su tiempo en la capacitación de funcionarios del primer nivel y dotarlos de los recursos para que mejoren su poder resolutivo, pero esto requiere cambios en las políticas de atención.

El Seguro Social tiene la infraestructura para capacitar, el conocimiento epidemiológico, los instructores y el personal necesario para desarrollar una atención primaria más eficaz con una red de cobertura nacional. Lo único que se requiere es la decisión gerencial y la implementación.

La decisión Institucional de apoyar fuerte los programas de prevención y detección temprana, muchos de los cuales ya existen, debe ir acompañada del presupuesto suficiente para capacitar los funcionarios del primer nivel y convertirlos en expertos promotores de la salud, que sean reconocidos como profesionales calificados y destacados de acuerdo a los resultados de sus programas.

Debe dotarse al segundo nivel de los recursos necesarios para resolver lo que le corresponde y elevar al tercer nivel sólo los casos de mayor complejidad. El presupuesto asignado a cada nivel en un sistema universal, social y solidario, debería ser proporcional a los resultados de los programas y al impacto de los mismos en la salud de la población. Garantizar financiamiento a los programas de más impacto, impide que se concentren en el nivel más complejo y que una pequeña proporción de los asegurados, consuma la mayoría del presupuesto, desfinanciando la salud de todos.

5. Se debe dar una desconcentración real y crear la cultura de asumir responsabilidades

El Seguro Social hace más de diez años reconoció que debido a su crecimiento y complejidad, ya no es posible administrarlo en forma centralizada. Con gran visión durante varios años se invirtió gran cantidad de dinero y tiempo en capacitar a sus funcionarios en el área de administración y gerencia.

Al dar los primeros pasos, se presentaron algunos problemas que eran predecibles. Se descentralizaron compras pero no se dotó a los establecimientos de los recursos humanos capacitados ni suficientes para realizarlas, lo que

generó caos. Los que antes fueron nombrados con el criterio de seguir instrucciones del nivel central, ahora tienen que ser gerentes, tomar decisiones, saber priorizar, conocer su entorno y definir el rumbo de los establecimientos de acuerdo a la demanda y a las necesidades particulares de su población, coordinar actividades e intereses de los diferentes grupos y dar cuentas de todo. Todo esto observando una Ley de Administración Pública sumamente compleja que suele ser mal interpretada, entorpeciendo la gestión y causando frustración y desprestigio.

Hemos sido testigos de como lineamientos lógicos, razonables y fáciles de implementar que emite La Contraloría, son interpretados por ocurrentes de la Institución de forma confusa, que llena de trabas la gestión y distorsiona el sentido de la norma, creando reglamentos complicados que se convierten en un fin en si mismos, no logran el objetivo pero entorpecen la función pública, desprestigiándola y creando las condiciones para primero ahogarla y después eliminarla. El Seguro Social debe depurar los puestos y personas con capacidad de tomar decisiones, sobre todo aquellas que van a repercutir en el sistema. No se puede permitir que funcionarios sin capacidad ni experiencia tomen decisiones y emitan normas y reglamentos que traben la función de otros y del sistema.

Los cargos gerenciales además de que deben ser asignados con criterios de capacidad y experiencia, por tiempo definido, deben mantenerse sólo si existe una rendición de cuentas positiva que lo justifique, de tal manera, que se pueda alcanzar una desconcentración real. Los gerentes deben tener salarios competitivos y de acuerdo a su responsabilidad.

Esto permitiría al nivel central dedicarse con más eficiencia a captar fondos, definir programas y políticas institucionales, contratar servicios a las clínicas, hospitales y áreas de salud evaluando el cumplimiento de lo contratado, la satisfacción de los asegurados, el resultado de los programas y el impacto en los indicadores de salud. Además de manejar el fondo de pensiones y coordinar las compras de gran escala, actividades que deberían separarse porque requieren de actores y destrezas muy diferentes.

6. El Seguro Social debe encontrar la forma de aprovechar mejor su capital humano e incentivar a los que trabajan más.

El tema más delicado pero también el más importante es que una empresa donde todos ganan igual produzcan o no, es imposible que sea eficiente y competitiva.

Cuando se habla de pagar más a los funcionarios para estimularlos y que sean más competitivos y se encuentra que un porcentaje muy importante del presupuesto del Seguro Social lo consumen los salarios, la conclusión es que en

estas condiciones no se puede ni se debe pagar más. Sin embargo, si se revisa la planilla de cada centro y se verifica qué es lo que hace cada funcionario que recibe un salario, podría ser que algunas actividades no se justifiquen, podría ser que algunos funcionarios puedan desaparecer sin que se note su ausencia. ¿Cuántas personas se están dedicando a hacer informes que nadie lee?, ¿Cuántas personas miden pasillos sin producir nada en todo el día?, ¿Cuántos puestos, programas o actividades se abren para justificar el salario de alguien? y así, ¿Cuántas personas no hacen nada porque el sistema es frágil y lo permite?

Se han hecho varios intentos de asignar presupuesto por producción y complejidad, tal y como lo hacen los seguros modernos. Este asunto es complejo, y podría ser que existan centros que no producen proporcionalmente a su gasto y otros que están recibiendo mucho menos de los que les correspondería por su producción o calidad de la atención. Esto es difícil de corregir, pero no imposible.

Si se instala una política de asignar presupuesto por producción, la capacidad de medir la calidad y la cultura de dar cuentas de lo que cada uno hace, los diferentes equipos de trabajo van a notar que unos están produciendo por otros improductivos. Los gerentes tendrán que justificar mejor a lo interno esos salarios y los funcionarios que constantemente están ausentes, tendrán que decidir si se van del todo o se ponen a trabajar.

Hay que tomar en cuenta que el sentido del Seguro Social es el servicio que presta y aunque es bueno que también sea una fuente de trabajo para los costarricenses, lo más saludable es que el trabajo esté orientado al servicio y que no sea un fin en si mismo.

El Seguro Social debe pagar a las clínicas y hospitales de acuerdo a su producción, complejidad y al resultado de satisfacción de los asegurados, utilizando alguno de los esquemas internacionales que mejor se adapte al sistema Costarricense. Esto obligaría a los centros a ser más eficientes, se distinguirían los equipos de trabajo más productivos y podría establecerse un sistema de incentivos, siendo que el mejor incentivo es ser parte de un equipo exitoso.

La producción del primer nivel no puede ni debe medirse por números sino por el impacto de los programas en los indicadores correspondientes.

Debe además diseñarse un sistema para verificar qué hace cada persona que recibe un salario del Seguro Social y si lo que hace es necesario o tiene algún sentido, especialmente los que reciben salarios altos, porque podría ser que se pudiera dignificar a algunos funcionarios que están sentados en oficinas haciendo poco, ubicándolos en el área de atención y servicio para que colaboren en la disminución de las listas de espera.

7. El Seguro Social debe explorar y valorar diferentes modalidades en la prestación de los servicios.

Lo importante en relación con el Seguro Social es el Principio de Solidaridad, esto es, que todas las personas que reciben un salario en Costa Rica aportan una cuota que se destina a la salud del que lo necesite. “Hoy por ti y mañana por mi”.

La prestación de los servicios debe por lo tanto tener un sentido Universal o sea para todos; Social, lo que implica que no debe ser elitista sino que igual para todos y Solidario, donde se tolere que unos paguen más aunque utilicen menos los servicios, dejando los recursos para otros que pagan menos pero los necesitan más.

Lo anterior no implica ni que todos los servicios deban ser prestados únicamente por el Estado, ni que los que más pueden, mientras paguen sus cuotas, acudan a la medicina privada.

Si el Seguro Social logra desarrollar un equipo de compras y control, capaz y honesto, puede comprar muchos servicios a la empresa privada. Lo importante es que sean eficientes y que los costos razonables.

Los ciudadanos que deseen y puedan proveerse una atención especial y más personalizada, esta muy bien que lo hagan y que acudan a la medicina privada, dejando así más espacio para los que no pueden.

Lo importante es que no se cuestione en ningún momento el principio de solidaridad cualquiera que sea la modalidad de prestación o demanda de los servicios de salud.

Hacer cambios da miedo, sobre todo si ello implica incomodarse, enfrentar la resistencia al cambio o arriesgarse a ser impopular, lo más fácil es decir que eso le toca a otros, ¿a quiénes?, pero, si los que crearon lo bueno que hoy disfrutamos, no tuvieron miedo, no se justifica dejarlo morir y negárselo a los que vienen, sin por lo menos hacer un esfuerzo.