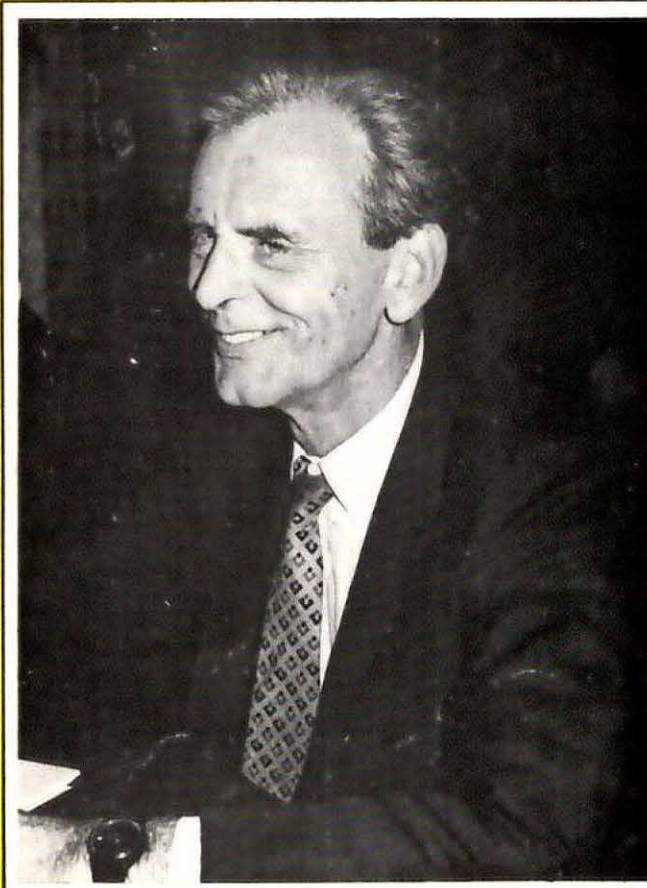


**VISITA DEL DR.
BRIAN ABEL-SMITH
(OPS/OMS)
A COSTA RICA**





De izquierda a derecha: Dr. Hugo Villegas (OPS/OMS/CR), Dr. Juan Jaramillo A., Ministro de Salud; Dr. Guido Miranda G., Presidente Ejecutivo C.C.S.S., Dr. Brian Abel - Smith (OMS/OPS).

COMENTARIO

PRESENCIA DEL DR. BRIAN ABEL-SMITH EN COSTA RICA

El Dr. Brian Abel-Smith es, hoy por hoy, la máxima autoridad en lo que constituye una rama totalmente nueva de la Economía: la Economía de la Atención de la Salud.

Enterado, por la lectura de sus trabajos en este campo, de sus innovadoras ideas y de su profundo conocimiento, no solo de la ciencia económica sino también de lo que es la atención de la salud, me propuse conocerlo personalmente hace dos años durante mi estadía en Londres.

En esa oportunidad, le pedí que nos brindara el honor de su visita durante, cuando menos, un par de días. Deseaba mostrarle lo que habíamos logrado en su campo de estudio y recabar su consejo en cuanto a lo que debíamos hacer en el futuro, tanto inmediato como lejano. La Organización Panamericana de la Salud me auxilió en mi petición y logramos que nos visitará, no por dos días, sino por dos largas y provechosas semanas.

La presencia del Dr. Abel-Smith en Costa Rica es doblemente valiosa. Lo es porque la aprovechó para hacer una evaluación objetiva y franca de nuestro sistema de atención de la salud, elogiando nuestros aciertos y señalando nuestros errores. Al mismo tiempo, abrió a nuestros ojos diversos caminos a seguir para que en el futuro, podamos mantener los altos índices logrados hasta la fecha en lo que a mejoramiento de la salud pública se refiere.

La erudición de Abel-Smith, su conocimiento profundo de los diversos sistemas de atención de la salud existentes en todo el mundo, su increíble memoria y su extraordinaria amenidad en la exposición -las cuales quedarán patentes en el folleto que sobre sus conferencias publicaremos en fecha cercana- han de constituir, necesariamente, uno de los más valiosos aportes que se hayan prestado al futuro de la Seguridad Social (en su sentido más amplio) de Costa Rica. Su clara visión del cuarteto constituido por Salud, Caja, Acueductos y Educación como piedra angular de la Seguridad Social, será la base sobre la cual haya de edificarse, inevitablemente, lo que habrá de constituir nuestro Sistema Nacional de Salud para dar paso, como culminación, al Servicio Nacional de Salud de Costa Rica.

Hace unos años, veinticinco para ser más precisos, oímos los conceptos de otro invitado similar: el Dr. Benjamín Viel, Director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Sus consejos nos ayudaron entonces a definir la universalización y la formación del sistema hospitalario. El Dr. Abel-Smith nos ha ayudado a vislumbrar, con mayor nitidez, la Caja del año 2.000.

Estoy plenamente seguro de que las futuras generaciones de trabajadores del campo de la atención de la salud, y las futuras generaciones de la población costarricense, estarán en deuda con Brian Abel-Smith por su aporte a los servicios que presten los unos y reciban los otros en beneficio de su salud.

A nombre propio y de la Caja mi agradecimiento imperecedero al Dr. Brian Abel-Smith, así como la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud por su contribución positiva al futuro, no solo de la atención de la salud en Costa Rica, sino de Costa Rica misma como nación.

Dr. Guido Miranda Gutiérrez

Dr. Abel-Smith: muchísimas gracias, Dr. Miranda por brindarme esta oportunidad de conocer a tantas distinguidas personalidades de sus Servicios.

En primera instancia me gustaría ocuparme un tanto acerca de la posición mundial de la Seguridad Social y luego hacer algunos comentarios acerca de su aplicación en Costa Rica.

Hablemos primero acerca de la posición mundial de la Seguridad Social.

En las naciones desarrolladas nos encontramos en presencia de una larga transición histórica que va desde los servicios que fueron originalmente financiados de manera voluntaria para ser luego financiados por el Seguro Social obligatorio, hasta llegar a una tercera etapa vital dentro de la cual toda la población adquiere idénticos derechos en lo referente a la atención de la salud.

Esta tercera tendencia que aparece en las naciones desarrolladas no está verdaderamente bien descrita en la literatura.

Existen, en realidad, veintitrés naciones en todo el mundo que otorgan actualmente los mismos derechos, en materia de atención de la salud, a todos sus ciudadanos. Y de ellas únicamente seis pueden ser descritas como regímenes comunistas. Nueve de estas naciones mantienen aún un elemento financiero del tipo de los seguros sociales. Este elemento puede ser pequeño, como en Gran Bretaña, donde el 10% del costo de la atención de la salud es todavía cubierto por patronos y trabajadores, o puede ser bastante alto, como lo es en Italia en donde aproximadamente el 70% de este costo es cubierto por el sistema de Seguro Social.

Yo me refiero a esta etapa como a la de una transición hacia un Servicio Nacional de Salud.

La frase "Servicio Nacional de Salud" puede tener, por supuesto, muchos significados. Para algunos esto significa un servicio gratuito de atención de la salud para todo el mundo. (Hoy en día, en Europa, sólo una nación, Yugoslavia, ofrece servicios totalmente gratuitos de salud para toda su población). Paradójicamente, pareciera que son solamente las naciones pobres las que pueden darse el lujo de ofrecer a sus poblaciones, o a una alta proporción de ellas, servicios gratuitos de atención de la salud.

Ahora bien, no quiero exagerar el punto hasta el cual la población de los países europeos tiene que pagar por los servicios de atención de la salud. En general no se perciben por tales pagos más que sumas muy pequeñas de dinero, los cobros tienden a ser por medicamentos, odontología y anteojos. En el caso de la odontología y los anteojos porque en la mayoría de los casos la atención no es de necesidad urgente, de servicio diario, y los pacientes pueden esperar una o dos semanas a excepción, por supuesto, del caso de necesidad aguda como la de una extracción en el caso de la odontología, pero, en términos generales, la gente puede dar un compás de espera incluso para obtener el dinero para cubrir los pequeños cobros que se les hacen por estos servicios. Esto mismo da lugar a que el servicio dental de emergencia si pueda ser gratuito.

Algunas naciones esperan, mediante diversos sistemas que aún los pequeños cobros que se hacen por estos servicios, no recaigan sobre los niños, los enfermos crónicos, las madres embarazadas o quienes son verdaderamente pobres, pero esto varía de nación a nación.

Para mí, sin embargo, este no es un aspecto fundamental. Las naciones pueden creer que el manejo de médicos y pacientes sea más económico mediante el pago, por el paciente de los medicamen-

tos, si el médico sabe que el paciente tiene que pagar. Es por esta razón que en algunas de las naciones europeas el número de medicamentos recetados por paciente es de uno y medio comparado con el de Costa Rica, que es de dos y medio medicamentos por paciente. Pero yo creo que el principio fundamental es el de que toda la población debe tener los mismos derechos, haya o no pequeños cobros por determinados servicios de la atención de la salud.

Ahora bien, a primera vista puede parecerles a Uds. que esto constituye toda una contradicción de los principios fundamentales del Seguro Social dentro del cual han recibido todos ustedes su adiestramiento. A todos Uds. se les enseñó que únicamente aquellos que pagan una contribución son quienes tienen derecho a los beneficios del sistema, sean ellos de atención de la salud o de pensiones. Pero, como ya lo he dicho, existen nueve naciones que de manera deliberada y consciente han hecho a un lado este principio y, dentro de este contexto, la contribución al Seguro Social se convierte, en la práctica, en la mayor parte del total del dinero empleado en la atención de la salud. Y, desde luego, si lo comparamos con otros impuestos este no viene a ser de los peores, cuando, en todo el mundo, los impuestos indirectos sobre los bienes y servicios tienen a recaer de manera desproporcionada sobre las gentes de menores recursos y una vez que hacemos la excepción de los artículos de lujo —el impuesto de la renta es de cobro difícil— el costo administrativo es muy elevado si se pretende que mucha gente lo pague. Pero la contribución al Seguro Social es de cobro sencillo y utilizamos esto como un impuesto para el financiamiento de la atención de la salud, manteniendo a menudo por razones de orden político, la palabra tradicional de contribución o *cuota*.

Una de las paradojas a las cuales da lugar esto la encontré hace una o dos semanas en una nación africana muy pobre que había iniciado el cobro de contribuciones para el Seguro Social aún antes de haber implementado el menor beneficio.

No lo llamaron un impuesto puro y simple, lo bautizaron como “impuesto sobre el bajo ingreso”: un dos por ciento del total de la planilla, simple y sencillamente porque sabían muy bien que no podían llevar el cobro del impuesto sobre la renta a tasas tan bajas que hicieran que los costos administrativos subieran al punto de ser más altos que el ingreso producido por el impuesto. Pero me parece que este tipo de impuesto, pagadero por todo aquel que cuente con un empleo permanente es justo en aquellas naciones en las cuales el agricultor, el campesino, no cuenta en realidad con un ingreso fijo. La nación a que he venido refiriéndome es Zimbabwe.

Ahora bien, ¿cual es la aplicabilidad de esta tendencia que he mencionado cuando nos referimos a las naciones en vías de desarrollo?

Una de las cuestiones que siempre me ha intrigado es la de ¿por qué las naciones en vías de desarrollo que han logrado grandes avances en sus seguros sociales, como es el caso de Costa Rica, (y también lo fue de Chile) y lo es en gran parte en cuanto a Brasil, —pero Brasil tiene sus propios problemas en cuanto a justicia y caos— y la presentación de lo que yo llamo derechos de papel; derechos a “beneficios” cuando no existen ni los médicos ni los hospitales, ubicados a distancias razonables, mediante los cuales estén en capacidad de brindar atención a los pacientes; beneficiarios teóricos según la ley.

Ahora bien, cuando nos damos cuenta de cuan difícil ha sido para los diferentes países el hacer esta transición final que ya ha sido realizada por veintitrés naciones creo que se pueden hacer dos afirmaciones: la primera es la de Costa Rica está acercándose cada vez más al punto en el cual le resultaría económica esta transición; habiendo asumido ya a los pacientes asegurados por el estado, les queda el incómodo grupo de los independientes, que tratan de aparecer como más pobres de lo

que en realidad son y que, en la práctica, logran obtener gratuitamente servicios a los que no tienen derecho. Dentro de la estructura actual ustedes se ven obligados a pagar por los servicios de quienes deben tratar de cobrar esos dineros que logren cobrar pueden no ser mucho mayores que el costo de cobrarlos. Por supuesto que puede decirse que es injusto, que es poco equitativo, que los independientes —que tienen capacidad de pago— reciban servicios gratuitos, pagados, en parte, por las gentes de bajos ingresos que cuentan con empleo permanente. Al respecto, todo lo que puedo decir es que hay un buen número de países que se ve obligado a vivir con esta situación que que está tratando de llegar a una solución mediante la exigencia de un pago anual, una especie de “licencia” cuyo monto varía de acuerdo con la ocupación del trabajador independiente. Esto es lo que están intentando en Chipre; el vendedor callejero paga una suma pequeña y el abogado paga mucho más. Pero, el problema que esto presenta en Chipre es el de que los abogados jóvenes que apenas empiezan a ejercer, consideran que la contribución que se fija para su profesión es demasiado alta para quienes no cuentan aún con ninguna clientela.

Ahora bien, cuando volvemos la vista hacia algunas de las demás naciones en vías de desarrollo la pregunta básica que surge es la de si han tomado la vía latinoamericana de la separación de servicios entre los que se prestan a los beneficiarios del Seguro Social y los que se ponen a disposición del resto de la población, los cuales provienen del gobierno central.

Existe un buen número de naciones europeas que jamás hizo tal cosa. Y, por supuesto, existe también un buen número de naciones en vías de desarrollo que tampoco lo ha hecho. Un caso clásico, que a menudo pasa desapercibido, es el de la India con una población de veintisiete millones, cubierta, en salud, por el Seguro Social, pero cuyos servicios se encuentran totalmente integrados y controlados por el Ministerio de Salud.

Aun cuando existen organizaciones de salud independientes (Seguro-Ministerio), ellas están bajo la fuerte dirección central de un Comité Conjunto del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y ninguna extensión, en ninguno de los Estados de la India, puede llevarse a cabo sin la autorización previa del Departamento Nacional de Salud o sea el Ministerio de Salud de ese Estado en particular; no olvidemos que se trata de una nación enorme.

Ahora bien, hay otras naciones en vías de desarrollo cuyas experiencias no han sido tan felices. Está, por supuesto el caso de las Filipinas, en donde se ha seguido el patrón de los Estados Unidos y, naturalmente iniciaron su Seguro Social no sólo con los hospitales exclusivamente, sino, además, mediante el reembolso a los pacientes, por sus cuentas hospitalarias. Cuando el esquema se inició cubría el 70% de los costos de los hospitales; el costo hospitalario subió notablemente, dada la ausencia de los controles debidos, y actualmente el esquema cubre solamente el 30% de los costos hospitalarios. Esto, por supuesto, ha conducido al énfasis en la “sobrehospitalización” de pacientes que podrían haber sido tratados extrahospitalariamente. Desde que ocurrió esto han venido tratando de desarrollar, desesperadamente, un sistema de atención primaria de la salud, pero esto viene a ser algo así como el cerrar el portón después de que el caballo ha salido del corral.

De manera similar podemos ocuparnos del caso de Corea del Sur en donde, de manera súbita, incorporaron a su propia legislación la Ley de Seguros Sociales del Japón la cual está fundamentalmente basada en el modelo alemán. Así pues que se encontraron con que ofrecían a casi la mitad de la población servicios pagados por acto médico o sea mediante el sistema de honorarios por servicios. No fue de sorprender que el costo se duplicara al cabo del primer año, se volviera a duplicar en los dos años siguientes y consultor tras consultor internacional —de distintas naciones del mundo— han sido contratados por el gobierno coreano en un afán por encontrar alguna solución a este

problema. La fortaleza del sistema coreano reside, por supuesto, en el hecho de que introdujeron, en las áreas urbanas, una categoría de gentes aseguradas por el Estado.

Ahora, antes de hacer un cambio para hablar más acerca de Costa Rica y su futuro en el campo de la atención de la salud, pienso que vale la pena que hablemos algo más acerca de los problemas que afrontan los seguros sociales en el campo de la atención de la salud.

Durante los últimos tres años, en Europa, se han efectuado no menos de ocho diferentes conferencias internacionales referentes a como controlar el costo de la atención de la salud.

Cuando los Ministros de Salud, se reúnen, sean en el contexto de la Comunidad Económica Europea, o en el de las naciones desarrolladas que pertenecen a la OCD, el tema único que desean tratar es el de como controlar el costo de la atención de la salud. Y si analizamos esto, las naciones que atraviesan por grandes dificultades son aquellas que han modelado sus sistemas sobre lo que se ha dado en llamar el esquema alemán y están pagando por acto médico. Y, paradójicamente, en tanto que a primera vista pareciera que el pago por acto médico es el que otorga mayor libertad, en la práctica el problema de los costos ha llevado a una mucho mayor interferencia en la libertad del médico que la existente en otras formas de pago. Inevitablemente, ustedes ponen a sus computadoras a calcular cuantos medicamentos receta el médico por paciente, cuantas radiografías le ordena, cuantos exámenes de laboratorio pide para él, cuantas admisiones ordena y todo lo demás.

Y, por supuesto van a pedirle al médico que rinda las cuentas del caso.

Ahora bien, las naciones que en verdad han logrado mantener algún control sobre los costos que no han tenido que ir demasiado lejos en la exigencia al paciente para que pague parte del tiempo de uso de los servicios.

Otras naciones financian la atención de la salud sobre una base presupuestaria (los salarios de los trabajadores hospitalarios, aquí), y que pagan a los médicos por sus servicios extrahospitalarios, con especial énfasis en el trabajo del médico general y, por supuesto sobre una base de "captación", esto es pago por año por la atención en medicina general, por paciente contando, por supuesto, el paciente con libre elección en cuanto a su médico general, el cual puede, dentro de ciertos límites rechazar al paciente o a su familia existiendo, desde luego, un número máximo de pacientes a los cuales el médico puede prestar sus servicios.

Ahora bien, este sistema, que se desarrolló en los Países Bajos, Dinamarca y Gran Bretaña ha sido el sistema que ha incorporado el control de costos y de incentivos para los médicos que son bastante diferentes a los incentivos originados en el pago por acto médico.

En el caso extremo el pago por acto médico es el motivo fundamental tras el hecho de que el paciente promedio, en Alemania consulte al médico once veces al año, en comparación con las cuatro veces y media que lo consulta en Gran Bretaña y con las cifras similares que aparecen en Dinamarca y en Holanda.

De todo esto lo que destaca es el hecho de que en Inglaterra un tercio de esas consultas es provocado por el médico mismo: "regrese, por favor, para ver si se ha recuperado completamente". En Alemania, este mismo caso origina dos tercios de las consultas.

Es también un hecho comprobado el de que las naciones que pagan por acto muestran una proporción del doble de la cantidad de recetas prescritas al comparárselas con aquéllas que pagan sobre

una base de capacitación. Esto fue comparado en Italia en donde la nación descubrió que era en el campo, en donde se pagaba a los médicos por capacitación, en donde se recetaba el menor número de medicamentos y, por supuesto, el costo total por paciente, para el sistema, era mucho menor al utilizarse la capacitación como base. Fue así como los italianos, en Enero de 1980 introdujeron el Servicio Nacional de Salud, cambiaron el pago de los médicos generales a uno de capitación y a otro de pago parcial en salario para los especialistas.

Ahora bien, ¿cuáles son las lecciones que nos deja este tipo de experiencia? Especialmente, ¿qué enseñanzas puede obtener Costa Rica de ella?

Lo primero que me atrevería a decir es que si ustedes tienen ya un sistema efectivo para el cobro de las contribuciones —y no hay nación alguna que tenga un sistema perfecto, no lo es, por supuesto en Italia— pero, si ustedes pueden hacer que el sistema funcione, entonces es desde luego posible el traslado hacia este tipo de servicio, superar la integración haciendo que la gratuidad del servicio, en la práctica, alcance a la totalidad de la población, a menos que se adopte la decisión política de incluir algunos cobros, muy modestos y generales; en los medicamentos, por ejemplo.

La segunda conclusión a la que llego es la de que Costa Rica debe hacerse algunas reflexiones acerca de su sistema de pago al personal de salud.

Según lo he venido entendiendo existen dificultades, tanto para el paciente como para el médico; específicamente en el sistema de atención ambulatoria, dentro el cual el médico no atiende regular y oportunamente a un mismo paciente lo cual me parece debe dar lugar a la frustración, tanto del médico como del paciente, al obligar al médico a “procesar” pacientes sin poder jamás comprobar las consecuencias sobre la salud y de sus familias a lo largo de un período largo de tiempo. Me parece que tal sistema es intrínsecamente poco satisfactorio para el profesional así como para el paciente ya que este tiene también la sensación de no ser atendido continuamente por el mismo médico y enfermera, (excepto, por supuesto, los pacientes de las áreas rurales) lo cual lo lleva a pensar que tiene que repetir la historia de sus padecimientos cada vez que visitan al médico pese a que el sistema, en su forma ideal, ya los ha registrado en su historia clínica.

Todo lo anterior nos lleva a pensar acerca de si estos problemas puedan ser resueltos mediante la introducción de un elemento de pago por capitación.

La capitación asume una diversidad de formas. No tienen ustedes que asumirla en un 100 % , Holanda lo ha hecho: es muy sencillo, se paga al médico la misma cantidad por paciente, no importando el grupo etario al que pertenezca. Nosotros le pagamos más a quienes atienden a los ancianos.

Pero actualmente menos de la mitad de lo que se paga a los médicos en Inglaterra, proviene de la capitación. También pagamos estipendios (salarios que no son salarios) a trabajadores independientes y que representan ventajas impositivas. También proporcionamos a nuestros médicos un reembolso por alquiler, cuando trabajan en sus propios consultorios.

Pueden ustedes también estudiar el modelo danés dentro del cual, en algunas partes de Dinamarca, se paga la capitación total por paciente en tanto que en otras se ha combinado el pago por capitación con el pago por consulta.

Se puede llegar a desarrollar un sinnúmero de variantes, adaptándolas a la tradición o a su aceptabilidad. Pero, naturalmente, una de las más importantes características de la capitación es la de que

ofrece un incentivo financiero; si el servicio que el médico ofrece a su paciente no lo satisface él se trasladará a otro lugar, a que lo atienda otro médico, cuando se entere de que ese otro médico ofrece un mejor servicio a sus pacientes. Y, por supuesto, lo que el paciente puede desear es bien claro: tratamiento cortés y verdadera y manifiesta preocupación por parte del médico en cuanto a los síntomas que el paciente le está describiendo durante la consulta.

El paciente (mediante este sistema) está también en capacidad de darse cuenta de si el médico realmente llega a su consultorio a las siete de la mañana de manera que pueda atenderlo y permitirle asistir luego a su trabajo regular, lo cual es de especial importancia para el trabajador independiente, como lo es también para la mayoría de las amas de casa. También es importante para el caso de los médicos que pueden dar citas a determinada hora y que deben cumplir con ellas. En este caso los pacientes pueden hacer las citas por la vía telefónica y así, en lugar de llegar a la clínica entre las cinco y las siete de la mañana para encontrarse con que les dan una cita a las diez y media u once, llegan a la hora fijada por la vía telefónica y son atendidos a esa hora. Esto evita el efecto traumático que para la farmacia tiene el sistema actual; en una de las clínicas que tuve oportunidad de visitar me enteré de que el trabajo en la farmacia, entre las siete y nueve de la mañana era prácticamente nulo, para luego tener que enfrentarse a un flujo tremendo de trabajo durante las siguientes tres o cuatro horas porque les entraban todas las recetas prácticamente al mismo tiempo. Esto, lógicamente, hace que los pacientes mismos tengan que esperar durante horas para poder retirar sus medicamentos dada la congestión de trabajo a la que tienen que hacer frente las gentes de la farmacia.

Esto da lugar a la pregunta acerca de si el médico, a cambio de retener a su paciente, no hará ciertos reajustes en su conducta, reajustes tendientes a mantener a este paciente más satisfecho con sus servicios.

Mi suposición al respecto —con base en lo visto en otros países— es la de que la adopción de tal sistema conducirá a una menor tasa en el número de medicamentos por receta, una disminución en la tasa de referencias a especialistas y también, posiblemente, y a largo plazo, un menor número de solicitudes de admisión a los hospitales, dada la continuidad de la relación médico-paciente-familia que se permitirá el reconocimiento temprano de los problemas de salud y el que sean resueltos en sus etapas iniciales.

Ahora bien, mi descripción se ha ajustado a los ejemplos europeos, y enteramente sobre la base de los incentivos para el médico.

Estos ejemplos, por supuesto, se desarrollaron antes de la etapa de "Alma Ata", durante la cual todos, tanto europeos como el resto del mundo, llegamos al convencimiento de la importancia que tiene el equipo que se ocupa de la atención primaria de la salud lo cual, naturalmente hace surgir la cuestión de hasta donde este sistema de incentivos puede ser aplicable a las enfermeras y demás trabajadores del área de la salud primaria. ¿Hasta qué punto puede introducirse un sistema de pago que vaya acorde con el volumen de trabajo en lo que se refiere a farmacéuticos, radiólogos, patólogos, etc.?

Si estamos seguros de que el volumen de trabajo no es generado, íntegramente, por el incentivo otorgado al médico que autoriza este trabajo, como sucede en Alemania, Bélgica o Francia en donde el médico autorizante recibe una suma adicional, en efectivo, por cada examen que ordena, lo cual, por supuesto, no es lo que yo considere recomendable ?.

Y todo esto nos lleva a la pregunta aún más amplia acerca de cual sea la manera de crear mejores incentivos, aún para aquéllos que trabajan con los pacientes hospitalizados.

Diversas naciones han adoptado soluciones diversas en este sentido. Algunas de ellas han recurrido a la posibilidad del ascenso a posiciones mejor pagadas o al ascenso a puestos que implican ciertos privilegios como el tratamiento privado del pacientes en el mismo hospital.

Mi nación ha adoptado un enfoque decididamente distinto al establecer un Comité Profesional independiente que puede otorgar salarios extraordinarios a cuatro tipos de consultores cuyo comité independiente juzga los casos que considera particularmente dignos de mérito; el incentivo menor es el de un plus de un 30% del salario el cual se otorga por un servicio de calidad excepcional. El siguiente nivel toma en cuenta la investigación, la docencia, cuando es el caso, y, en el más alto de los niveles, la investigación desempeña un papel mucho más importante. Pero, naturalmente, en este nivel superior un especialista puede llegar a duplicar su ingreso y el 30% de nuestros especialistas logra alguno de estos niveles de recompensa, la mitad de ellos distribuidos antes de concluir sus estudios.

Esa es otra de las soluciones.

Pero todo esto depende, sin lugar a dudas, de la integridad e incorruptibilidad de un Comité Profesional independiente y constituido, inevitablemente, por una mayoría de médicos que cuentan con un tiempo de jubilación bastante amplio, que recopila la información conforme a su propio criterio el cual, obviamente, incluirá el análisis de los trabajos publicados, las estadísticas de los servicios quirúrgicos y el testimonio de los más antiguos de los administradores médicos. Este sistema resulta más justo cuando funciona en una nación grande que en una pequeña ya que en la pequeña todos nos conocemos. Lo que sí puede asegurar es que este sistema, que iniciamos hace 37 años en Inglaterra, ha sobrevivido y que es aceptado como justo, en términos generales, por la gran mayoría de los especialistas ingleses. Por lo menos no hemos tenido jamás protestas públicas por parte de aquéllos que no se han visto beneficiados por él.

Quizás tales personas piensen que si continúan dentro del sistema por un tiempo más serán, al fin, tomados en cuenta.

Ahora bien, el otro campo, el cual se está desarrollando en todo el mundo, es el de un mucho más detallado análisis de lo que ocurre en el trabajo con los pacientes internados en los hospitales. Esto se refiere por supuesto al grupo con interrelación diagnóstica y está siendo ampliamente utilizado en los Estados Unidos, va a ser la base de los hospitales privados en Francia y posiblemente también en Bélgica, así como probablemente en la propia Inglaterra (si la experiencia muestra resultados favorables), como medio para establecer cuánto dinero deba asignarse, a cada hospital, en su presupuesto y esto es para uso local más que para uso nacional, porque existen actualmente varias naciones que han desarrollado fórmulas para la distribución del dinero provincial y regionalmente, en lugar de esta otra fórmula, basándose simplemente en las estadísticas de actividad y el efecto proyectado de cualesquiera otras construcciones, etc.,etc. La idea de una fórmula es la de tratar de lograr una mayor equidad. La fórmula británica basa la distribución del dinero para la atención de la salud, en las regiones, sobre la estructura etaria de la población, con una suma adicional cuando hay docencia médica y, fundamentalmente, con un ajuste acorde con los índices de mortalidad de cada región, de manera que las regiones que muestran más altas tasas de mortalidad sean las que reciban mayores partidas presupuestarias y aquellas que muestren tasas menores reciban menos dinero per cápita por esa misma razón. Y esto, por supuesto, quiere decir que las regiones más ricas del país, que son las que cuentan con los mejores hospitales y, naturalmente, muestran las mejores estadísticas en salud —en mortalidad, ya que resulta tan difícil medir la mortalidad— sufren una disminución en su asignación presupuestaria, en tanto que las regiones pobres obtienen mayores sumas para la atención de la salud. Este sistema, introducido en 1976 por

nuestro partido Laborista, nuestro partido social demócrata, ha sobrevivido, sin el menor cambio, bajo el gobierno muy conservador de la Sra. Thatcher.

También se han encontrado fórmulas para la distribución del dinero en regiones electas, en Italia, mediante las cuales el Gobierno Central asignará a tales regiones las partidas correspondientes a fin de que ellas las gasten de la manera que consideren más conveniente, sujetas, naturalmente, a ciertas pequeñas limitaciones.

Nueva Zelandia ha adoptado asimismo su propia fórmula, y esto por supuesto ha conducido, inevitablemente —especialmente a España y Portugal— a una fuerte descentralización por regiones y sé que antes de ello han estado estudiando las fórmulas británica, italiana y todas las demás.

Y todo lo anterior nos plantea la pregunta en cuanto a ¿qué es lo que sigue una vez que ustedes hayan adoptado una solución en el futuro, una vez que hayan concedido a todos los ciudadanos los mismos derechos en materia de salud? y en cuanto a ustedes podrán movilizarse, a partir de la participación local, hacia arriba, hacia alguna fórmula de descentralización regional que puede o no ser la adecuada para una nación del tamaño de ésta. Pero yo quisiera dejar constancia de que la descentralización, en sus diversas formas, es hoy por hoy, el credo básico en naciones como Holanda, —que no cuenta con una gran población— o en naciones como Finlandia. El modelo finlandés está dirigido hacia una descentralización a niveles muy locales llevando a las diversas localidades hacia un trabajo conjunto, en federaciones, las cuales son convertidas, en la práctica, en el equivalente de las regiones. Y este puede ser un modelo alterno.

Bien, en realidad creo que es mejor que me detenga aquí ya que ha planteado una gran cantidad de temas de discusión.

RESPUESTAS DEL DR. ABEL-SMITH A PREGUNTAS PLANTEADAS POR LOS ASISTENTES A LA REUNION.

Bien, esto se refiere directamente a la forma de la administración.

Nosotros, en los pagos a los médicos incluimos inicialmente pagos por un 5% más del número de pacientes registrados en el país. Ello se debió al hecho de que los registros de pacientes que llevaba el médico por lo general no estaban al día. Podía el médico no enterarse del fallecimiento de alguno de ellos o no enterarse de cuales de ellos lo habían dejado. Ahora bien, esta medida precautoria se justificó hace diez años. Hoy en día cuentan ustedes con dos medios que la hacen innecesaria: la cédula de identidad y la computarización se ha convertido en algo tan sencillo y barato que resulta perfectamente posible —al igual que lo hacemos nosotros en una nación mucho mayor que la suya— el asegurarse de que dos médicos no reciban jamás pagos simultáneos por un mismo paciente. Y, por supuesto, cualquier traslado justificado de un paciente de un médico a otro entra a la computadora central y el sistema de pago a los médicos se realiza de acuerdo con la más reciente información ofrecida por el Centro de Cómputo. Es así como yo pienso que la adopción del sistema es ahora mucho más fácil de lo que lo hubiera sido en el pasado. Sinceramente espero que así sea y que ello les permita mejorar la relación médico — paciente la cual usted con base en su larga experiencia, ha identificado como uno de los problemas verdaderamente serios que debe resolver la Caja.

"... quienes no pueden encontrar ningún otro trabajo y están dispuestos a aceptar lo que se presente con tal de que se les pague y esto, naturalmente, lo hace más controversial cuando nos encontramos ante una nación en la cual un partido mantiene una íntima relación con los sindicatos y otro partido, el de la Sra. Thatcher, que espera que el bajar los niveles de los salarios va a dar lugar a la solución "clásica" del problema del desempleo según el pensamiento que imperó en los años 20 y 30".

"En cuanto a la primera pregunta acerca de los equipos multidisciplinarios: la mayoría de los siquiátricos hablaría de un equipo multidisciplinario, casi todos los demás miembros afirmarían que no son un equipo sino que son un grupo sujeto a la dirección autoritaria de un siquiátrico. Todo depende del lado de la cerca en el cual se esté. Por otra parte nuestros ciudadanos que están sometidos a atención siquiátrica saben que actualmente algunos médicos generales trabajan con enfermeras siquiátricas y por ello, de manera indirecta, puede haber referencia del paciente al siquiátrico por parte de su médico general.

En verdad han avanzado ustedes mucho al llevar los servicios siquiátricos a los hospitales generales para lograr que tengan una mayor respetabilidad médica, pese a algunas dudas quizá en cuanto a si este ambiente estimula una buena siquiátrica. En cuanto a su cuarta pregunta acerca de lo que estamos haciendo con los hospitales siquiátricos del tipo antiguo le diré que estamos luchando por hacer algo en el momento en que estemos satisfechos en cuanto a que los patrones de servicios en otros hospitales justifiquen su cierre.

Hemos venido hablando acerca de esta durante los últimos veinte años: ahora lo estamos haciendo, estamos iniciando el cierre de los viejos hospitales siquiátricos.

DR. BRIAN ABEL SMITH—FINANZAS Y PENSIONES

Por error se grabó sobre el primer cassette de los cuatro que contienen la reunión con el Dr. Abel-Smith sobre el tema de Finanzas y Pensiones; se transcribe lo que quedó del primer cassette y los tres siguientes.

Como decíamos hace unos días, la comprensión de estos problemas es la de que deben referirse a menos del 1% de la población, y el aspecto crucial es el de hasta que punto este 1% de la población incluye a todos los miembros de la legislatura. Y por supuesto, existe siempre la tentación, para cualquier cuerpo legislativo, de aprobar leyes de tipo populista a sabiendas de que ellos (los legisladores) van a estar en el otro lado cuando surja el problema real.

Pero, eso sí, habrán logrado su meta de ganar la siguiente elección antes de pasarse a ese otro lado.

Pienso que el aspecto crucial es el de que el grupo de presión campesino, el grupo de presión de los pequeños agricultores, el cual supongo no tiene todo el poder que podría tener, sea reforzado para que se de cuenta de cuánto les conviene el detener el hecho de que los asalariados permanentes sean los aprovechados y los que se dejan para sí todo lo que hay disponible, dejando muy poca disponibilidad de recursos para el sector constituido por los pequeños agricultores.

De manera que pienso que esto es, en parte, un problema de educación pública y aquí, por supuesto, interviene la presentación del problema por parte de la prensa y, aun con mayor importancia la que de él haga la televisión. Si ustedes logran llevar las propuestas que pueda hacer la Junta Directiva a la Prensa y a la Televisión y lograr utilizar esto como un medio de educación del público ello sería de extraordinaria importancia.

La otra cosa en la cual pienso es en el reforzar a los pequeños agricultores —e ignoro cuál sea su posición política— pero siempre existe la posibilidad de que la extrema izquierda de tipo revolucionario se vea fortalecida por una combinación de los indigentes urbanos y los campesinos pobres y, por tanto la pregunta política que surge es la de quién es el que haya de asumir la representación de los intereses de estas gentes? Eso en primer lugar. Creo que estamos ante un dilema político porque se trata de un problema de la “mayoría silenciosa”. De la mayoría que no tiene una voz política. La cuestión está en ¿quién cultiva, de primero, ese terreno? Y, por supuesto, sería para mi motivo de cierta preocupación políticamente hablando, si —según las cifras que he visto— entre las naciones centroamericanas Costa Rica no es la nación con la menor proporción de gente pobre, lo cual me sorprende. Las cifras pueden estar erradas pero las encontré en el informe de la OPS, el cual fue preparado en esta sala; el informe sobre Prioridades en Salud. Es posible que la información costarricense sea exacta y que todas las demás hayan sido rebajadas.

No lo sé. Pero, en términos de cohesión social y del mantenimiento de su democracia, sin cambios revolucionarios, este problema tendrá que ser abordado políticamente dentro del término de los próximos diez o veinte años y es por esto por lo que, fundamentalmente, tengo la sensación de que se trata de asuntos aún más críticos en lo que se refiere a la estabilidad de su democracia que los problemas sencillamente más técnicos como el de encontrar el dinero para el pago de las pensiones.

Quizás me haya excedido al hablar de estos asuntos por lo cual les ruego me perdonen siendo, como soy, un extraño entre ustedes, pero ustedes me han hablado con tanta franqueza que me han inducido a decir, en público, más de lo que debiera haber dicho.

Don Salomón Rodríguez Lobo, Gerente de la División Administrativa de la CCSS plantea al Dr. Abel-Smith una pregunta en cuanto a si es o no excesiva la cantidad de empleados utilizada por la Institución.

El Dr. Abel-Smith contesta:

“Entiendo que no estamos hablando exclusivamente de Administración, estamos hablando, mayoritariamente, de los empleados hospitalarios.

Bien, no puedo hablar sobre los costos propiamente administrativos por cuanto en realidad no he tenido oportunidad de estudiarlos. Pero sí he visto, y lo recuerdo de un repaso rápido a sus estadísticas, que sus costos de personal llegaban a un 50 % al cual si les agregamos las cargas sociales nos lleva a más o menos el 60 % y encontré que eso era bajo, en lo que refiere a la desproporción existente con los empleados hospitalarios. En mi experiencia con otros países esa proporción llega al 70 % si se toman en cuenta únicamente los empleados de la atención de la salud, de manera que encuentro que la suya es una proporción bastante normal y, para sorpresa mía, extraordinariamente baja puesto que ya que debe incluir costos de importación bastante altos en cuanto a los hospitales se refiere ya que su balanza de pagos, a partir de la devaluación, debe haberse expandido de manera importante.

De manera que todo esto viene en refuerzo de mi razonamiento en el sentido de que esta proporción es bien razonable y más baja de lo que yo esperaba, ya que si agregamos las cargas sociales nos da el 70 %. Así es que en realidad con estas cifras me siento perfectamente tranquilo.

Ahora bien, en cuanto a la pregunta acerca del número de personas que ustedes emplean, viniendo, como vengo, de una nación que tiene un Servicio Nacional de Salud que da empleo a un millón de

personas y tiene una población laboral de 22 millones de personas, incluidos los independientes, que son menos el 5% ¿de la población económicamente activa cuántos están empleados en Salud aquí, en Costa Rica?. Usted mencionó a unos 5 mil, digamos. ¿qué proporción de la población económicamente activa representan esos 25 mil? Estoy seguro de que representan menos del 5% .

No tienen todavía suficientes ancianos y no hay escasez de niños. Pero, esto por supuesto debe plantear uno o dos problemas. Uno es el que hemos mencionado, dentro de otro contexto. Se trata, es claro, del presupuesto del 8% del PNB, lo cual es extraordinario para una nación en vías de desarrollo, pero explicable dado lo bajo de sus gastos en "ley y orden", la ausencia de un ejército que es, desde luego, lo que hace lo que otras naciones en vías de desarrollo —trátese de la India o de Indonesia— o aquéllas no democráticas, con grandes fuerzas armadas tanto en este lado del mundo como en África en donde los fondos son utilizados para el mantenimiento de sistemas de gobierno que no son de libre escogencia no pueden hacer. Y, dentro de este primer contexto uno podría, a primera vista preocuparse, pero, cuando se analiza el asunto a fondo uno deja de preocuparse siempre y cuando esos dineros sean repartidos de manera equitativa y vemos que esa equidad está aumentando, aunque sean ustedes quienes pagan por los indigentes; pero estos están, jurídicamente, "asegurados por el Estado".

El segundo concepto que podría dar lugar a preocupación es el de si el sector público está acaparando todo el talento educado y por tanto privando al sector privado de los grupos más talentosos y educados de las universidades. Pero esto, por supuesto, no ocurre. Se me informa que los empleados públicos no son lo mejor pagados si se les compara con los del sector privado. No he preguntado en el sector privado si es que aceptan este trato al tomar en cuenta las pensiones que existen en el sector público. Pero, desde luego, este es un problema que tiene que ser resuelto. Puede no ser problema, pero puede llegar a serlo".

A una solicitud sobre una explicación por parte del Dr. Abel-Smith acerca del funcionamiento de las finanzas de los gastos en salud dentro del sistema británico éste responde:

"Está financiado en un 90% por impuestos y un 10% por contribuciones (por cuotas). Se recibe el mismo servicio se esté o no obligado a pagar cuotas.

Este mismo caso se da ya en otras nueve naciones. Patronos y trabajadores deben pagar contribuciones (que en realidad son impuestos) y dentro de esas nueve naciones la proporción del financiamiento por el Seguro Social para el otorgamiento de servicios universales va de un 10% en el Reino Unido a un 70% en Italia. En otras palabras: en este aspecto estamos enterrando a Bismarck y el principio de "beneficio a cambio de cuotas" ha sido sustituido totalmente por el principio más amplio de que estamos ante un derecho humano. Y, como ya lo dijimos, al compararse con mucho otros impuestos, una contribución obligatoria para el Seguro Social funciona bastante bien.

Si lo referimos a términos de progresividad o regresión es ampliamente proporcionado dependiendo de los topes y el flujo, pero las razones por las cuales las naciones han girado hacia sistemas de financiamiento diferentes son puramente históricas.

¿Por qué pagamos los británicos un 10% en cuotas? Porque nosotros tenemos un esquema de Seguro de Salud que de 1911 a 1938 que únicamente comprendía al médico y los medicamentos. El tratamiento hospitalario era atendido de otra manera: por beneficencia, a menudo (y estos eran por lo general nuestros mejores hospitales) y, en parte, en hospitales del Gobierno, que eran lo menos buenos. Así pues, mantuvimos el nivel de contribución que es la razón por la cual se paga este

elemento. Cuando adoptamos un servicio nacional de salud el Ministerio de Finanzas no quiso eliminar esta fuente de ingresos que se estaba cobrando sin grandes problemas.

Por qué es la contribución del 70% en Italia? Porque previamente el establecimiento del Servicio Nacional de Salud, en 1980, esto representaba el rendimiento de las contribuciones para la salud cuando el servicio no cubría aún a todo el mundo. Lo han abandonado en parte, por diversas razones que no alcanzo a comprender plenamente; creo que inicialmente será de un 80 y ahora bajó a un 70% pero me inclino a pensar que tales razones están ligadas con las preferencias, dada la situación económica, de los Ministerios de Finanzas. La consideración principal, en Europa, durante la crisis económica, ha sido la de que las altas contribuciones de los patronos van en detrimento de los precios de exportación de los productos. Es así como varias naciones europeas han estado buscando la manera de disminuir la contribución patronal o de lograr la financiación por la vía impositiva, como en Francia en donde el 1% de la contribución fue trasladado a impuestos durante los últimos años con la esperanza de promover, de esta manera, las exportaciones. Así pues este es el criterio que va a fijar el nivel de la contribución. El viejo criterio ya no importa, por lo menos no importa Bismarck. Hay criterios más importantes que el Bismarckiano”.

Ante planteamientos del Lic. Jorge Brenes Cedeño Actuario de la Caja el Dr. Abel-Smith dijo lo siguiente:

“Muchas gracias.

La relación/vejez está ligada, por supuesto a la baja proporción de ancianos y al bajo grado de maduración de las pensiones y estoy de acuerdo en cuanto a que el costo del Seguro de Invalidez es, desde luego, alto pero jamás he estado en ningún país donde no me hayan dicho lo mismo. Porque, si la memoria no me engaña, ustedes ofrecen una proporción bastante generosa en sus beneficios, hay período de espera.

Algunas naciones no tienen período de espera, con resultados aún más drásticos; el caso de Italia, por citar un ejemplo.

Lo primero que creo que debemos reconocer que los certificados médicos, en todo el mundo, no valen lo que vale el papel en el que están escritos lo cual ha llevado a varias naciones, incluyendo la mía, a obtener un ahorro administrativo al no imprimir siquiera el formulario de incapacidad permitiendo que el individuo certifique, él mismo, su propia incapacidad sin que haya habido cambio en las incapacidades. Es el caso de Francia y de Inglaterra. A decir verdad en la incapacidad auto-certificada ésta se informa al médico y él se limita a firmar en la línea de puntos. Y la Asociación Médica Británica ha admitido esto públicamente, afirmando que es imposible para el médico, por cualquier medio científico, el asegurar o negar el que un paciente padece determinada condición lo cual cubre de un tercio a la mitad de las incapacidades que se tienen que firmar. Ninguna ciencia puede hacerlo; dolores de espalda, de cabeza y cosas similares.

Ahora bien, aquí, como en todas partes la gente percibe el beneficio de incapacidad por muchas razones de tipo social: quiere llevar a los niños a la escuela, o a visitar a su abuela como si esto no costara nada.

Pero, por supuesto, el caso extremo —estoy seguro de que no es el de este país, ni el de Italia— es el de Holanda en donde tienen más razón que nadie de estar preocupados porque tiene un sistema universal de otorgar beneficios de incapacidad— contribuya o no la gente al servicio— basados en el grado de incapacidad de manera que los enfermos congénitos reciben exactamente el mismo trato

que los trabajadores accidentados. En un caso extremo el trabajador que sufre un riesgo profesional es tratado exactamente de la misma manera que aquella persona que tiene un accidente motociclístico a los quince años de edad, o que nació incapacitado.

Un estudio realizado por una Universidad holandesa mostró claramente que un tercio de los beneficiarios por el sistema, durante largos períodos, no podían en realidad considerarse como incapacitados; es una manera de ofrecer a personas con habilidades limitadas o a personas que teniendo expectativas de buenos puestos aceptaron otros de menos categoría . . .”

Al contestar asuntos referentes a la situación impositiva de Costa Rica, plantea por el Lic. Jorge Brenes el Dr. Abel-Smith contestó de esta manera:

“Muchas gracias don Jorge. Comprendo bien el problema que enfrentan y abrigo la esperanza de que el potencial para aumentar los impuestos directos se va incrementando conforme se moderniza la nación siempre y cuando el impuesto directo para el Seguro Social, el cual puede gradualmente ser cobrado dentro del impuesto sobre la renta no tome otros rumbos. Creo que esto es parte del dilema. En cuanto a lo otro, muchas naciones europeas han encontrado medios ingeniosos para financiar las pensiones dentro del sector agrícola: en Grecia, por ejemplo, existe un impuesto abierto sobre las ventas urbanas para financiar las pensiones del sector agrícola. Hay realmente muchas maneras ingeniosas de lograr esto. Y la que más me ha interesado (a decir verdad me ha fascinado) la descubrí hace apenas una semana y la cual creo se aplica por primera vez en la historia del mundo, es la de Zimbawe, una nación muy, muy pobre que ha establecido un impuesto sobre las planillas como medida previa al establecimiento del Seguro Social y ello por esa sencilla razón, la de que no pueden cobrar un impuesto sobre la renta, administrativamente, a más de cien mil personas de un total de siete millones de habitantes. Entonces lo que han hecho es sencillamente gravar las planillas con el 2% y esto lo hacen como una mejor alternativa que la de gravar más productos, fuera del caso obvio de los productos de lujo sobre los cuales todo el mundo debe pagar impuestos, porque se dieron cuenta de que un mayor número de impuestos indirectos iba a afectar a una gran mayoría de campesinos de bajos ingresos en tanto que cualquiera que contara con un salario permanente (o regular), por bajo que fuera, dentro del sector moderno, estaría en mejor posición que aquellos que luchaban por ganarse la vida trabajando la tierra, tarea que los blancos dejaron en manos de los negros y la cual comprendía un tercio de la tierra arable.

Y, para culminar los derechos de la gente negra a la tierra fueron protegidos contra la expropiación al proclamarse la nueva Constitución, en 1980. Ello fue parte del acuerdo a que se llegó. Pienso que todos estarán de acuerdo en que esta fue una manera bastante ingeniosa de obtener ingresos para la seguridad social”.

El Lic. Jorge Brenes Cedeño explica al Sr. Abel-Smith el funcionamiento del Regimen No Contributivo de Pensiones y plantea la problemática de la proletarización del sector agrícola y la necesidad de proteger a ese sector en alguna forma:

El Dr. Abel-Smith contesta:

“Bien, yo estaba enterado acerca de esto. Como usted bien lo dice el asunto está en cual será la disponibilidad financiera para el desarrollo del programa ya que, como usted lo afirma, debe ser desarrollado. Inevitablemente tuve que pensar en esto cuando fui a Golfito y vi lo que está ocurriendo allá: ¿qué va a pasar con toda esta gente de la Compañía Bananera? Ellos deben estar mucho más preocupados que nosotros”.

Se expone ante el Dr. Abel-Smith el problema representando por la diversidad de regímenes de pensiones existentes en el país, con la agravante de que algunas de ellas son más atractivas que las que ofrece la Caja, lo cual da lugar a presiones del sector burocrático para ser trasladado a tales regímenes y se le pregunta acerca de la posibilidad de establecer regímenes complementarios.

La siguiente es la respuesta del Dr. Abel-Smith:

Bueno, si hablamos de un aspecto de este asunto cuando conversamos con el grupo específico de pensiones hace unos dos o tres días y, por supuesto que concuerda con su criterio en cuanto a que esta sería la dirección en que deseáramos que se orientara el asunto, moviéndonos hacia una Ley única de pensiones basada en un principio de solidaridad. Pero me doy cuenta de que en la situación actual, ustedes como Fondo, como Caja, pueden estar imposibilitados para ser demasiado acuciosos, financieramente hablando, ni para pretender la incorporación a su sistema de la totalidad de los trabajadores porque ustedes no pueden tener la más leve esperanza de que el Estado cumpla con su obligación . . .”

El Lic. Brenes Cedeño hace referencia al problema del Desempleo y subempleo en Costa Rica y a los problemas de la rehabilitación y readaptación del inválido haciendo hincapié en lo costoso que esto resulta y cita la experiencia de otros países en el sentido de otorgar pensiones de invalidez por plazos relativamente cortos con revaluaciones periódicas que permitan constatar la verdadera continuidad de la invalidez. El Lic. Brenes insiste en la necesidad de revisar nuestro sistema de pensiones por invalidez.

Dr. Abel-Smith:

“Por supuesto el costo va a ser muy alto y puede, en estos momentos no ser contempable, en términos de obtener alguna fuente de financiamiento puede llevar a tal destrucción del principio bismarckiano de beneficio por contribución al utilizar una cantidad excesiva de dineros de otras gentes, lo cual minaría la confianza en sus beneficiarios.

Así, en las “welfare societies”, cuando logramos una situación casi de pleno empleo, el grupo que mencionara el Dr. Miranda, de diez expertos internacionales, recomendó, muy claramente que se sigan los siguientes principios:

Primero, que debe existir una pensión mínima, no importando cual sea la contribución para ella, para la totalidad de la población y en segundo lugar que los inválidos, los incapacitados a largo plazo, deben todos recibir igual trato con base en el grado de sus incapacidades y no con base en si estaban o no asegurados o en si su incapacidad se origina en el servicio en las fuerzas armadas —que ustedes no tienen— en un riesgo profesional, en un accidente de tránsito, un accidente hogareño o un padecimiento congénito. Estos dijimos, son los principios fundamentales de la equidad en una nación desarrollada, que eran los de las naciones utilizadas como base de referencia. Nuestra tarea era la de revisar las metas de la seguridad social, en cierto modo abriendo nuevas vías en comparación con las metas fijadas por las políticas previas de la OIT. Pero esto fue cuidadosamente calificado en cuanto a que se refería a una situación económica mejorada y referido a las naciones desarrolladas.

Históricamente, por supuesto, a veces debido a razones de índole constitucional, las pensiones universales, financiadas mediante impuesto, preceden al Seguro Social, por ejemplo, en Canadá. Y esto era por mandato constitucional.

Nunca quedó bien en claro a quien correspondía el derecho del cobro de las contribuciones, si al Gobierno Central o a los Gobiernos Provinciales. Y, los Estados Unidos, por supuesto, también tuvieron, durante las fases iniciales del Seguro Social, problemas constitucionales en cuanto a su aplicación. De manera que el principio que ahora apoyamos, con estas reservas, fue introducido en algunas naciones, no por razones del principio sino más bien como el único medio constitucional de garantizar una pensión para los ancianos en un momento determinado. Ahora estamos diciendo que se trata de un principio general, pero pueden pasar muchos años antes de que ustedes puedan acumular lo suficiente para un sistema de pensión mínima que pueda cubrir lo que ustedes puedan llegar a considerar como pensión "suficiente" para la abolición de la pobreza entre sus ancianos e inválidos. Pero en eso constituía nuestra meta: la de que el Seguro Social no es solo para mantener el ingreso sino también para en última instancia, para evitar la pobreza, según la definición que se da a ésta dentro de una sociedad determinada. En nuestro comité había un miembro que no podía aceptar este principio —da la casualidad que se trataba del Presidente, el Sr. Le Roc (?) una de las grandes figuras de la seguridad social que hoy tiene 75 años de edad, pero un gran defensor, en este aspecto de la credibilidad de Bismarck.

El Lic. Jorge Brenes hace referencia a la relación existente entre lo que haya de ser un sistema de pensiones de un país desarrollado y uno en vías de desarrollo y a la necesidad de que Costa Rica comience a pensar en términos de país que va desarrollándose, para adaptar sus sistemas a ese desarrollo que va logrando.

Ante preguntas relativas a la formulación y establecimiento del preupuesto el Dr. Abel—Smith contestó:

Bien, lo primero que tenemos que ver es que nuestro sistema es completamente diferente al de ustedes. En Inglaterra jamás hemos permitido la existencia de una entidad para —estatal a cargo de los Seguros Sociales. Todas las funciones de la Seguridad Social están a cargo de los Ministros, dentro de un concepto de gobierno por Gabinete y no conforme a un sistema de gobierno presidencial, de ahí que sea realmente el Ministro de Finanzas, con base en el apoyo del resto del Gabinete, quien establezca el presupuesto para Salud, para beneficios en dinero, para Educación, para las Fuerzas Armadas, para la Ayuda Exterior y virtualmente para todo lo que hace el Gobierno; el Ministro de Finanzas lo propone y el Gabinete lo discute y aprueba. Y la influencia del Ministro de Finanzas será muy fuerte así como lo podrán ser los puntos de vista del Ministro de Seguridad Social, en lo que se refiere a si se aumentan o disminuyen las contribuciones y en cuanto a los fondos que se le asignen. El Gabinete será el que decida si se quiere un presupuesto balanceado o si se desea obtener un superávit. Estas son, en última instancia, decisiones del Gabinete dentro de las cuales, de acuerdo con la manera en que trabaja nuestro Gabinete, sería muy poco probable que el Ministro de Finanzas sometiera a consideración algún proyecto a menos que contara, de previo, con un 99.9 % de aprobación por parte del Primer Ministro.

Y semejante alianza contra cualquier pequeño Ministro de Seguridad Social, que puede ser un Ministro menor (Junior Minister) dentro del Gabinete no le da a este último gran oportunidad de hacer valer sus puntos de vista. En un sistema diferente; puede ser defendido en términos de la responsabilidad del Gabinete en cuanto a la importancia relativa de los diversos gastos, y, si se equivocan, tendrán eso en su contra en la siguiente elección y hablo de equivocación desde el punto de vista de la opinión pública. Y este es un "juego" permanente, el de que los gobiernos traten de darse cuenta acerca de si están tomando medidas demasiadas impopulares y de hasta donde pueden llegar dentro de tales políticas así como de si el incurrir en gastos mayores puede ser el medio que les permita conquistar un mayor número de votos.

Ahora, la respuesta a la segunda parte de su pregunta, que puede tener cierta importancia ya que su Constitución es diferente a la nuestra, es la referente a la manera en que distribuimos el dinero en Salud entra las regiones y, dentro de ellas, entre los distritos.

Acostumbrábamos a distribuir el dinero como lo hace ustedes, basándonos fundamentalmente en la actividad; si había muchos hospitales en una región y recibían muchos pacientes se les daba el dinero para que continuara haciéndolo. Si sucedía que otra región no tenía tantos hospitales y por lo mismo internaba menos pacientes esa región recibía mucho menos dinero per cápita porque sabemos que, dentro de ciertos límites, entre más hospitales construyamos y dotemos de personal, mayor va a ser el número de pacientes hospitalarios y ello por cuanto los médicos hospitalarios consideran poco prestigio al gobernar un imperio de camas vacías.

Bien, decidimos cambiar de rumbo por diversas razones. Una de ellas era la de que estábamos financiando nuestros hospitales de manera separada, con un presupuesto especial, en tanto que financiábamos nuestros servicios de atención primaria de la salud con otro, y vinimos a caer en la cuenta de que lo que gastábamos en servicios comunitarios era un factor determinante en cuanto al número de camas hospitalarias que realmente necesitábamos. Así es que unificamos el presupuesto y pudimos entonces pensar en una manera más audaz de distribuir el dinero.

Ahora bien, ustedes pueden pensar que resolvimos el problema con solo decir que, a largo plazo, distribuiríamos el dinero de las regiones por cabeza de la población, pero fuimos aún más sútiles: primero nos basamos en la estructura etaria, luego calculamos el movimiento inter-regional de pacientes, especialmente lo referente a las superespecialidades y entonces permitimos que los hospitales docentes recibieran algo más de dinero dado el costo indirecto que recaía sobre ellos al constituirse en escuelas de medicina. Así por ejemplo puede prolongarse la estancia de una paciente por razones tipo docente o de investigación. No les dimos el costo promedio extra por diagnóstico; les dimos menos. Y, por último, dimos el paso más audaz, dijimos que el dinero debería distribuirse con base en la incidencia de la enfermedad en las diferentes regiones. Los epidemiólogos estudiaron esto y llegaron, por supuesto, a la conclusión de que las estadísticas de incapacidad no valían el papel en que estaban impresas. Resultaba demasiado el hacer encuestas anuales acerca de la parte proporcional de la población que había padecido de actividad restringida por razón de enfermedad y esto los llevó a darnos la respuesta que para la mayoría de las condiciones (no para el caso de las enfermedades psiquiátricas) hay una relación morbilidad-mortalidad ..."

Los dineros se distribuyeron entonces con base en el factor demográfico, el ingreso extraordinario por docencia hospitalaria, el ajuste por el flujo interregional y, finalmente el ajuste con base en las tasas de mortalidad. Esto, por supuesto, causó una revolución porque las regiones adineradas de la nación, con bajas tasas de mortalidad tenían una cantidad desproporcionada de hospitales docentes, como era el caso de Londres, y estaban perdiendo dinero porque tenían bajas tasas de mortalidad, porque no estaban compensando el costo de los hospitales docentes y también porque la población estaba declinando en el centro de la ciudad. Las gananciosas fueron las regiones pobres del país las cuales, por serlo, no habían podido, antes de 1948, construir sus hospitales por haber estado sujetos a la beneficencia y a los ingresos de los gobiernos locales. De manera que para evitar que ésta fuera una revolución total, y siendo británicos y no latinoamericanos, decidimos movernos paso a paso, hacia la meta ideal dentro de un plazo de diez años. Esto lo hemos modificado ligeramente porque la Sra. Thatcher está permitiendo muy poco crecimiento a los servicios de salud y entonces decidimos que en ningún caso se le asignará a una región dada un presupuesto inferior al que hubiera tenido el año precedente. Al ajustarnos a este criterio el plazo para llegar a la meta ideal deberá, posiblemente, extenderse a quince años en lugar de los diez que nos habíamos fijado anteriormente. Pero esta fórmula, establecida en 1976, bajo otro gobierno, ha sido mante-

nida por el Gobierno de la Sra. Thatcher, lo cual me sorprende. Así pues, si en alguna ocasión se enteran perfectamente informados acerca de que se trata del Sur Este inglés, una cuarta parte de la nación que contiene a lo más poderoso del socialismo, a los que hacen el mejor uso de los medios, con una larga práctica en lo que nosotros llamamos la "espera de la mortaja" en tanto que las restantes tres cuartas partes de la nación están absolutamente tranquilas. (Los del Sur Este se ponen cada día más gordos).

Ahora bien este enfoque que he venido explicando se ha traducido en un impacto bastante apreciable en el mundo de la atención de la salud, Nueva Zelanda ha adoptado un sistema similar, modificado por cuanto algunas de sus regiones son muy pequeñas en términos de población, y también ha sido adoptado, sujeto a unas cuantas modificaciones, por los italianos, ellos (los italianos) buscaban una fórmula para la distribución regional del presupuesto y estudiaron la muestra y la modificaron de acuerdo a sus necesidades.

Esta experiencia nos muestra que la actividad (médica) está cayendo en desuso, como criterio y que las regiones de salud están moviéndose hacia la búsqueda de un factor que no esté sujeto a la influencia de la región misma (per se). Eso es lo lógico y evita horas de debates ya que anteriormente se seguía el proceso de que nuestro departamento financiero tuviera que visitar, prácticamente, cada hospital sometiendo a examen sus actividades y estadísticas, discutiendo las consecuencias en cuanto a ingresos de cualquier desarrollo de capital, cualquier disposición que pudiera significar un ahorro potencial, etc. en un tiempo en el cual no contábamos con información verdaderamente confiable en cuanto al conjunto de casos por diagnóstico. Lo recuerdo bien porque me correspondía, un día al año, la presentación de uno de nuestros mayores hospitales docentes, como Presidente de su Comité Financiero, en las reuniones con el Ministerio de Salud, con sus gentes de las finanzas, y puedo decir, con bastante orgullo, que tuve gran éxito en engañarlos cuantas veces me vino en gana. Nos salíamos con la nuestra hasta el punto de asesinato, y obteníamos el dinero que nos venía en gana. ¿Por qué? Porque éramos un hospital muy rico, de gran prestigio y que reclutaba a los mejores administradores hospitalarios para que preparen los documentos mientras que los demás hospitales pequeños no contaban con la habilidad necesaria para presentar sus necesidades y no pensaban en ello sino cuando llegaba el Ministro mientras nosotros habíamos preparado nuestro caso con tres meses de anticipación, ocultando cuidadosamente todo aquello de lo cual no queríamos que el Ministerio se enterara.

Y tengo la convicción de que este es un peligro que siempre existe, en cualquier sistema que esté en funcionamiento, no importa cuán bueno sea, uno no puede siempre evaluar, desde el centro, los puntos débiles del argumento que sí son conocidos por la gente de la localidad y los cuales, naturalmente, van a ocultar".

"El Sr. Gerente de la División Administrativa, Lic. Hernández Castañeda después de manifestar cuán interesante considera la exposición hecha por el Dr. Abel-Smith le solicita referirse a la experiencia que haya tenido en cuanto a estimación de gastos, especialmente en aquellos casos en que los costos fijos superan a la estimación presupuestaria hecha para ellos. Pregunta concretamente como han enfrentado la situación deficitaria cuando ésta se ha hecho presente.

El Dr. Abel-Smith responde:

"Creo que el principio de no asignarle a nadie una suma menor a la del presupuesto del años anterior fue practicado de manera teórica. La forma en que lo hace el Gobierno, en la práctica, es estimada la inflación en un tres por ciento, que es el monto con que esperan salir adelante en las ne-

negociaciones con los trabajadores del Sector Público. Nunca logran salirse con la suya; generalmente tienen que aceptar un 4% ó 5%.

Ahora bien, antes de la Sra. Thatcher, si durante la negociación se llegaba a una cifra más alta, ésta beneficiada a la totalidad del Servicio de Salud para así alcanzar su meta real de ingreso de manera que pudieran adquirir la misma cantidad de materiales y pagar al personal. La Sra. Thatcher lo puso fin a esto de manera que si sus costos exceden el 3% ustedes tienen que absorberlo. Y esto es lo que se hace (ya veremos luego lo que sucede si esta absorción resulta imposible). Y lo sorprendente es que la mayor parte de los distritos y las regiones se han mantenido dentro de un 1% de su ingreso en efectivo en lo que a sus gastos se refiere. Muy aproximado a la estimación. Y, si se tiene un ligero exceso, lo cual ocurre muy raramente, tal exceso se carga al presupuesto del año siguiente. Si el exceso es muy grande, lo cual ocurrió una vez, cuando hubo una conspiración entre los miembros de la Autoridad en Salud —quienes pertenecían a un grupo político muy adverso al de la Sra. Thatcher, —y se aliaron con los médicos de la localidad, que también formaban parte de la Junta, y quienes sencillamente gastaron en un año lo que les vino en gana, varios millones más de lo presupuestado. ¿Qué ocurrió?. La totalidad de la Autoridad Hospitalaria fue “barriada”. el Ministro nombró a tres personas para que administraran el hospital sin participación democrática alguna. Estas tres personas bajaron el presupuesto a su nivel normal en un plazo de nueve meses y, luego de esto, se nombró, democráticamente ahora, una nueva Autoridad Hospitalaria en el entendido de que las gentes de la localidad en cuestión habían aprendido su lección. Y funcionó. Nadie se volvió a atrever a desafiar a las autoridades superiores y los miembros de la nueva Autoridad, algunos de los cuales habían incurrido en falta, se dieron cuenta de que era preferible asumir la responsabilidad de las decisiones difíciles a tener a tres extraños imponiéndoles medidas arbitrarias.

Quedan por mencionar dos características más: las gentes que fueron despedidas eran los miembros de la Junta, quienes no devengan salario, excepto el Presidente que percibe un salario de medio tiempo por un trabajo de medio tiempo. Ningún miembro de la Administración asalariada del hospital fue destituido. Su trabajo es el de cumplir con las órdenes de la Autoridad estén o no de acuerdo con ellas y si van a ejecutar un “superpresupuesto” están sencillamente cumpliendo con lo que se les ordena.

La segunda característica a mencionar es la de que la credibilidad democrática de lo que yo llamo nuestro Comité Participativo Local no tiene tanta fuerza porque consistía, en ese tiempo, de un tercio nombrado por las autoridades locales electas, y eso le daba alguna credibilidad democrática, pero otro tercio era nombrado en representación de los profesionales y algunos de los asociados de la institución en particular y el último tercio era de nombramiento ministerial y generalmente escogido entre personajes distinguidos de la localidad quienes representaban al interés público independiente.

Ahora sucede que yo estoy enterado de que ese tercio se opuso, como era su deber por ser nombrados por el Ministro, a la decisión que impusieron a la Junta los sectores profesionales y de las autoridades muy de izquierda. Es así como el destruir esta organización era destruir algo en cuya mayoría nadie podía afirmar que ella fuera representativa de una auténtica credibilidad democrática. Y es por ello que se constituye por tercios. No se puede dar una mayoría al gobierno local porque todo el dinero proviene del Gobierno Central y es el Parlamento el que responde ante el pueblo por el uso que se da a ese dinero, no el gobierno local.

Y por tanto la decisión era muy defendible desde el punto de vista constitucional”. El señor Gerente de la División Financiera pregunta acerca del financiamiento del Seguro de Enfermedad y

Maternidad. Explica en forma breve la crisis por la que ha pasado la Caja y como es que ha logrado llegar a una posición no solo de equilibrio sino incluso de ligero crecimiento en sus finanzas que le permitirá, en el futuro cercano iniciar algunas nuevas obras y actividades. Explica asimismo el problema de la morosidad creciente del Estado. Se refiere también el Lic. Hernández Castañeda al futuro impositivo del país y solicita al Dr. Abel—Smith alguna recomendación acerca de las fuentes de financiamiento de la institución durante los próximos años.

El Dr. Abel-Smith responde:

“Bien, el primer comentario que debo hacer es el de que Programa de Salud para Todos en el año 2000 de la OMS ha sido endosado por su Ministerio de Salud así como por ciento sesenta y un Ministerio de Salud, que cada país producirá un Plan Maestro de Financiamiento que cubra hasta el año 2000 y mi trabajo específico dentro de la Organización, en estos momentos, es el de la promoción de tales Planes Financieros Maestros justamente debido a las razones implícitas en su pregunta. Es así como las naciones tendrán que mirar hacia el futuro a fin de determinar la forma en que puedan lograr el incremento de la atención primaria de la salud que es lo que constituye la esencia misma del programa de la “Salud para Todos”; el que todo el mundo tenga acceso a los elementos esenciales de la atención primaria de la salud. Hemos preparado un libro acerca de cuales son las alternativas, las cuales estamos implementando en varias naciones. Pero en términos generales y si fuera del caso me agradecería ver las proyecciones ya que sospecho que si ustedes presuponen un crecimiento económico una vez pasada la recesión —y es esta una suposición audaz— el crecimiento económico traerá implícitamente, el empleo de una proporción creciente de la población económicamente activa y, partiendo de la base de la tasa de crecimiento que ustedes pueden ya tener dentro de un Plan Nacional ustedes pueden estimar las implicaciones que ese crecimiento pueden tener en los ingresos del Seguro Social en precios constantes, tanto por el crecimiento de los salarios como por el aumento en el número de los beneficiarios. Pueden también suponer que los impuestos siguen manteniendo la misma proporcionalidad en relación con el PNB y estimar cuánto dinero pueden tomar de esa fuente. Y luego pueden comparar esto con el costo de la atención primaria de la salud en sus elementos esenciales que incluyen el agua y la sanidad, los cuales en este país están bajo la responsabilidad de otras entidades. Ahora bien si esto no se equilibra los ingresos y el Plan, las opciones son: una, el pensar en la posibilidad de cobrar algo a alguien.

Es característica de las naciones pobres la de ofrecer servicios gratuitos; las naciones ricas no se pueden dar ese lujo. No hay una sola nación de la Europa Occidental que ofrezca servicios enteramente gratuitos de salud, se paga por medicinas, se paga por la odontología, se paga por los anteojos . . . pero ésta, lo sé bien, es una decisión de tipo político.

Una segunda opción es, por supuesto, es la de estudiar la posibilidad de encontrar dineros para dar algo a quienes nada tienen disminuyendo en algo la generosidad de los servicios que benefician en realidad a unos pocos en las áreas más ricas del país.

Veamos: ¿Qué sucedería si ustedes disminuyeran el presupuesto del Hospital México en un 5 % ? ¿Cuánto daño a la salud de quienes significará esto? ¿Podría lograrse mediante una mayor eficiencia en comparación con el gasto de ese 5 % del presupuesto del México en las áreas rurales más remotas?.

Ahora bien, por supuesto que los Planes Financieros Maestros de la OMS no recomiendan ninguna respuesta sino que pretenden ser un proceso mediante el cual las naciones mismas se enfrenten a las cuestiones difíciles antes de que pierdan las opciones —lo cual está ya ocurriendo en algunas de

ellas— al construir palacios hospitalarios que luego encuentran que no pueden mantener o que no tienen el valor político necesario para no abrirlos siquiera.

De manera que lo que tiende a suceder es que se reduzca el presupuesto de combustible para la atención de las áreas rurales, que los inspectores de salud se limiten a inspeccionar el Centro de Salud mismo, se hacen recortes en la partida de medicamentos y se culpa a los médicos por excederse en su utilización y esto lo he observado en todos los lugares que he visitado— y, por supuesto lo peor que puede hacerse, y por favor que no pase de aquí, es lo que ha hecho Sri Lanka; aceptar una donación de parte del Japón, de dos hospitales, íntegramente construido por los japoneses, con un total combinado de 1600 camas. Habiendo aceptado esta donación durante una reunión entre los dos presidentes, en Tokio, cuando el Presidente de Sri Lanka no tenía la menor idea del regalo que le iban a hacer y por lo mismo no contaba con ninguna información provista por su Ministerio de Salud, comprometía el 20 % de su presupuesto de salud presumiblemente para siempre, a menos que quisiera crear una situación muy difícil en sus relaciones con el Japón.

Agrego por supuesto —no puede resistirme a ello — que el mayor de los dos hospitales, con una lujosa unidad coronaria, está ubicado exactamente a una milla del edificio del Parlamento. Ahora bien cito esto como ejemplo de la necesidad de un Plan Financiero Maestro. En realidad Sri Lanka lo presentó y fue objeto de una muy calurosa recepción en la OMS. No fue publicado jamás pero si fue discutido en seis sesiones consecutivas del Gabinete de Sri Lanka y el resultado de todo esto fue que el presupuesto de salud fue objeto de un muy considerable aumento. Ahora bien, el punto al cual quiero llegar es el de que, desde mi punto de vista personal, toda nación necesita de una amplia visión general de sus ingresos y gastos de manera que ellos se ajusten a las metas fijadas y para determinar si esto ha de hacerse dentro de los siguientes cinco, diez o quince años. Y si no lo pueden hacer en quince años entonces es mejor que lo repiensen, porque los objetivos son retórica y no realidad.

Siento mucho no haber podido resistirme a dar una respuesta larga, pero se lo debo a quienes pagaron mi venida ya que abrigaron la esperanza de que pudiera persuadir a algunos de ustedes de que esto es lo que debe hacerse, pero me encuentro con que la integración entre la manera de pensar de la Seguridad Social y el Ministerio de Salud no ha avanzado quizá aun lo suficiente, en este punto del tiempo, como para contemplar el trabajo conjunto en este tripo de ejercicio (el del Plan Financiero Maestro) que es el único medio que les permitirá lograr la Salud para Todos en el año 2000.

El doctor Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la CCSS, tras hacer el elogio del Dr. Abel-Smith insiste en la necesidad de que quede en la mente de todos la necesidad imperiosa que hay de planificar los gastos en Salud mediante la creación de un instrumento como el Plan Financiero Maestro con la ayuda ya ofrecida por las organizaciones internacionales en cuanto a esto se refiere.

Se refiere el Sr. Presidente Ejecutivo a la necesidad de establecer un nuevo modelo que vaya acorde con las nuevas necesidades que plantean los tiempos que vivimos y que en realidad favorezca a las grandes mayorías y no a un pequeño grupo de la población. Este cambio debe salir del campo financiero dice el Dr. Miranda.

REUNION DEL DR. BRIAN ABEL SMITH (OMS/OPS) CON REPRESENTANTES DEL SECTOR SALUD DE COSTA RICA

Comentarios del Dr. Abel Smith a las exposiciones hechas por el Grupo del Sector Salud.

Gracias por tan útil exposición.

Por supuesto, se me dijo en muchas reuniones en Ginebra que Costa Rica había fijado el patrón para Alma Ata; que la lección fundamental, la cual llegó hasta los más altos niveles de la Organización Mundial de la Salud, de la experiencia costarricense y la de un par de países más, era este hecho de que los elementos claves de la atención primaria de la salud podrían tener, en otras poblaciones, el mismo impacto que han tenido sobre su propia población.

El primer punto que deseo subrayar es el de que estoy muy agradecido al tener esta oportunidad de venir a escuchar "de primera mano" como es que ha logrado esto en vez de limitarme, sencillamente a su lectura como lo hiciera, por ejemplo, en el caso del excelente borrador acerca de la colaboración intersectorial en Costa Rica, el cual leía antes de venir al país.

Ese es el primer punto. El segundo es realmente más fundamental y me ha fascinado desde el momento mismo en que principié a leer acerca de Costa Rica y me está fascinando más aún esta tarde; ese punto es el de que ustedes están re-escribiendo todos los textos que en el mundo se han escrito acerca de la Salud Pública y ello simplemente porque un buen número de teóricos influyentes (por lo menos en mi país) ha venido haciendo afirmaciones que podrían interpretarse en el sentido de que lo que ha ocurrido en Costa Rica no podía ocurrir y ello, sencillamente, por cuanto, como ustedes saben, el camino según, las Naciones Unidas, por el cual se logró la reducción de las tasas de mortalidad y de mejoría de las expectativas de vida en las naciones desarrolladas fue el de un proceso que duró entre 70 y 80 años y ustedes han logrado eso mismo en trece años. Muchas de las explicaciones tradicionales implican, por supuesto, que las variables verdaderamente cruciales (dejando de lado agua y sanidad), el crecimiento económico y, muy especialmente, el mejoramiento en cuanto a la nutrición de la totalidad de la población, las que han hecho esto posible. Lo anterior es, desde luego, una referencia popular a los trabajos de Thomas McClune quien ha sostenido una tesis basada en información acerca de poblaciones que no disponían de ninguna tecnología en salud, excepto la de la vacunación, en la cual se piensa en la historia antes de 1940, cuando no había cura para las principales enfermedades prevenibles, ni había tampoco los instrumentos preventivos para atacarlas, lo cual ha dado lugar a que el énfasis residiera, en el pensamiento europeo, en que la nutrición es el factor crítico "per se".

Lo que yo creo es que ustedes le están demostrando, históricamente, al mundo que si bien han mejorado su nutrición de manera notable están hablando, aún en 1982, de una desnutrición de un 17% y que los teóricos podrían afirmar que ustedes podrían haber logrado una mortalidad infantil que, en algunos años, pudo haber sido mejor que la de Alemania o Francia pese a un 17% restante de la desnutrición y teniendo algunas tasas de inmunización considerablemente menores al 90%.

Esta, en mi opinión, es la característica más notable de los resultados que han obtenido lo cual, naturalmente, me lleva a pensar en que inciden en ellos otros factores ya que los franceses, los alemanes y los negros norteamericanos muestran tasas de mortalidad infantil más altas, pese a que disponen, cuando menos, de agua potable en todos los hogares y de que la desnutrición, en los términos en que ustedes la describen, existe entre ellos en una escala mucho menor que la de ustedes.

Habrán quienes aleguen que esto está ligado a la conducta de las gentes de buenos recursos de la sociedad que los norteamericanos han dado en llamar "afluente" y otros dirán que buena parte de ello pueda deberse a una excesiva intervención médica, especialmente en lo que se refiere a la tasa de nacimientos punto en que se insiste mucho por parte de las escritoras feministas que están re-escribiendo la historia de la atención pre-natal y de la obstetricia agresiva.

Yo pienso que todo esto hará que un número cada vez mayor de naciones vaya a querer conocer, a fondo, algunas de las correlaciones que aquí se han establecido aún cuando, por supuesto, la correlación no constituya plena prueba.

Pese a lo anterior, entre más observaciones se hacen dentro de un número creciente de sociedades, más confianza se adquiere en cuanto a que pueda, de alguna manera, haber una relación de causa-efecto comprobada y, por supuesto, los estudios llevados a cabo en Sri Lanka (con resultados menos impresionantes que los suyos) ubican el énfasis, al igual que ustedes, en la educación, especialmente en la educación de la madre.

Ahora bien, es el aspecto teórico, el cual pienso yo, deberá ser sometido a un cuidadoso escrutinio por estas gentes.

Nunca olvido el haber asistido — una reunión en Japón durante la cual un brillante estadígrafo de la economía me mostró una correlación de un 99 % entre los gastos en servicios de atención de la salud —que en Japón son eminentemente curativos— y la mejoría en las tasas de mortalidad. Esto jamás había sido demostrado antes y yo, desde luego, no lo acepté de ninguna manera lo que significó que mucha gente, en Japón aún a estas alturas, crea que yo estoy loco.

Pero volvamos a lo nuestro y comentemos ahora lo que ustedes me han mostrado y lo que su literatura al respecto me ha enseñado y que son cosas que superan a todo lo que yo pueda ofrecerles.

Me ha fascinado su intento de incluir los factores de riesgo. No tuvimos tiempo, en una exposición tan breve, de señalar cuales de estos factores son los que están utilizando. Mi inclinación (haciendo a un lado otras cosas) sería la de incluir el factor socioeconómico, así como el de la nutrición (cuando hablo del factor socioeconómico me refiero al tamaño de la familia, al número de personas dentro de ella, que trabajan y al nivel de vida que los que trabajan producen para esa familia). Ustedes pueden llegar a probar que esto tiene una importancia menor de la que los europeos comienzan a darle ante los resultados alarmantes que han sido publicados en mi país en la comparación entre las mortalidades entre grupos socioeconómicos, contenida en el Informe Black, el cual por ejemplo, encuentra una tasa de mortalidad cuatro veces mayor en los niveles económicos más bajos (trabajadores manuales), al compararlos con los grupos profesionales y gerenciales de una sociedad dentro de la cual hay evidentemente menos desigualdad que en la costarricense. (Esto es parte de la naturaleza de las naciones en vías de desarrollo y del proceso mismo del desarrollo: hay en ellas mucho más desigualdad que en las naciones desarrolladas).

Es por esto que me interesaría saber si dentro de su mortalidad infantil del 18% con una diferencia notablemente pequeña entre la urbana y la rural, diferencia que es muy pequeña a primera vista, pero dentro de la cual yo quisiera saber si ustedes han tomado en cuenta la información acerca de las diferencias socioeconómicas de cada uno de los grupos y entre las áreas urbanas y las rurales a fin de establecer alguna indicación acerca de los factores que pueden ser implementados.

El problema con la información socioeconómica es el de que resulta mucho más difícil de recoger y utilizar que las informaciones simples como, por ejemplo, de cuantos niños consta la familia; es

por eso que tiende a ser olvidada. Puede, sin embargo, tal vez ser recogida mediante el juicio objetivo de los trabajadores del sector salud. Desde luego que me ha encantado enterarme de que cuentan ustedes con algún tipo de programas de adiestramiento.

Pienso, a menudo, si el éxito de este programa no se deberá al hecho de que sus realizaciones no fueron el resultado del adiestramiento tradicional en materia de salud. No fueron, por ejemplo, sometidos al modelo que tendemos a utilizar nosotros en cuanto a que para ser visitador de salud o enfermera comunitaria debe, de previo, el trabajador ser enfermero o enfermera graduada, todo ello para que luego estas pobres muchachas tengan que desperdiciar un año olvidando o, más bien, “desprendiendo” los enfoques referentes a como acercarse a los pacientes y aprendiendo unas relaciones humanas que son totalmente distintas a las que les enseñaron.

Porque, en mi país, existe una tradición autoritaria en la relación hospitalaria la cual no promueve la participación de la comunidad y esto nos lleva al área que todos estamos explorando y en la cual tratamos de descubrir que es lo que pretendemos decir cuando utilizamos esta linda frase de la “participación de la comunidad”, lo cual, a su vez, nos lleva a estudiar las experiencias existentes en un número de diversas naciones, algunas de las cuales han tratado de enfocarlo mediante la estructuración de comités formales, de comisiones formales, que pueden tener su lugar dentro de este enfoque, en tanto que otras lo han tratado desde un punto de vista más cercano al del desarrollo de la comunidad según el cual la gente, generalmente las madres por muy buenas y lógicas razones, es impulsada a definir los problemas de salud de su comunidad y a hacer lo que pueda para resolverlos con el trabajador de la salud a su lado, como persona que puede ofrecerles recursos, todo ello a diferencia del anticuado modelo de educación didáctica para la salud.

Uno queda muy impresionado —y espero que ustedes estén haciendo esto por la manera en que cambian los hábitos alimentarios y de cocina, así como se aceptan de manera real los nuevos alimentos, gracias a las demostraciones que de tales cambios y alimentos se intercambian entre las madres de una misma localidad. Esto promueve el cambio alimentario mucho mejor de lo que pueda hacerlo cualquier graduado o posgraduado en nutrición y claro está, que si uno comienza a verlo desde este punto de vista resulta ser cosa muy antigua, lo cual nos lleva a pensar si no será posible extenderlo de manera más amplia.

El patrón de morbilidad que ustedes muestran en la actualidad es muy similar al que tenemos en Europa y nosotros, por supuesto, hemos estado comprometidos (bajo circunstancias muy diferentes a las de este país) en el proceso de producir una estrategia de salud para Europa, como parte de la “Salud para todos en el Año 2000”, así como en el de la fijación de metas en salud, todo lo cual nos ha llevado a re-pensar nuestro orden de prioridades de manera verdaderamente fundamental.

El curso del desarrollo de esta línea de pensamiento no ha sido fácil debido a que, lógicamente, algunas de las nuevas ideas, representadas por lo que proponen las gentes de la promoción de la salud (hemos abolido el concepto de la “educación para la salud”) no resultan agradables para todas las naciones.

El centro de interés, por supuesto, está en el hecho de que, en todos los países europeos, dos terceras partes, o más, de las enfermedades, son resueltas por la familia misma, sin la menor intervención de ningún trabajador de la salud y, por ende, la auto-atención y la atención a la familia están generalmente a cargo de las mujeres en las sociedades sexistas, lo cual se convierte entonces en la variable crítica.

Así pues, para comprender lo que son las prácticas, las creencias en el aspecto de la salud, así como las expectativas en cuanto al sistema de atención a las mismas, esta variable se torna crítica, como

lo es también para comenzar a escribir sobre la atención primaria de la salud, porque vamos a referirnos ahora no a los servidores mismos, sino a la atención de la salud por los "legos" como el tipo más generalizado de atención primaria de la salud vamos también a hacer referencia a la manera en que podamos ejercer influencia sobre este factor para entonces escribir en realidad acerca de los grupos de atención de la salud que se han desarrollado, de manera cada vez más formal, en nuestro orden europeo de prioridades sean ellos grupos de drogadictos, alcohólicos o pacientes colostomizados. Estos grupos de auto-atención brindan a menudo más apoyo y facilitan más los cambios de conducta que lo que pueden hacer los trabajadores de la salud.

Ahora bien, si esta manera de pensar fue, hasta cierto punto, adelantada por el desarrollo social de las naciones subdesarrolladas, más que por el desarrollo en el campo mismo de la atención de la salud, cabe preguntarnos ¿cuáles habrán de ser las prioridades de un trabajador de la salud una vez que los ocho puntos esenciales de la atención primaria - todos los cuales han mencionado ustedes, —hayan sido atendidos? ¿Cuál ha de ser el papel de este trabajador que vaya más allá del mantenimiento de una alta tasa de inmunización y la selección de casos de riesgo para su debida distribución? Yo sugiero que, además de tal papel, en lugar de permitir que esto se convierta en rutina, puede darse el caso de la incorporación de una nueva responsabilidad a la labor de sus trabajadores en salud comunitaria: la de trabajar conjuntamente con todo tipo de asociación comunitaria que pueda existir —y siempre las hay— sean ellas con base en la Iglesia, la Cooperativa, el desarrollo de la comunidad, no para impartir conferencias, sino para compartir las discusiones que sobre salud hay en tales asociaciones para luego comentarlas con ellas, en lugar de imponerles a las personas lo que deban hacer; sencillamente comentar con ellas el problema para poder alcanzar, al ritmo mismo de la comunidad, el avance en la adopción de los mensajes sobre la salud. Hay un comentario primordial que se me ocurre hacer acerca del sentido en que deban orientar ustedes sus programas a largo plazo.

Una cosa que es sorprendente —si le entiendo debidamente— es el hecho de que este programa que ustedes han llevado a cabo y que está ahora siendo integrado dejando de lado a los hospitales, no tuvo, prácticamente, un costo muy alto (y estamos hablando del 2 % del PNB); no sé si del 1 1/2 o el 2 % , sea la que fuere esta no es una carga muy pesada, no es una carga tremenda, sobre la sociedad y es aquí, por supuesto, en donde se han obtenido las mayores ganancias en salud. Yo creo que este es un hecho de gran importancia que me lleva a plantearles una pregunta (quisiera tener la oportunidad de hablar sobre esto con quien lo conozca a fondo, durante un par de hora, en otra ocasión) que es la de que no me quedó suficientemente claro si en el programa que ustedes incorporaron al Plan de Cinco Años para Centroamérica, ustedes tratarían de lograr la cobertura equitativa total de la salud para todos.

Uno puede siempre pensar en adiciones sofisticadas, pero anoche, cuando yo revisé a fondo este programa y conté el número de Puestos de Salud que están siendo mejorados o que han sido ya construídos, llevando los servicios a otras 700.000 personas de bajos ingresos, esto representaba, para mí, el total de la población de bajos ingresos que no contaba con protección hasta el año 1980. Y, de manera similar, estuve, por ejemplo, tratando de comprender si el Programa de Acueductos que los llevó hasta un 80 % de cobertura rural llegaría, en estas áreas rurales, a un 90 ó 95 %. Ahora, en realidad esa es otra pregunta.

Durante mi lectura de anoche noté muchas cosas más pero, por hoy, no quiero extenderme más. Lo mencionado es lo que más llamó mi atención, lo que queda es de importancia menor.

Muchas gracias.

RESPUESTAS DEL DR. ABEL SMITH A PREGUNTAS QUE LE FUERON PLANTEADAS TRÁS SU COMENTARIO (LAS PREGUNTAS DESGRACIADAMENTE NO FUERON GRABADAS).

Dr. Abel Smith:

“Entiendo que existen 200 Puestos de Salud que han sido reconstruidos o mejorados notablemente. Su partida de Capital del Programa de Atención Primaria de la Salud es de ₡ 30 millones. Imagínese ustedes lo que costaría construir los hospitales: ₡ 100, ₡ 200, ₡300 millones, así es que ₡ 30 millones vienen a ser una minucia.

La mayor parte del capital que se gasta va a los acueductos lo que me llevó a la conclusión —quizás errada— de que, salvo algunas áreas urbanas ustedes tienen ya la cobertura y lo que pueden hacer ahora es mejorar la calidad de esa cobertura de manera tal que puedan disponer de más personal que podría ser ubicado en esos puestos para cubrir una gama más amplia de tareas, con el fin de experimentar con el alcance de estos nuevos modelos, alcance que incluye, naturalmente, un patrón ligeramente distinto de servicios a ser implementados, mediante su prestación en un área geográfica determinada. He llegado, asimismo, a la conclusión de que —excepto en las áreas de población creciente, alrededor de algunas ciudades— no desean ustedes aumentar el número de Puestos, quieren mejores puestos de salud y la extensión de la cobertura no es ya hacia un mayor número de lugares sino más bien de tipo intensivo y con esto ya tienen ustedes un 90 ó 95 de capital para Atención Primaria de la Salud, lo cual no puede decirse de muchos países. Esta interpretación resulta, para mí, sorprendente, pero es la única a la cual puedo llegar dada la pequeñez de esta nación. Es esto justamente, lo notable de los avances que ustedes han logrado realizar”.

Contestando a explicaciones sobre el trabajo que se realiza en Costa Rica en el campo de la Enfermería el Dr. Abel Smith dijo lo siguiente:

Este comentario me lleva a un cuestionamiento fundamental, que ha sido objeto de discusión por parte de muchos de nosotros, y que es el de si debiera o no haber dos tipos diferentes de programas: uno con gran énfasis en la prevención de la enfermedad y otro, separado, para aquellas personas que vayan a trabajar en enfermería hospitalaria quienes, desde luego, necesitan también comprender el trasfondo de la historia social del paciente.

En realidad yo me pregunto a veces si en nuestra historia no es simplemente cuestión de suerte el hecho de que nos desarrolláramos dos profesiones: una, la del trabajo en salud comunitaria y la otra, la de la enfermería hospitalaria.

En cierta forma ustedes casi han hecho esto mediante su programa de adiestramiento de cinco meses, el cual contempla aspectos que la Srta. Nightingale jamás soñó que pudieran ser parte del rol de las enfermeras.

Pienso que esto es algo que merece ser reforzado e incorporado a sus programas, pero también pienso que el problema principal al cual van a tener que hacer frente (el cual quizás hayan resuelto ya) es el de la relación enfermera-médico, tema cada vez más controversial en todos los países del mundo.

Ayer, el punto en discusión —dentro de otro contexto— fue el de si en el desarrollo a largo plazo (cuando menos de los servicios curativos y los de prevención asociados a ellos) se pueda cubrir a toda la población mediante las adscripciones de sus integrantes a un sólo médico (a un sólo médico, no a un Centro específico de atención ello no conllevará a su adscripción a la enfermera comunitaria asignada a la comunidad. Esto surgió dentro del contexto de la insatisfacción de la población (con la salvedad de las áreas rurales) al no verse atendida por más de una vez por un mismo médico y al quedar en manos del médico de turno lo cual, por supuesto, puede también ser fácilmente cierto en lo que se refiere a la enfermera. De ahí la pregunta acerca de si no debiéramos fragmentar las tareas, formando diversos tipos de enfermeras con dos o más diferentes funciones o si, en lugar de ello, debiéramos pensar (y me parece que es lo que están pensando ustedes) en un patrón de referencias, dentro de la Enfermería, que vaya del equipo de más bajo nivel de adiestramiento a otro más alto nivel y de éste al médico.

Lo anterior nos lleva a un punto final que es el del problema de las grandes colas en los hospitales de renombre, colas que no están constituidas por quienes realmente necesitan del servicio, sino por quienes más fácil acceso al hospital y bloquean el ingreso de las personas de áreas más alejadas, que han sido referidas desde ellas al hospital.

Una solución a este problema, que no deja de ser traumática, es la de no resolverlo por la vía reglamentaria (quien no es referido no es atendido) sino por la vía de la sanción económica: si a usted le gusta ir al hospital de renombre y no es una emergencia (un accidente, por ejemplo) y desea ser atendido en cualquier momento, que lo atienden, pero a un costo total equivalente al servicio más el impuesto (de salud o cuota, en el caso del Seguro Social) ya que de lo contrario se abusa de los servicios de emergencia.

Yo creo que este es uno de los medios que pueden ayudar a establecer una orden de prioridades en cuanto a las referencias, con la salvedad, inevitable, de las personas que cuentan con gran influencia social y las cuales, querámoslo o no, siempre se van a infiltrar. Si esto no ha de ser así entonces que por su influencia y su dinero se vean obligados a pagar.

REUNION CON EL DR. ABEL SMITH

28 de febrero de 1985

TEMA: Los programas con la población de tercera edad en Costa Rica

PRESENTES:

Dr. Abel Smith
Dr. Guido Miranda Gutiérrez
Sr. Salomón Rodríguez Lobo
Sr. Jorge Cornick
Dr. Antonio Rodríguez Aragonés - Director Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
Dr. Carlos Luis Alpízar Quesada – Jefe Geriatria Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes
Dr. Enrique Freer Miranda - Ministerio de Salud
Lic. Flory Saborío H. – Jefe Desarrollo Social C.C.S.S.
Lic. Fidelina Briceño – Trabajadora Social Sección Desarrollo Social CCSS.
Lic. Sandra Acuña – Oficina de Control de Asignaciones Familiares
Dra. Adelina Brenes Blanco – Secretaria del Sector Salud.
Lic. Ma. de los A. Ramírez – Jefe del Centro de Capacitación e Información sobre la Tercera Edad - C.C.S.S.

El Dr. Guido Miranda G., Presidente Ejecutivo de la CCSS abre la sesión. Expresa el interés de la institución en conocer el criterio del Sr. Smith sobre la forma en que debe ser tratado el fenómeno del envejecimiento, atendiendo al crecimiento del grupo de población mayor de 60 años, y a la racionalidad de los recursos, de tal manera que se puedan establecer programas eficaces y eficientes, al más bajo costo posible.

Cede la palabra a la Lic. Ramírez, quien se encarga de dar una panorama generalmente sobre la atención a las personas de tercera edad en el país, en los términos siguientes.

En lo referente a programas y servicios para la población de la tercera edad en el país, se pueden citar dos etapas. La primera, anterior al año 1975, caracterizada por servicios asistenciales, cuya expresión más importante fueron los Asilos para Ancianos y las ayudas económicas brindadas por organismos de previsión social. La segunda etapa se da a partir del año 1975, época en la cual se empezó a analizar en forma sistemática la situación de este grupo etario, especialmente en el seno de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social. Para entonces, empezaron a ser evidentes algunas características del proceso social y económico del país, con cambios en la morbi mortalidad, aumento de la esperanza de vida, modificaciones en la estructura y dinámica familiar. Asimismo, se empezó a difundir el pensamiento de algunos profesionales graduados en Europa.

Las primeras acciones sistemáticas en la materia fueron las siguientes:

- Creación de un Organismo Gubernamental Central, que se llamó Comisión Nacional Gerontológica (1978).
- Establecimiento de normas de política gerontológica, cuyas principales características fueron:

- a) La situación del anciano debe situarse dentro del contexto de la familia y de la comunidad.
- b) Se debe estudiar la situación de tres grupos definidos:
- Las personas en períodos cercanos a la jubilación.
 - Los ancianos autónomos, activos.
 - Los ancianos incapacitados, inactivos.
- c) Los programas deberán tener preferentemente, un enfoque de promoción y de prevención.
- ch) Se establecieron prioridades en cuanto a la creación de programas y servicios.
- En primer lugar, fortalecer aquéllos que apoyen a la familia, y luego, en orden de prioridad, las siguientes posibilidades:
 - Hogar sustituto
 - Albergue
 - Centro de atención diurna
 - Hogares o Asilos
- El internamiento indefinido de un anciano sólo se justifica cuando se hayan agotado los otros medios.
- d) Se determinó la necesidad de la capacitación de recursos humanos.

A partir de esa fecha se notó en el país un interés cada vez mayor, especialmente en el ámbito de las comunidades, para dar solución al problema de los ancianos, con programas locales.

SITUACION ACTUAL

Existe un Consejo Nacional de la Tercera Edad, integrado por los Ministros de Salud; Educación; Cultura, Juventud y Deportes; Trabajo y Seguridad Social; Planificación y Política Económica y por los Presidentes Ejecutivos de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Instituto Mixto de Ayuda Social.

Funciona además, la Secretaría Técnica del Consejo, formada por los representantes técnicos de las dependencias mencionadas.

Las tareas básicas del Consejo Nacional de la Tercera Edad son:

- Fijar en el campo
- Diseñar planes y programas nacionales
- Establecer mecanismos de coordinación entre los organismos públicos y privados que tienen programas con personas mayores.

Las características generales de esos programas son los siguientes:

- Predomina el enfoque preventivo
- Fomentan la organización comunal
- Dan participación a los familiares
- Brindan asesoría técnica
- Desarrollan actividades de capacitación
- Brindan financiamiento
- Prestan servicios directos
- Realizan investigación

TIPOS DE PROGRAMAS

INSTITUCION

Asistencia sanitaria		Ministerio de Salud Caja Costarricense de Seguro Social
Empleo		Ministerio de Trabajo Organizaciones de Jubilados (bolsas de trabajo)
Ingreso	Pensiones Contributivas Pensiones no Contributivas	Ministerio de Trabajo Caja Costarricense de Seguro Social Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional
	Ayudas económicas de emergencia	Grupos voluntarios Instituto Mixto de Ayuda Social
Alojamiento	Se indica que el 90.2% de los ancianos del país viven con sus familiares. El 2.7%, con amigos y el 5.6% viven solos.	Hogares para Ancianos Albergues (para el 1.5% de la población anciana)
Educación		Ministerio de Educación (adecuación de áreas curriculares) Universidades (Materia de estudio en varias Facultades y Escuelas – Programas específicos: Cursos Libres y Aulas de la Tercera Edad, con la característica de integrar los jóvenes con los ancianos). Instituto Nacional de Aprendizaje Formación en artes y oficios, dirigida a trabajadores en período a la jubilación y a los pensionados.

Apoyo Familiar Asistencia a domicilio	Asociaciones privadas Asociaciones comunales y organizaciones de jubilados.
Centros de Atención diurna.	Ministerio de Trabajo, otros organismos gubernamentales y asociaciones comunales.
Capacitación de Recursos Humanos	Asociaciones Privadas (Asociación Gerontológica Costarricense) Caja Costarricense de Seguro Social Universidades.

LABOR DE LA CAJA CON LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD

Asistencia médica genral y especializada, con una cobertura casi total.

Los servicios de atención sanitaria constituyen un buen punto de partida para establecer programas preventivos y de promoción.

La consulta médica es el servicio más inmediato en todas las comunidades costarricenses.

Prestación económica, con los Regímenes de Invalidez, Vejez y Muerte y con la administración del Régimen No Contributivo.

Prestaciones Sociales – Están contempladas como parte de la labor que debe desarrollar la Caja. Sin embargo, no se tienen definiciones concretas a ese respecto. En la práctica, se desarrollan como servicios complementarios a la atención médica, y su expresión más importante es la asistencia individual y grupal que birndan los Departamentos de Trabajo Social.

Otro tipo de prestaciones sociales son las actividades del Centro de Capacitación e Información sobre la Tercera Edad, que en forma resumida, son las siguientes:

- Información, por medio de charlas, folletos y reportajes por la radio, prensa escrita y televisión.
- Capacitación, al personal de los servicios establecidos y a los comités comunales que promueven la creación de nuevos programas.
- Jubilación, mediante la preparación a la jubilación y la organización de jubilados.
- Documentación, con la creación de recursos didácticos para todas las actividades del Centro y el establecimiento de una biblioteca especializada.

NECESIDADES:

- 1.- Definición de responsabilidades de las Instituciones. Delimitación de campos de acción y establecimiento de mecanismos de coordinación. Se da publicidad de esfuerzos, dispersión de recursos y pocas oportunidades para la especialización.

- 2.- Diseño de estrategias para canalizar la iniciativa privada.
- 3.- Capacitación de recursos humanos.
- 4.- Creación de servicios especializados para ancianos inválidos.

Seguidamente se presentaron unas transparencias como ejemplo de los recursos didácticos que prepara la la Caja, y que además, muestran algunos aspectos del desarrollo de los programas de tercera edad en el país.

Luego de la exposición general, los representantes de las instituciones expusieron algunos aspectos particulares.

El Dr. Enrique Freer Miranda expuso las características de los programas del Ministerio de Salud, y el énfasis que en esa dependencia se da a la colaboración comunal. La Dra. Adelina Brenes Blanco amplió lo referente al Consejo Nacional de la Tercera Edad, a su característica inter sectorial y a la rectoría del sector salud.

La Lic. Flory Saborío expuso el programa de orientación a la jubilación que se desarrolla en la Caja con sus propios trabajadores, como parte de las actividades de la Dirección de Recursos Humanos, y de acuerdo con las políticas establecidas para el retiro laboral por edad.

El Dr. Rodríguez Aragonés hizo su exposición sobre la labor del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes, único hospital geriátrico en Centroamérica. El Dr. Alpízar hizo énfasis en el carácter de centro de adiestramiento para el personal médico y de enfermería.

La Lic. Sandra Acuña amplió lo referente a los Centros Diurnos, al papel del Ministerio de Trabajo y al fomento de la organización comunal en la creación y mantenimiento de estos centros.

Seguidamente, el Dr. Smith dio sus opiniones acerca de lo expresado por los funcionarios costarricenses.

La traducción simultánea, fue realizada por el Sr. Jorge Cornick.

Los felicito por el enfoque que están dando a los programas, pues evita los errores que han cometido los países desarrollados, y los cuales también han cometido parcialmente los Estados Unidos. No quiero decir que en algunos lugares de Estados Unidos no se haya avanzado tanto como en otras partes del mundo, pero se han cometido grandes errores.

En primer lugar los felicito específicamente al haber enfocado esto como una política intersectorial que cubre a los diversos departamentos que deben comprometerse en este problema de la tercera edad.

En segundo lugar y específicamente los felicito, si lo comprendí bien, por evitar el establecimiento de grandes instituciones, que en mi opinión, no alivian, no resuelven el problema. Algunas naciones han creído que creando pequeños pueblos o ciudades de ancianos solucionan el problema. Ustedes han evitado la segregación, porque ustedes no la practican. Por supuesto, lo que me preocupa, y puedo estar equivocado, es que los ancianos ricos en Estados Unidos están dispuestos a desarraigarse y ubicarse en campos de concentración para ancianos. Generalmente, dentro de la escala en que son diseñados, muy lejos de las ciudades donde las gentes vivían antes, tienen su propio cinematógrafo, su propia piscina, sus programas educativos, y por lo tanto, salen en coches a ver cómo es la comunidad que dejaron.

En tercer lugar, creo que su política ha decidido sabiamente apoyar y no el reemplazar a la familia. En esto, por supuesto, nuestro ideal personal es el de dejar la responsabilidad en la familia, de manera que se pueda ofrecer educación a sus miembros, y ofrecer los servicios para evitar su desintegración, tal como sucede cuando las mujeres deben dejar de trabajar al anciano, y porque, para lograr esto es necesario establecer una escala de servicios que, por supuesto, políticamente no estamos todavía dispuestos a ofrecer.

Cuando se trata de ver el patrón de servicios de una manera económica, en cuanto se refiere a mantener a la gente dentro de la comunidad, uno de los ensayos más interesantes de control realizados por la Universidad de Kent, bajo la responsabilidad de un estudiante mío, muestra claramente que el experimento de darle modestos pagos a los vecinos para que atiendan especialmente a los ancianos solitarios, no sólo es más barato, sino que termina por lograr que la gente dé más servicio del que se le paga, y también termina en que la gente anciana, en general, aumente su expectativa de vida en un año, comparada con el grupo de control, el cual, por la poca adecuación de los servicios que pueden ser financiados para ellos, y estoy pensando en los asilos y en las comidas para ellos en los asilos, se institucionalizan más temprano que los otros; aparente y sencillamente, dejan de tener interés en la vida, se rinden y se mueren.

También deseo felicitarlos por darle la responsabilidad a la comunidad en lo que se refiere a los centros diurnos, pero esto hace surgir la pregunta en cuanto a cuál debe ser el tamaño de una comunidad, si le vamos a ubicar esta responsabilidad. Hubo épocas en que nosotros le dimos esta responsabilidad a cuerpos que servían a grupos de población de cien a doscientos mil personas, lo cual, en nuestra sociedad, serían como el 15 % de las personas mayores de 65 años, que es un 3 ó 4 % de la población que puede necesitar una ayuda más considerable.

Pero por supuesto, lo que descubrimos fue que, por lo menos en el área urbana, eso no era una comunidad. No había espíritu de comunidad. A decir verdad, en las áreas urbanas encontramos que el espíritu comunal estaba más basado en la calle que en los grupos de población, aún de cinco mil personas. Por supuesto, lo que ocurría cuando los servicios estaban ubicados demasiado lejos, era la falla frecuente la identificación de los ancianos que podrían haber recibido apoyo antes de haber caído en tal estado, dentro del cual las únicas posibilidades parecían ser la admisión en un Hospital, para rehabilitación. De manera que hay una escuela de pensamiento en mi país actualmente, que está luchando por lo que llaman el sistema de "trabajar en la calle", y por lo tanto, ver al trabajador, inevitablemente menos especializado, y que no está sólo atendiendo a los ancianos, sino que es un movilizador del esfuerzo del vecindario, no sólo de los ancianos, sino de los incapacitados, enfermos mentales, madres que trabajan y cualquier otra necesidad de la comunidad. Esto desafía el principio de la especialización dentro del Trabajo Social. En otro sentido, el apoyo el consejo y el adiestramiento de este tipo de trabajador comunal es por supuesto crucial, y puede provenir de una variedad de diferentes especialidades. En todo caso, creemos que esta puede ser la solución de los problemas. Una de las dificultades es la identificación, porque la gente de la calle cree que por ejemplo, la responsabilidad le corresponde a todos los demás y no a ellos, la atención de una anciana en particular, si recibió el periódico o la alimentación del día o durante las cuarenta y ocho horas anteriores. El trabajador comunal a que me refiero, trabaja muy de cerca; todos los vecinos lo conocen y entonces, el sistema de comunicación e información entre la gente del vecindario empieza a funcionar.

El segundo pensamiento es el de que no hay ninguna nación en el mundo que sea capaz de encontrar los recursos cuando hay una alta proporción de ancianos, que permitan hacer todo lo que es necesario, por parte enteramente de personal profesional pagado.

El tercer pensamiento es de que la amenaza del trabajo profesional pagado, refuerza el sentimiento que existe entre algunas personas de la comunidad de que no deben entrometerse porque es un trabajo para médicos, enfermeras y trabajadores sociales, que saben lo que se debe hacer. Ellos no lo saben. Consideran que los vecinos necesitados pueden ofenderse si intervienen aún de la forma más sencilla, al llevar una comida a la puerta de la par.

Esta idea de lo que se llama trabajador comunal se está practicando en una parte de la Gran Bretaña; ha encontrado oposición en otras partes de Inglaterra, sobre la base de que la especialización en Trabajo Social es de importancia típica para la calidad de los servicios. Simplemente les planteo las tesis. Ustedes pueden o no haber conocido esta línea de pensamiento.

En cuarto lugar, los felicito al ligar al Hospital con la comunidad. Los felicito una vez más por el énfasis que han puesto en el hecho de que los ancianos tengan que salir a hacer algo, de compras, dándole un papel en la comunidad al anciano.

Pero aquí me atrevería a mencionar una cosa que quizás ustedes no han querido mencionar o no hayan tenido tiempo de hacerlo. Es el papel del sexo entre los ancianos. Y sí noté que su albergue de 6 a 7 era de un solo sexo. No pregunté si había alguien del sexo opuesto al lado. Me interesaría saber si el retiro de la libertad de tener relación sexual privada está realmente considerada, porque en Europa actualmente está siendo visto como un problema al que no se ha prestado la suficiente atención. Generalmente las gentes ancianas buscan una nueva relación cuando sus compañeros han muerto. Muchos de ellos son activos sexualmente a edades muy avanzadas y algunos de ellos no llegan a casarse, y sin embargo, tienen una relación sexual. En los días antiguos esto no se consideraba aprobable. No se aprobaba el sexo entre los ancianos, por razones morales o por temor a las enfermedades venéreas, lo cual no es un factor muy importante a esas edades, y por supuesto, las consideraciones de planificación familiar, que en la mayor parte de los casos no sería aplicable.

Yo les voy a decir que el primer borrador de nuestro plan europeo que presentamos ante los Ministros de Salud de la Región, contiene ochenta metas que cubrían todo el espectro del papel de la salud.

Una de las ochenta era una declaración del derecho al sexo para las gentes ancianas, incapacitadas e inválidas. Les diré que esto fue eliminado en el borrador del año siguiente, no por razón de la influencia de un grupo religioso, sino porque los europeos orientales tenían actitudes que eran diferentes a las de los europeos del oeste, y por supuesto, siempre teníamos que llegar a un compromiso y a un consenso, para mantener unida a la organización de la salud en Europa.

Nadie ha mencionado, y supongo que lo dan por un hecho, cuándo piensan ustedes que comienza la tercera edad? Algunas personas hablaban hoy como si la tercera edad se iniciara a la *edad en que uno se pensiona, aunque para algunos de ustedes la edad de la pensión es extraordinariamente baja.* (Posteriormente, la Dra. Brenes mencionó que en Costa Rica se considera la tercera edad después de los 60 años, este aspecto fue una de las conclusiones de un Seminario Latinoamericano que se llevó a cabo en nuestro país en el año 1978).

Nadie mencionó algunas de las cosas que estamos pensando en Europa y en Estados Unidos, de dar derecho a trabajar después de cualquier edad a la que uno pudiera pensionarse, quiéralo o no su patrón, y por supuesto, esto incluye el derecho de pasar de trabajo de tiempo completo a trabajo de medio tiempo, de manera que se haga una transición gradual del rol si así lo desea uno. Y eso sig-

nifica repensar las disposiciones de pensión, de modo que se haga una transición por mitades acorde con el sistema de pensiones, en vez de que éste imponga un retiro temprano o que el patrono obligue a la gente a pensionarse a una determinada edad, porque esto resuelve o facilita su problema moral de tener que tomar decisiones difíciles para los individuos.

Para ocuparnos durante algún momento de otra área, devolviéndonos al respecto de la especialización, enfrentándolo a la no especialización, pero dentro de un contexto más amplio, bastante diferente, hace surgir la pregunta de hasta dónde debe llegar la especialización en todos los aspectos de la Gerontología, hasta dónde debe permitirse la especialización, en el sentido de desarrollar servicios segregados para las personas ancianas, no sólo en términos de las instituciones y de las comunidades, sino en términos de la juventud o de los servicios que están disponibles para todo el mundo. De manera que los felicito por el énfasis que ustedes le han dado a la unión de los jóvenes con los ancianos, y a que se eduquen juntos, particularmente como parte de una universidad abierta y cosas similares.

Al conocer el sistema de pago de las pensiones, me parece magnífico que los pensionados por vejez cobren su pensión en la misma forma que lo hacen otras personas pensionadas por invalidez, viudez y orfandad. No se debe tratar a los ancianos como gente segregada.

Esto también hace surgir la pregunta acerca de si los servicios de apoyo social son exclusivamente para los ancianos, o si los mismos servicios atienden a los incapacitados de cualquier edad, cuyas necesidades en cierto sentido son similares a las de los ancianos. También hace surgir la pregunta acerca de si las mismas agencias a las cuales pueden solicitar ayuda, están a cargo de las madres que tienen niños pequeños, los consejos a los matrimonios y cualquiera de los otros servicios sociales, de manera que los servicios de apoyo a la comunidad o lo que llamamos nosotros los servicios sociales personales, ofrezcan una puerta abierta para todos los grupos etarios que necesitan consejo, asesoría o apoyo social. Esa es la manera en que nosotros lo hemos hecho, aunque por supuesto, hay especialistas dentro del Departamento, que son los que tratan los problemas más difíciles, los psiquiátricos, los del envejecimiento mismo, los problemas de conducta en los niños o en los padres, etc. El mismo problema surge con el sector salud. Y me encantó escuchar que un Hospital de 200 camas es considerado básicamente como un instituto de adiestramiento y que los beneficios de tenerlo en esta escala, son percibidos por quienes se adiestran aunque no necesariamente el ideal para algunas de las personas ancianas, y esto me hizo llegar a plantear otra interrogación.

Dentro de su adiestramiento para la gente que debe atender a los ancianos, y dentro de su enseñanza para que la gente acepte su envejecimiento y se prepare para él, están ustedes entrando en la muy importante área que yo llamaría muy crudamente el prepararse para la muerte, lo cual, por supuesto, es la razón del movimiento de algunos Hospitales. Una señora que se llamó Cecile Sanders, en mi país, fue una de las revolucionarias modernas al entrenar al personal para que se sensibilizaran, de manera que pudieran hablar acerca de la muerte, un tema acerca del cual quieren hablar muchos de los ancianos, y encuentran difícil hacerlo. No todos los ancianos quieren discutir esto únicamente con su sacerdote y me alegre ver, por sus gestos, que esto es parte del adiestramiento.

Recuerdo que le pregunté a Cecile Sanders cuando visité su hospicio, cuál es la justificación al tener una institución separada para los moribundos. Me contestó "únicamente como un instituto de adiestramiento. Cuando logremos que todas las enfermeras y todos los médicos del país que atienden a la gente para quienes la muerte es un prospecto muy serio, estén dispuestos a usar sus habilidades, ese es el momento en que podemos cerrar este hospicio, cuando toda la gente sepa cómo dirigirse a los moribundos y cómo prepararlos para morir, que acepten la muerte".

Para centrar nuestra atención en otro punto, me alegró mucho escuchar la razón por la cual se dio la labor de coordinación al Ministerio de Salud. Obviamente tenía que estar en alguna parte. Solamente lamento una cosa. Que ustedes no le cambiaran el nombre por el de Ministerio de Salud y Servicios Sociales, que usan muchas naciones, y por tanto, indicando claramente que hay dos aspectos separados del Ministerio, que en muchos aspectos deben trabajar conjuntamente, sin que ninguno de los dos lados domine al otro. En algunos lugares, el Jefe de los Servicios Sociales generalmente era un médico y no era necesariamente alguien que tuviera una gran experiencia en la atención geriátrica o gente muy capacitada; muy a menudo tenía una educación en salud pública y un adiestramiento antiguo en salud pública, que lo había enseñado a conducirse como un dictador. Ahí estaba al mando de los inspectores, disciplinando a aquellos que no se ajustaban a sus patrones, y por supuesto, como era un médico, nadie podía enseñarle nada en cuanto se refiere al bienestar. De manera que en 1970 rescatamos a los trabajadores sociales de manos de los médicos y los convertimos en un departamento aparte. Incluso, especificamos, por ley, que el Jefe de un Departamento de Trabajo Social no podría tener calificación médica. En un departamento, el Jefe es un sacerdote, que ha estado trabajando desde hace 20 años en el campo del bienestar. A decir verdad, ha sido uno de los más innovadores y ha experimentado con este nuevo patrón de servicios que les describí y con la prueba de control en Kent.

Finalmente, ustedes mencionaron al sector privado y por supuesto, no hemos tenido tiempo de plantearnos la pregunta de hasta dónde el sector voluntario es no remunerado o busca ganancia. Yo creo que vale la pena que recordemos que el sector que busca ganancia debe ser muy bien vigilado por cualquier departamento que sea responsable de los servicios sociales. Lo único que tengo que mencionar es la larga historia de la explotación y el abuso en Estados Unidos, un fenómeno que ha sido exportado hacia nosotros. Hemos tenido que aprobar reglamentos mucho más estrictos dándole mucho más poder a los departamentos de servicios sociales para controlar e imponer las normas, especialmente en el sector que busca ganancia en la atención de los ancianos, donde se puede hacer dinero fácilmente, al no proveer los suficientes servicios en instituciones que atienden a gente débil e indefensa que no tiene parientes que los defiendan, aterrorizados de tener que buscar un lugar donde ir, y por lo tanto, pueden ser fácilmente explotados. Este es un aspecto que estoy seguro ustedes tienen en mente. Este problema se presentará aquí tarde o temprano. Si esto crece necesita ser vigilado. Agrego esto como un último pensamiento.

Estoy seguro de que, al mantenerlos aquí hasta tarde, no he dicho nada nuevo, por lo menos he tenido el gran placer de contarles que su enfoque en cuanto a esto es muy similar, no únicamente al de la Gran Bretaña, sino al de otras naciones europeas que en muchos sentidos están más adelantados que Inglaterra, porque pudieron invertir más dinero y dar sus principios. Nosotros desarrollamos los principios y no les dimos los dineros necesarios.

Muchas gracias.

27 de febrero de 1985

Funcionarios del Centro de Capacitación e Información sobre la Tercera Edad y del Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como miembros de la Secretaría Técnica del ramo, expusieron las características de los programas que se realizan en Costa Rica con la población anciana, como parte de las actividades que cumple el Dr. Abel Smith, economista inglés experto en Seguridad Social.

Los exponentes destacaron que las transformaciones que se han producido en el desarrollo económico y social del país, se manifiestan en modificaciones de la morbi-mortalidad y de la estructura de la población; asimismo, en variaciones de la dinámica familiar que tienen repercusiones en la atención de los ancianos.

En Costa Rica se desarrollan planes con un enfoque preventivo y de promoción, y no solamente de asistencia. El Plan intersectorial abarca aspectos de alojamiento, apoyo familiar, educación, empleo, prestaciones económicas y capacitación de recursos humanos, en los que participan la familia y la comunidad.

El Dr. Smith expresó su complacencia por la forma como se trabaja en este campo. A su juicio, la política gerontológica vigente evita los errores que se han cometido en los países desarrollados, como el de la segregación del anciano, particularmente por el énfasis que se da en Costa Rica a los programas de apoyo a la familia. El experto recomienda que se establezcan pautas que definan algunas de las características que deben tener los servicios para las personas mayores, con respuestas a varias interrogantes.

En primer término, hasta dónde debe permitirse la especialización en Gerontología, en el sentido de desarrollar servicios segregados para las personas ancianas, no sólo en términos de las instituciones y de las comunidades, sino en términos de la juventud y de los servicios que están disponibles para toda la población. A este respecto reconoció la importancia que en nuestro país se ha dado a la unión de los jóvenes con los ancianos y a que se eduquen juntos, especialmente como parte de una universidad abierta. Hizo esta referencia luego de conocer las acciones que la Universidad de Costa Rica desarrolla sobre el particular.

En segundo lugar, es necesario estudiar lo referente a la especialización, versus no especialización del personal. Mencionó algunas de las experiencias que se realizan en Gran Bretaña y a las diferentes escuelas de pensamiento que existen al respecto. Se han realizado ensayos con Trabajadores Sociales "generalistas" que desarrollan su labor en el ámbito de una calle, y que han logrado establecer estrategias para la identificación y colaboración de todos los vecinos con aquellas personas que tienen problemas, no sólo con ancianos. Este sistema ha tenido oposición en algunos círculos, por lo cual lo plantea como tesis de estudio.

Considera que la capacitación del personal que trabaja con ancianos es necesaria para mejorar la calidad de los servicios.

Respecto de la jubilación, el Dr. Smith abogó por las políticas que contemplen la flexibilidad en cuanto a la edad, así como el retiro gradual, para facilitar la adaptación del trabajador en el período de transición de la vida activa a la etapa de la jubilación.

Finalmente, manifestó que es necesario que se introduzcan en los programas, las deliberaciones sobre el papel del sexo en las personas mayores así como las estrategias adecuadas para encarar el tema de la muerte.

**INFORME SOBRE VISITA A COSTA RICA - 21 FEBRERO - 6 MARZO, 1985
POR EL PROFESOR B. ABEL - SMITH (STC)**

ANTECEDENTES:

Esta pequeña nación, con una población de unos dos y medio millones aceptó muchas de las principales metas de la "Salud para Todos" antes de que la OMS articulara sus políticas de "Salud para Todos en el año 2000". Se ha puesto especial énfasis en la actividad insectorial para la promoción de la salud (especialmente en educación, nutrición, agua y sanidad). Dentro del Sector Salud se ha dado la más alta prioridad a la actividad preventiva basada en la participación de la comunidad, comenzando con las más remotas de las áreas rurales e incluyendo luego a la población marginal urbana. Dentro de los servicios de salud se ha promovido la atención primaria de la salud utilizando únicamente drogas esenciales en el trabajo curativo: Los servicios preventivos del Ministerio de Salud y los curativos del Seguro Social están siendo progresiva y continuamente integrados en unidades locales. El gasto en servicios de salud es de cerca del 8 por ciento del PNB.

Los resultados de esta política han sido notables para una nación que tiene un nivel de vida de unos 1500 dólares per cápita. El último caso de polio ocurrió en 1973 y el de difteria en 1974. No hay actualmente muertes por tétano en los recién nacidos, no hay problemas de sarampión y la rabia ha sido virtualmente eliminada. La malaria es problema únicamente en las fronteras (168 casos en 1981).

Como resultado del programa de nutrición, la desnutrición en los menores de cinco años ha descendido de un 60% en 1966 a un 17% en 1982; la incidencia del bajo peso al nacer es menor que la de los Estados Unidos de América. La mortalidad infantil promedio es de 18, elevándose en algunas áreas al 40. La expectativa de vida se calculó en 73 años (1979-1980). No ha ocurrido un deterioro de la salud pese a la baja en los estándares de vida debidos a la crisis económica; se ha encontrado el dinero necesario para fortalecer el programa de nutrición.

PROGRAMA:

El Consultor tuvo la oportunidad de observar 5 centros de atención primaria de la salud que variaron desde uno con un sólo médico, en un pueblecito en la montaña, a un centro suburbano arquitectónicamente diseñado y con unos 25 médicos (en términos de equivalencia de tiempo completo). Se visitaron cinco hospitales que fueron de vía terciaria provincial a distrital, y un pequeño hospital industrial de una antigua zona bananera. El Consultor tuvo el honor de desayunar con el Señor Presidente de la República, de ser recibido por el Ministro de Salud, de almorzar, en una ocasión con el Señor Arzobispo, y en otra con el Señor Presidente del Banco Central. Se concertó asimismo una discusión privada con uno de los principales candidatos para la elección presidencial de 1986.

TEMAS DE LA CONSULTORIA:

1.- PENSIONES:

Se solicitó al Consultor un comentario general acerca del esquema básico de pensiones y acerca de diversas opciones para el desarrollo de pensiones adicionales para diversos grupos de empleados del Sector Público. El Consultor sugirió que la cuestión de elevar la edad de pensionamiento tendría que ser encarada en algún momento en vista de la creciente carga de

las contribuciones para pensiones durante el próximo medio siglo, la cual podría llegar a "arrollar" a otros gastos sociales. La edad de pensionamiento necesitaría ser ajustada a lo mucho mayor expectativa promedio de vida. El Consultor cuestionó, asimismo, la equidad de la extensión del principio de las pensiones adicionales al salario final (ajustadas anualmente, después del retiro, al salario del grado correspondiente) el cual aumenta los derechos de aquellos que se acercan al retiro en grados cada vez mayores del sector público. La carga de las contribuciones sobre los miembros más jóvenes de cada ocupación no pueden calcularse por adelantado y pueden llegar a ser intolerables. La alternativa sugerida fue la de que se fijaran de manera firme las contribuciones y se calculara la pensión sobre la base del rendimiento de las inversiones de tales contribuciones.

2.- EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL:

Las cuentas del esquema de enfermedad y maternidad ha sido ahora firmemente separadas, por la ley, de las que pertenecen al esquema de pensiones. El esquema es, teóricamente, tripartita, aún cuando la contribución estatal ha sido reducida a sólo el 0.25 % (1.25 %) de la planilla nacional.

Teóricamente, el Estado no solo paga esta contribución sino también su contribución como patrono y las correspondientes a las personas de bajos ingresos que son "asegurados por el Estado" (los indigentes).

En la práctica todos los pagos por el Estado están sustancialmente atrasados y aparecen en libros como deuda del Estado con intereses acumulados. El esquema que hoy día ofrece prácticamente todos los servicios hospitalarios del país trata de hacer cobros a aquellas personas que no son de bajos ingresos. En realidad es poco el dinero que se cobra, pese a un apreciable costo administrativo, debido a las declaraciones falsas sobre ingresos y a las deudas incobrables. El Consultor sugirió que la situación actual, aún cuando es ilegal, no resultaba insatisfactoria desde el punto de vista de la equidad. Resultaba difícil el justificar cualquier contribución por parte del Estado en cuanto a la salud de los empleados permanentes y el de aquellos que cuentan con trabajo, paguen por los indigentes resulta, en realidad, una solución bastante satisfactoria y aceptable aún cuando no sea enteramente "transparente".

El Consultor sugirió que el costo actual combinado del otorgamiento de servicios comprensivos gratuitos para todos podría no ser muy grande especialmente si se pudieran lograr economías en los servicios curativos urbanos para desarrollar aún más los servicios rurales. Existía, por tanto, la posibilidad de una entidad combinada, financiada de manera conjunta y funcionando bajo las políticas generales del Ministerio de Salud, para ofrecer servicios integrados, preventivos y curativos para la totalidad de la población. La posibilidad de cobros modestos por medicina prescrita podría considerarse como una fuente de mayor ingreso en vista del aparentemente alto número de medicamentos prescritos por consulta (cerca de dos y medio). El Consultor citó precedentes de casos recientes en Europa-Portugal, Italia y España.

3.- EL SERVICIO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD:

Se informó al Consultor acerca de que los sistemas actuales de servicios mediante médicos asalariados no satisfacía ni al usuario ni a los profesionales que trabajan en este servicio. Los

usuarios se quejan por la burocracia, las largas esperas, la falta de atención, la mala comunicación, la despersonalización con mayores esperas por los medicamentos, las radiografías y los exámenes de laboratorio.

Los médicos llegan tarde y se van temprano acumulando así el trabajo de la farmacia, los rayos X y el laboratorio en pequeños períodos del día laboral. Los profesionales, a su vez, se quejan de la despersonalización. La rigidez del sistema, su rutina, la falta de oportunidades en cuanto a educación y la falta de recompensas por eficiencia. Desde el punto de vista del Seguro Social el sistema es rígido y complejo, difícil de controlar o evaluar, punitivo más que promocional y lleva a altas tasas de referencia a especialistas. Se propusieron al Consultor tres modelos alternativos de reforma.

El Consultor sugirió que la respuesta podría estar en alguna variante del sistema de "capitación" y explicó el funcionamiento del sistema en Holanda, Italia, Dinamarca y el Reino Unido. El sistema promovería la continuidad en el tratamiento y la atención familiar. Otorgaría incentivos a los profesionales para que atrajeran y retuvieran a sus pacientes (evitando así el causarles inconvenientes) y podría llevar, como lo ha hecho en otros países, a menores tasas de referencia a especialistas y a un menor número de medicamentos por receta. Se necesitará de menos mano de obra médica para el funcionamiento del sistema en las áreas urbanas. Si se logran economías este dinero podría destinarse a un mayor desarrollo de los servicios rurales.

4.- SERVICIOS A LOS ANCIANOS (TERCERA EDAD):

Los programas actuales de las distintas agencias gubernamentales fueron descritos al Consultor quién las comentó a la luz de la experiencia europea. Sugirió gran énfasis en los servicios domiciliarios para apoyar a la familia o para actuar como sustitutos familiares para los ancianos aislados.

5.- UN PLAN FINANCIERO MAESTRO:

El Consultor presentó este tema tanto en su conversación con el Ministro de Salud como la que mantuvo con el personal del Seguro Social. Argumentó que si bien los servicios están siendo integrados a nivel local no existe aún un planeamiento central conjunto por parte de las dos entidades. Un ejercicio en planeamiento conjunto podría ayudar a formar un puente y a promover actividades conjuntas en el futuro. Sugirió que como Costa Rica ha adoptado la manera de pensar de la Salud para Todos, con su enfatización en la equidad, ante la Asamblea Mundial de la Salud y que como ha ido adaptando sus servicios, de manera continuada, en esta dirección, el costo adicional necesario para ajustarse a los objetivos del Plan Costarricense de Salud podría no ser muy alto.

Como resultado se llevó a cabo una reunión conjunta de los personales del Ministerio de Salud y de la Caja durante la penúltima tarde de la visita con el fin de examinar hasta qué punto la sección costarricense de las "Necesidades Prioritarias en Salud en Centro América y Panamá", preparada por el Ministerio de Salud, podría avanzar hacia el logro costarricense de los objetivos de la Salud para Todos.

Durante la reunión se señaló que las Necesidades Prioritarias en Salud solo constituirían un plan quincenal y cubrirían únicamente siete áreas. No había, por ejemplo, previsión en cuan-

to a las necesidades de los ancianos o los enfermos crónicos. Debería ser contemplado como un esfuerzo excepcional para complementar los planes existentes. No cubría todos los requisitos organizativos ni el planeamiento y sistema de información y reforzamiento de la infraestructura de los Centros de Salud Pública dentro de un sistema nacional de salud.

Sin embargo, con el mejoramiento y el desarrollo de las instalaciones de los Centros de Salud Pública contemplados en el plan, los edificios y el personal deberían bastar para el período quincenal y aún para un período mucho mayor. No fue posible decir hasta dónde llegaría precisamente el plan en cuanto a la erradicación de la desnutrición o en cuanto a la provisión de agua potable y sanidad para el total de la población. No se consideraron necesarias mayores medidas en el campo de la planificación familiar.

CONCLUSION:

Al finalizar la visita se informó al Consultor que se establecerían tres grupos de trabajo que se ocuparían, durante los próximos tres meses, de las siguientes áreas:

- 1.- Un grupo conjunto Ministerio de Salud/C.C.S.S. para preparar un plan de costos de la Salud para Todos en el Año 2000.
- 2.- Un grupo de trabajo sobre el adiestramiento de Médicos Generales.
- 3.- *Un grupo para considerar la posibilidad en utilizar un elemento de pago por capitación para los personales de los servicios de salud y para examinar sus implicaciones tanto administrativas como de otros tipos.*

Al contemplarse estas actividades en julio se estudiaría la necesidad de si se haría necesaria una nueva visita del Consultor, en agosto o setiembre de 1985, para que haga un comentario acerca de las conclusiones de los grupos de trabajo.

RECONOCIMIENTOS:

El Consultor desea agradecer al Dr. Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, los excelentes arreglos hechos para su visita y la generosa hospitalidad de la cual fuera objeto durante ella.