

COBERTURA UNIVERSAL DE ATENCION MEDICA A LA POBLACION

Dr. Julio Rodriguez Grullón

Charla pronunciada en la cena anual de la revista Acta Medica Dominicana, para conmemorar el decimocuarto aniversario de su fundación, 15 de Feb 1993, Salón las Americas, Hotel Santo Domingo

La atención médica a la población históricamente se realizó dentro del marco del ejercicio de una profesión liberal. No se consideraba un derecho del ciudadano, que al enfermarse debía recibir atención médica.

En la civilización cristiana la enfermedad inicialmente era vista como castigo de Dios por los pecados cometidos por el individuo o por alguno de sus antepasados en la familia y Cristo, una de las pruebas más contundentes que ofreció repetidas veces sobre su divinidad, fue la curación de enfermos de la más diversa índole, paráliticos, ciegos, epilépticos, leprosos, etc, al tiempo que les pedía testimonios de su fe o les perdonaba sus pecados.

En los hospitales antiguos no se ofrecía atención médica como la conocemos en la actualidad, científicamente orientada, eran más bien un sitio donde el enfermo recibía atenciones de caridad cristiana. Es en la época del renacimiento cuando la medicina comienza a afianzarse sobre bases empíricas y científicas.

El médico ofrecía sus servicios a los enfermos y el pago de sus honorarios era acordado entre el y su paciente sin la intervención de terceras personas.

De esta forma el galeno cobraba lo que consideraba justo, de acuerdo con el status económico de su paciente; por tanto, por el mismo procedimiento o consulta, a unos se les cobraba más, a otros menos y otros, el médico los atendía gratis.

Por siglos este fue el patrón por el que el médico se desarrolló en la sociedad. Esto contribuyó a la buena imagen de la profesión, pues personas pobres y ricas eran atendidas por el mismo médico, con resultados favorables.

Que esto sin embargo no se consideraba como un derecho, lo muestra el hecho de que cuando la revolución francesa enunció sus famosos derechos del hombre, podemos ver que no figura la atención médica al enfermo como uno de ellos.

Es obvio que los franceses en ese momento, consideraban que el estado no tenía responsabilidad en la atención médica de los ciudadanos; asimismo pensaban los ingleses y los ciudadanos de cualquier país civilizado de esos días. Por eso no vemos el ministerio de salud pública, como parte del gabinete de los gobiernos durante todo el siglo XIX.

El concepto de que el estado tiene responsabilidad en este campo, pertenece al siglo XX.

Fue el advenimiento del socialismo y su llegada al poder en Rusia en 1917, lo que aceleró la difusión de este concepto. Pero en algunos países el ejercicio liberal de la profesión estaba muy arraigado y mencionar la "socialización" de la medicina, como originalmente se le llamó a esta idea, encontró gran oposición. Como ejemplo de país con esta situación podemos citar los Estados Unidos de América.

El transcurrir de los años se encargó de demostrar que cuando el estado asumía la responsabilidad de que sus ciudadanos recibieran todos atención médica cuando la necesitaran, las estadísticas de salud de su población eran muy superiores a las de las naciones donde no se había impuesto este criterio, aunque las naciones en cuestión estuvieran más atrasadas y fueran más pobres en otros ordenes.

Surgieron diversos sistemas donde no era necesario que el estado asumiera la propiedad de hospitales y clínicas, sino que era suficiente con que garantizara el pago de el costo de la atención médica de sus ciudadanos.

Claro está que para que esto sea posible, es necesario que el estado pague por tarifa los servicios prestados, por lo que el ejercicio liberal de la medicina llega allí a su fin.

La cobertura universal de la población con buena medicina asistencial es hoy una realidad en varios países, algunos de ellos como Costa Rica, con características políticas culturales y económicas muy parecidas a las nuestras, por lo que no es una quimera pensar que puede ser implementada entre nosotros.

Que el estado asuma su responsabilidad en la asistencia médica de sus ciudadanos, se ha hecho más importante a medida que la medicina se desarrolla como ciencia, por su peculiar característica de que su avance va acompañado generalmente, de un encarecimiento de su costo. Así vemos que una radiografía simple de la cabeza en nuestro país cuesta en la actualidad unos 100 pesos y nos daría información limitada sobre esta parte del cuerpo; una tomografía axial computarizada de la misma cabeza costaría unos cientos de pesos y obtendríamos mejor información, pero la información de mayor calidad y confiabilidad, la proporcionaría la resonancia magnética de esa cabeza, cuyo costo sería entonces de varios miles de pesos.

Por tanto la mejoría en calidad y confiabilidad de este y otros exámenes se acompaña de un encarecimiento que limita su accesibilidad. Lo mismo ocurre con los medicamentos, instrumentos quirúrgicos, análisis etc.

Con razón el actual presidente

norteamericano Bill Clinton dijo durante la campaña electoral finalizada hace poco, que el aumento en el costo de los gastos de salud iba a llevar el país a la quiebra y una de sus primeras medidas como presidente ha sido nombrar una comisión de expertos presidida por su esposa Hillary, para que realice un estudio y le oriente sobre que pasos deben darse para reducir el costo de la atención médica y expandir su cobertura, pues los Estados Unidos a pesar de que tiene uno de los porcentajes más elevados en gasto de salud relacionado con el PNB (cerca del 13% en la actualidad) tiene un 15% de su población desprotegida, lo que lo coloca en una posición desventajosa ante aquellas naciones desarrolladas que han logrado contener su gasto de salud alrededor del 8% del PNB, con cobertura universal de la población y excelentes estadísticas en esta área vital para el bienestar de sus ciudadanos.

Como ejemplo de como mantener el aumento del costo de salud al ritmo del crecimiento del PNB, nos referiremos al sistema de salud alemán. Este sistema con cobertura universal costó en 1989 el equivalente al 8.2% del PNB. Está costado por los llamados fondos para enfermedades que establecen y cobran las contribuciones de patronos y obreros y a su vez entregan ese dinero a los colegios médicos regionales para cubrir el costo de la atención médica a los pacientes ambulatorios. Todos los ciudadanos alemanes pueden ir al médico de su elección, no importa su clase social; los médicos en ejercicio gozan de autonomía clínica en su trabajo y cobran por tarifa previamente negociada. Si el paciente es internado, tiene que ser atendido por un médico diferente al que lo internó.

En los hospitales el paciente paga una tarifa fija por día no importa la causa de su internamiento y los médicos allí trabajan por sueldo. Como promedio el médico alemán gana el equivalente a 100 mil dólares al año. Las tarifas de internamiento son también negociadas por los fondos de enfermedades con los hospitales de la región.

En Alemania a toda persona que trabaja se le descuenta como promedio un 12.8% de su salario para los fondos de enfermedades. La empresa estatal cubre el 88% de la población

con esos fondos. El 12% restante es cubierto por empresas privadas de igualas médicas, que habitualmente tienen a las personas que poseen nivel económico mas elevado, aunque estas personas pueden permanecer en la empresa estatal y la mayoría lo hacen.

Como los precios de los medicamentos aumentaban el costo de la atención médica, en 1989, las casas productoras de medicinas alemanas se vieron forzadas, por ley, a rebajar los precios de los productos vendidos como marca registrada, a los precios de los productos vendidos por nombre genérico.

Esta es una manera de contener el gasto en salud, que no sabemos si el Presidente Clinton decidirá implementar en los Estados Unidos. La diferencia entre el costo de un medicamento vendido por nombre genérico y el mismo medicamento vendido como marca registrada, es de 6 a 8 veces mayor.

El sistema con cobertura universal, descansa para la atención médica de la población, en el medico familiar o general.

En el Canada, país que tambien tiene cobertura universal por empresa estatal, 50% de los médicos en ejercicio son medicos familiares o generales, que pasan por una residencia de dos años y en las dos provincias canadienses mas importantes, Quebec y Ontario, para un médico especialista atender un paciente, tiene que haberselo referido un medico familiar o general.

En Canada se ha tratado de reducir la diferencia en ingreso económico, entre el especialista y el medico general, haciendo ademas, el ejercicio profesional del medico no especialista, mas atractivo. Por tal motivo alli no hay problemas para que los estudiantes de medicina que se graduan, ingresen a este tipo de carrera. Es otra de las situaciones que tendrá que remediar Bill Clinton en los Estados Unidos.

Despues de este recorrido por algunos paises desarrollados y enteramos de como están resolviendo el problema de la atención médica con cobertura universal, ¿Que podemos decir sobre la Republica Dominicana?.

Como país subdesarrollado lo cierto es que desde nuestra fundación como unidad política soberana en 1844 y por gran parte de nuestros primeros 40 años de existencia, no

teniamos escuela de medicina, ni tampoco medicos verdaderos.

Es en la decada de los 1880, que se inicia el Instituto Profesional con el Arzobispo Meriño como rector, que la educación en general y la médica en particular reciben un gran impulso.

Como en otros paises sin embargo, es en el siglo XX, que aparecen en el nuestro, las primeras señales de que el estado mostraba interés por la salud pública, concepto que fue introducido en nuestro medio por la intervención militar norteamericana de 1916 a 1924. Asi vemos que en el gobierno de Horacio Vasquez, que se inauguró en 1924, aparece el primer secretario de sanidad pública y beneficencia en el gabinete del gobierno y lo fue el señor Pedro Ricart, quien al parecer no era médico.

De ninguna manera tenía el señor Ricart preocupación, ni recibía tampoco presión de ningún tipo, para que todos los ciudadanos dominicanos al enfermarse, recibieran atención médica adecuada.

Los medicos existentes en esa epoca ejercían la profesión de forma liberal.

Fue el Hospital Padre Billini construido en esos años, la primera institución hospitalaria que funcionó en el país con el concepto actual de hospital y donde los dominicanos que se graduaban de médicos fuera o dentro del país, o hacían estudios de post-gradó fuera de el, ejercían la profesión con base científica. Ellos recibían allí un sueldo del estado por atender pacientes pobres y se les permitia también ejercer la profesión de forma liberal. El Hospital tenía privados, donde se internaban pacientes que pagaban honorarios por la atención médica que recibían, como todos los que se construyeron como hospitales públicos durante la dictadura trujillista. Esta situación perduró hasta la decada de los años 1970, cuando fueron eliminados los privados de los hospitales públicos.

En la década de los 1940, surgió la Caja Dominicana de Seguros Sociales, hoy Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) para brindar atención médica y otros tipos de beneficios a los obreros.

Pasada la dictadura trujillista tomaron gran auge las igualas médicas privadas,

propiedad de médicos la mayoría de ellas.

La apertura de clínicas privadas, se ha realizado siempre, sin ningún tipo de control.

En la actualidad los dominicanos reciben atención médica a través de los hospitales, subcentros de salud y clínicas rurales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), los del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), las igualas medicas privadas que cubren los gastos en las clínicas privadas, los patronatos de salud semiprivados y la medicina privada. Los miembros de las Fuerzas Armadas tienen su sistema de atención médica propio.

Esta multiplicidad de sistemas hace que la atención médica nacional esté llena de duplicaciones y dispendio. En términos generales no goza de la confianza de la ciudadanía, que con frecuencia se marcha a playas extranjeras cuando le afecta algún problema serio de salud y su situación económica le permite sufragar los gastos que esto conlleva.

Su otro gran defecto es una cobertura insuficiente, que a nuestro entender solo llega de un 60 a 70% de la población.

Actualmente se pretende ampliar la cobertura estatal, expandiendo el alcance de la protección del IDSS a la familia del obrero, mediante contratos con clínicas privadas.

Se planea elevar a un 20% del salario del obrero la contribución al IDSS. Patronos y el gobierno serán responsables de parte de ese aporte. Al parecer tendremos uno de los sistemas de seguridad social más caros del mundo, si tomamos en cuenta que en Alemania hay cobertura universal con una contribución menor al 13% del salario del obrero.

De todos modos las igualas entre el IDSS y las clínicas privadas es algo que existió

en el pasado y fracasó, cancelándose las mismas.

Nos luce que el IDSS antes de pensar en expandirse debe mejorar su imagen y adquirir prestigio entre los asegurados. Cuando estos decidan cancelar la doble cotización, dejando de pagar las igualas medicas privadas a las que acuden para sus necesidades de atención médica, sería el momento oportuno de pensar en expandirlo.

Con que sugerencia vamos a estimular nuestros invitados de esta noche respecto a lo que nos parece conveniente para mejorar la calidad y cobertura de la atención médica a la población en estos momentos.

Pues diciendo que creemos en la implementación de una agencia estatal nueva, que unifique administrativamente los sistemas asistenciales de SESPAS e IDSS, a la que llamaremos Corporación Estatal Hospitalaria (CHE), eliminando así la duplicidad y el dispendio en el sistema estatal de atención médica, al mismo tiempo que el gobierno se decide a gastar la suma necesaria para que este servicio sea de calidad.

A largo plazo el modelo alemán a que nos hemos referido, nos luce la forma de ofrecer una cobertura universal de atención médica a los ciudadanos dominicanos, conteniendo los costos del sistema al crecimiento de nuestro PNBI.

Ya sabemos de antemano que algunos dirán que esto no es Alemania y que estamos soñando, lo cual podrá ser cierto. Respondemos que los que soñamos despiertos tenemos un aliciente para mantenernos activos, actuando con los pies sobre la tierra, persiguiendo nuestros ideales, sin dejarnos arrastrar por pesimistas a tiempo completo.