

**SUGERENCIAS PARA ACORTAR LOS TIEMPOS
DE ESPERA EN LOS SERVICIOS MEDICOS DEL
SEGURO SOCIAL DE COSTA RICA**

Dr. Juan Jaramillo Antillón

CONTENIDO

Prólogo_____	4
Algunas dificultades que tiene la CCSS para brindar servicios	7
Introducción_____	10
Sobre contratar servicios de internamiento hospitalarios privados	12
La ley exige la atención inmediata de muchos pacientes_____	14
Tiempos de espera en algunos países_____	14
Problemas en los servicios médicos de la CCSS_____	15
Tiempos de espera_____	16
Tiempo de espera por especialidades	
Tiempo para ser operado	
Tiempo para estudios especiales	
Otros problemas_____	18
Mayores costos del programa de los EBAIS	
Déficit de camas	
Tiempos de internamientos prolongados_____	21
Estudios comparativos por servicios_____	21
Sector salud privado propone plan_____	22
Falta de recursos económicos para resolver los problemas_____	23
Falta de pago del Estado en la cuota para la CCSS _____	24
Problema para la atención de los pobres por la CCSS_____	25
Fracaso de la unidad técnica de listas de espera_____	25
El grave problema de las emergencias_____	25

Creación de más plazas de residentes de especialidades_____	28
Generalidades_____	28
Problemas de corrupción en la CCSS_____	29
Auge de la medicina privada_____	29
Propuesta_____	32
Una nueva fuente de ingresos solo para emergencias_____	32
Comprar de servicios médicos_____	33
Sobre consultas y operaciones vespertinas_____	33
Utilidad de Internet_____	34
Posibilidad de participación privada _____	35
Ventajas de la consulta privada_____	36
La institución debe reducir gastos_____	37
Principios básicos para implementar lo anterior_____	39
Referencias_____	43

SUGERENCIAS PARA ACORTAR LOS TIEMPOS DE ESPERA EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL SEGURO SOCIAL DE COSTA RICA

JUAN JARAMILLO ANTILLÓN*

PROLOGO

Los atrasos en los tiempos de espera para recibir atención médica general o especializada en los sistemas de Salud Pública Mundial o en los Seguros Médicos Universales, constituyen un desafío muy serio y difícil de cumplir. De hecho, en muchos países en desarrollo o ricos ya existe este problema, Inglaterra y España entre otros son ejemplo de estas fallas.

Deseo eso sí aclarar que las personas y las sociedades logran superarse y cumplir metas muy deseables cuando tienen buena salud y reciben educación. La Caja Costarricense de Seguro Social (**CCSS**) es una institución DEL ESTADO indispensable para la vida de los costarricenses. Y valga de ejemplo para ver su valor, la reciente epidemia viral por la Covid 19, que afectó gravemente al mundo provocando millones de muertes, incapacidades y causando serios problemas a los servicios de salud hospitalarios del país.

“No fue la empresa privada” la que se hizo cargo de esta grave y costosa situación; fue el sistema de servicios médicos universales del Seguro Social de Costa Rica. Sus clínicas y hospitales sirvieron a todos, con consultas e internamientos sin costo alguno durante esta crisis. A si mismo, gracias a la compra y distribución gratuita de la vacuna de Pfizer contra este virus, fue posible prevenir que miles de costarricenses no se contagiaran y enfermaran.

Es indudable que, para un país en vías de desarrollo, constituye un orgullo señalar que tenemos un sistema de salud constituido por los servicios que proporciona la CCSS con: 29

hospitales de diferentes niveles de complejidad y especialización distribuidos en todo el territorio nacional; un Sistema de Atención Primaria de Salud constituido por 105 Áreas de Salud con 1.057 EBAIS (Centros de Atención integral) que tiene una cobertura que se dice llega al 91% de los costarricenses. ⁽¹⁹⁾ Sin embargo, el problema no es solo tener, sino proporcionar con prontitud y calidad los servicios a la comunidad, algo que no está sucediendo y esa es la razón de este ensayo.

Así pues, no estamos discutiendo aquí el enorme valor que tiene el Seguro Social del país y la necesidad que siga perteneciendo al mismo. Lo que aquí se pone a discusión son las fallas que el Seguro Social tiene para atender con calidad y prontitud las citas médicas y para realizar estudios de gabinete e internamientos. Tres de cada diez costarricenses usa la medicina privada por lo menos una vez al año. ⁽¹⁹⁾ Eso, afecta seriamente sus bolsillos y presupuestos familiares, ya que, la mayoría de los enfermos que acuden a atención privada aparte de quienes tienen recursos hay un importante grupo que pertenecen a la clase media e incluso a la clase pobre y los servicios médicos privados son muy caros.

Como médico me da vergüenza que los pacientes tengan que ir desde la madrugada a pedir una cita por enfermedad en muchos EBAIS y clínicas de la CCSS, y, que los gavilanes cobran entre ₡2000 y ₡5000 por guardar un espacio a los enfermos. Según señala la periodista *Patricia Recio*. Lo anterior es una muestra de las deficiencias del sistema de salud de la CCSS, por esa razón, la empresa privada de servicios de consulta y hospitalarios está boyante y creciendo enormemente y en su mayoría de buena calidad, dando servicios, además, a miles de asegurados, que, ante las tardanzas para ser atendidos por los servicios de la Caja, recurren a la medicina privada con gran golpe para sus economías.

Deseo dejar muy claro que lo que llaman Caja Costarricense de Seguro Social, no son únicamente las cuatro paredes de los hospitales o clínicas o de sus oficinas centrales. Desde el punto de los recursos humanos, tampoco lo son únicamente las autoridades superiores, a los empleados de las oficinas. La Institución somos todos, los que damos y recibimos servicios y beneficios. Es en realidad un órgano vivo, en el cual los trabajadores y sus beneficiarios los pacientes TODOS tenemos derechos y obligaciones, y, los funcionarios de la Caja, no importa el rango que tengan, no están por encima de los enfermos, estamos para servirles a estos, por eso existimos. A su vez, ellos deben reconocer el esfuerzo que hacemos y colaborar para poderlos proteger y curarlos.

El principal reto ahora es ¿cómo encontrar la capacidad de ser eficientes manteniendo la cantidad de servicios que tenemos y, además, aumentarlos y poder darlos con prontitud y eficiencia y, así mismo, lograr equilibrar los presupuestos para cumplir con lo anterior y continuar avanzando con un seguro que nos enorgullezca? Porque, el Seguro Social nuestro es, en cierta forma, un sistema de servicios de salud ejemplar para un país en vías de desarrollo, que como ya señalamos se encuentra sufriendo problemas por diversas causas: de planificación, económicas, administrativas, de servicios y varias más. No hay una sola solución al problema ya que son múltiples las dificultades que presenta y las alternativas para resolverlas.

El Seguro Social es una institución sin fines de lucro; es decir, no tiene como objetivo producir ganancias, sino que constituye un régimen de reparto, eso significa que es un seguro basado en los aportes que proporcionan los trabajadores y patronos privados y públicos de las instituciones del Estado. Y gasta su dinero en proporcionar servicios preventivo-asistenciales a la población costarricense. Se encarga de las vacunas y controles de salud. Atiende en enfermedad a toda la población y a los embarazos y partos, y ofrece rehabilitación si es necesaria. Así mismo, con prestaciones en dinero para los pacientes en incapacidad. Además, compra equipos, construye edificios, paga a sus trabajadores, etc.

Sobre esta situación de tardanza en la atención, debo recordar un dicho que dice: “Cuando surge y problema los tontos buscan a quién culpar, en cambio los inteligentes buscan resolverlo”. Aunque algunas autoridades de la CCSS reconocen públicamente el problema, otras para esquivarlo le echan la culpa al enfermo; señalan que el servicio saturado de emergencias se encuentra así porque muchos de ellos no son verdaderas emergencias y nos dicen que estudios muestran que el 50% de las consultas de urgencias no lo eran. Pero este es un estudio a posteriori no a priori. Y equivale a creer que los pacientes pueden auto diagnosticarse. Con 60 años de práctica médica y años de ayudar a los servicios de emergencia no me siento en capacidad de afirmar que un paciente con un dolor de cabeza, mareos, cansancio, dolor de abdomen, febrícula, etc., etc. No tiene nada importante, no me atrevería a decir eso sin examinarlo adecuadamente. Y aun así a veces nos equivocamos.

Administrativamente las fallas han sido diversas y en diferentes tiempos. Por ejemplo, quitar la descentralización de los hospitales existente desde hacía algunos años responsabilizando a los directores de mal manejo administrativo de los mismos, no se dio no solo porque

algunos directores fallaron y terminó en un desorden, sino porque también hubo fallas de planificación, control y evaluación a nivel central.

ALGUNAS LAS DIFICULTADES QUE TIENE LA CCSS PARA BRINDAR BUENOS SERVICIOS.

1-Preblemas de financiamiento. Ya se hablará de ellos

2-Falta de buena administración de los recursos. Se comentará.

3-Falta de buenos programas de control y evaluación de calidad en todos los servicios administrativos y de salud.

4-La Universalización de los servicios se realizó sacrificando calidad a favor de cantidad.

5-La población tiene muy altas expectativas de recibir buenos servicios de la CCSS eso incluye con oportunidad y de calidad. Al no estar sucediendo así hay gran desilusión de los asegurados para con la institución.

6-Aumento anual exagerado en los costos de los medicamentos y equipos que se utilizan, así como en las construcciones e insumos.

7-Crecimiento natural de la población ocasionando mayor demanda de servicios.

8-No aumento en la capacidad de los hospitales en cuanto a camas, menos camas que hace 30 años.

9-Envejecimiento de la población con mayor y más costosa demanda de servicios.

10-Aumento de la atención de los pobres en la CCSS con aumento de la patología social de la pobreza, mala alimentación y educación de los niños, expuestos a más enfermedades.

11-Dificultad para implementar los programas de planificación familiar y educación sexual por rechazo de la Iglesia. Ver el alto número de embarazadas jóvenes de 12 a 18 años. Con secuelas para ellas y sus hijos sobre todo por venir de hogares pobres e inestables.

12-Mayor estrés de la vida moderna por vivir en una sociedad competitiva y llena de peligros. Ansiedad y depresión en sectores de la población.

13-Secuelas físicas y mentales dejadas en un grupo poblacional por la pandemia viral que nos afectó durante dos años.

14-Secuelas económicas que dejó la pandemia viral, menos oportunidad de trabajo para los jóvenes, más tensión emocional, depresión, necesidad de apoyo psiquiátrico.

15-aumento en los accidentes en especial de tránsito, así como en las caídas, etc.

15-Crecimiento acelerado de la violencia criminal con sus secuelas de estrés y lesiones y mortalidad en grupos juveniles. Atención en emergencias.

16-Crecimiento del narcotráfico con el aumento del crimen organizado y la corrupción de grupos de la justicia y el gobierno. Más violencia más crimen, más heridos, más muertos.

17-Los dos anteriores significan más trabajo para los servicios de emergencia de la CCSS.

18-Inmigraciónn incontrolada de extranjeros – peligro de la bomba migratoria – esos enfermos los atiende la CCSS en sus servicios de emergencia sin pago alguno.

19-Falta de apoyo de la población a las campañas educativo-preventivas para combatir, por ejemplo: el dengue, el paludismo, el sida, el fumado, el licor, la obesidad, entre otras.

20-El Seguro Social no puede darle todo a algunos, debe dar algo a todos. La Sala Constitucional en una visión moral y misericordiosa y muy humana, pero alejada de la realidad de los recursos que la CCSS designa para medicamentos, la obliga a dar productos de costo muy elevado, solo paliativo e incluso a veces hasta experimental. En los Estados Unidos hay tratamientos que cuestan ya 3 millones de dólares.

21-La CCSS tiene enemigos externos, pero los peores son los internos, como es el caso de los empleados vagos o corruptos de diferentes niveles como nos ha señalado la prensa, o los médicos “biomberos” y los que dan incapacidades a manos llenas injustificadas por motivos de amistad y otros. Por los administrativos vagabundos e ineptos en fin para aquellos funcionarios que no tienen mística de trabajo para la Institución.

22.Exceso de recursos de la CCSS que se emplean para el pago de prebendas económicas y otras granjerías a los trabajadores de la CCSS. No hablo del pago de salarios justos según trabajo y cantidad de este.

23-La infraestructura de plantas físicas de muchas clínicas y hospitales requieren ser reparadas y construir lo nuevos como es el caso de los hospitales de Cartago y luego Limón.

24-La tardanza en atender a los enfermos de la Caja, no solo es un problema administrativo, y técnico médico, sino también ético.

25-Ninguna institución pública o privada de seguros médicos puede funcionar bien, en cualquier lugar de mundo, si prepara anualmente sus presupuestos con base en los ingresos esperados por ley; pero, sin embargo, año con año, se ve obligada a recortarlos. Afectando el servicio de sus clínicas y hospitales. Y no solo el Estado no paga su cuota, sino que tampoco lo hacen muchas empresas y patronos privados.

Desde la aparición del Seguro Social en 1943, la decisión de su crecimiento y expansión en la mayoría de los casos no fue técnica sino política, para satisfacer al presidente de turno del país o a los diputados que al principio querían un hospital en cada provincia y luego un hospital en cada cantón, y no se acompañaba de un programa económico que financiara los gastos de cada expansión.

Con los servicios médicos sucede una serie paradójica, si logras una consulta más o menos temprana y el médico ordenan estudios de gabinete o cita con un especialista, esto lamentablemente puede durar meses en que los hagan o los reporten. Cuando te enteras qué para operarle una cadera o un disco de la columna que mata de dolor al enfermo, se requieren meses y hasta años de soportar un terrible sufrimiento, la desilusión es tremenda, y, te das cuenta qué, el Seguro Social de Costa Rica está dando en muchos aspectos una medicina tercer mundo. Aunque, eso si te internan como emergencia; o después de meses de espera en cirugía electiva te internan para operarte, la medicina intrahospitalaria que te ofrece el personal es de buena calidad, casi del primer mundo, en eso consiste la paradoja.

Con el fin de resolver parte del problema una Junta Directiva creó la Unidad de Listas de Espera, con un presupuesto similar o mayor que una gerencia, después de años de luchar con estas dificultades hubo que tomar otras medidas que tampoco han dado resultado como se verá.

INTRODUCCION

En Costa Rica desde la década de los noventa comenzó a agravarse esta situación deficitaria en los servicios médicos de nuestro Seguro Social al asumir la Caja, cubrir a toda la población con los servicios de Atención Primaria, con médicos generales y especializados. El desafío era y continúa siendo en lograr alcanzar en el menor tiempo posible tiempos de espera razonables y, además, calidad en la atención.

La Academia de Medicina ha señalado que la CCSS acumulo al presente problemas convertidos en crónicos originados por fallas en su gestión financiera, administrativa, de recursos humanos y, en especial debidos a una mala gestión clínica. Las consecuencias más agobiantes para los usuarios son las esperas muy prolongadas en sus citas médicas, agravada por la fuga de especialistas de la propia Caja. La Institución adolece de los profesionales médicos en diversos campos y otro personal apropiado para la atención clínica y hospitalaria de para los cientos de miles de enfermos que acuden a sus servicios. Señala, además, la necesidad de protocolos adecuados de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades especialmente intrahospitalarias y en los otros niveles de atención. Ejercer un buen control de las hospitalizaciones prolongadas innecesarias. Hace ver que se requiere descongestionar los servicios de emergencias donde lleguen pacientes electivos que lo que requieren es consulta especializada y dedicar todos los recursos a las verdaderas emergencias. Recomienda con insistencia el uso de atención diurna y nocturna de especialidades en las clínicas, evitado así que los enfermos vayan a emergencia. Se debe valorar objetivamente la compra de algunos servicios a terceros sobre todo si son de menor costo e igual calidad que los de la institución. ⁽¹⁾ Estos puntos serán analizados en este documento.

Hasta la década de los 80, yo me opuse a cualquier intento de que la CCSS invirtiera en medicina privada, pese a que, los estudios que hice y los países desarrollados que visite con Sistemas Nacionales de Salud o Seguros Sociales Universales, mostraban que TODOS sin excepción hacían uso de la medicina privada para complementar sus servicios, sin que esos se considerara privatizar los sistemas.

Siempre tuve desconfianza de una compra de servicios de consultas médica, pero, el buen funcionamiento de las Clínicas cooperativizadas que la CCSS dio para que brindaran servicios de atención médica a sectores de la población me convenció de la bondad del uso de la medicina privada a nivel de consulta general y especializada; ya que ellas mostraban lograr mejores resultados que clínicas de la CCSS similares. Y incluso, a pesar de tener menos personal daban más consultas, salían más baratas que las institucionales y existía satisfacción plena de las comunidades donde daba servicios. Hecho que en su tiempo comprobé personalmente y con estadísticas, que publique en mis libros. ⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾ En todo caso, la Comisión Intergerencial de la Caja Costarricense de Seguro Social, encargada en el año 2020 de estudiar la conveniencia o no de prolongar los contratos con las áreas de salud de las cooperativas de Pavas, Desamparados, Santa Ana, Escazú, San Francisco, San Antonio, San Pablo, Barva, Tibás, La Carpio-León XIII y Sebastian-Paso Ancho.

Señaló, que, desde un punto de vista estrictamente financiero-actuarial, NO SE CONSIDERA CONVENIENTE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE ESAS ÁREAS, PUES IMPLICA UN COSTO ADICIONAL DE HASTA UN 60% con respecto a la alternativa de continuar con la figura de contratación de proveedores externos como son las cooperativas.

Por esa razón me parece que la Institución puede aceptar el apoyo que propongo de la consulta externa privada médica y de algunas tecnologías y la forma de pago. NO HAY OTRA SOLUCIÓN si se quiere disminuir los tiempos de espera en la medicina especializada.

El gasto en salud de Costa Rica como porcentaje del producto interno bruto (PIB) es de 7,2% según señala en abril del 2023 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Estamos por debajo del gasto promedio que es de 8,8%. Incluso nos superan: Panamá, El Salvador y Honduras, Colombia, Ecuador, Chile, Cuba, etc.

Estamos llenos de problemas debido en parte a que el Estado ha fallado con la contribución económica que por ley le corresponde proporcionarle a la CCSS y por la otra parte, por no ayudarse de la medicina privada para la tardanza de sus citas con especialistas e internamientos.

Como vimos, la evaluación de la labor de las cooperativas en cuanto a costos es mucho más bajo que las áreas similares de la CCSS. Se conoce que las comunidades a las que dan servicios están conformes con su trabajo. Creo que vale la pena, hacer una nueva evaluación de dichas Cooperativas no solo para que, continúen atendiendo con satisfacción a los asegurados de cada área que suman más de 500.000 mil personas, sino también, si la evaluación señala buenos resultados, entonces sugiero extender sus servicios, privatizando más áreas de EBAIS y sus clínicas de apoyo de la Caja usando las mismas cooperativas. Esto se haría basados en informes y criterios técnicos sobre sus costos, eficiencia y sitios a hacerlo. La prensa en su oportunidad señaló que, retomar el control de la atención primaria ofrecida con éxito por la Universidad Iberoamericana para 200.000. personas en Montes de Oca, Curridabat y la Unión, tuvo costos más elevados para la CCSS. ⁽¹⁰⁾ ⁽²⁵⁾

SOBRE CONTRATAR SERVICIOS DE INTERNAMIENTO HOSPITALARIOS PRIVADOS

Aunque no es tema de este trabajo si quisiera hacer la siguiente anotación a ese respecto. Hay que tener cuidado con esto pues los costos de internamiento en los hospitales privados son muy elevados comparados con los de la CCSS. Por eso no los trato en este ensayo formalmente.

Habría que ponerse de acuerdo con los costos de estancia hospitalaria diarios de cada especialidad que se desea internar, así como los costos de operación en su totalidad o si solo se usan las salas y se opera con el personal de un hospital si se tiene este recurso. Pero, los costos de un parto, una cesara, una operación del apéndice, hernia, etc. No los poseo en este momento, pero hace unos años era muy bajos en la CCSS comparados con los mismos costos de los atendido privadamente. Por ello esta opción se debe estudiar con mucho

cuidado antes de proponerla ya que la gravedad de algunas patologías, su intervención y duración en cuanto a estancias diarias son difíciles de pronosticar.

En los hospitales privados cobran aparte del uso de sala de la sala operaciones como planta física, el personal de enfermería y auxiliar para que funciones. El tiempo de duración de la operación y el material gastado. Aparte se cancela el cirujano, los ayudantes y el anesthesiólogo. Luego el costo diario del cuarto, la alimentación, el costo de los medicamentos, los sueros y aparte, la aplicación de cada suero o inyección, etc.

Para el uso de hospitales privados, lo ideal es llevar el equipo de cirujanos, anesthesiólogo y enfermeras de la CCSS, para usar solo el espacio de la sala de operaciones. Los casos privados deberían ser muy sencillos en cirugía general como: hernias, hemorroides, vesículas. Cada especialidad ya sea oftalmología, urología, ortopedia, deben señalar sus casos a operar. A pesar de lo anterior es posible que en los inicios haya que operar casos serios con tiempos muy prolongados de espera. Sin embargo, el periodista Diego Bosque relata que la CCSS pagaría un 60% de cirugías menores en quirófanos privados. ⁽⁸⁾

Debo señalar que el número de camas privadas hospitalarias es de un posible 10% de lo que tiene la CCSS. No me fue posible obtener el número de camas en los hospitales privados vía Internet, aparece solo el Hospital CIMA con 103 camas. En todo caso esos hospitales deben tener un mínimo de estancias hospitalarias de por lo menos 60% para que sean rentables. Señalo lo anterior para que nadie se haga ilusión con que con las camas privadas restantes que pudiera la CCSS utilizar, se va a resolver el problema de la falta de camas de CCSS, pues las utilizables son relativamente pocas.

Aunque parezca un chiste, dada la tardanza de los internamientos hospitalarios de la CCSS, a meses o años. La Memoria Institucional de la CCSS del 2021, señala que el índice ocupacional hospitalario alcanzó el 70% a nivel del país. O sea, los hospitales de la Caja tienen un 30% de camas no utilizadas anualmente.

LA LEY EXIGE LA ATENCIÓN INMEDIATA DE MUCHOS PACIENTES.

La Sala Constitucional o Sala IV de la Corte Suprema de Justicia, señala que garantizar el derecho a la salud es una obligación del Estado en términos de prevención y tratamiento.

La Sala IV con una razón moral pero no administrativa señala que LA SALUD NO TIENE PRECIO y por ello hay que darle todo a algunos, sin pensar que el queque no alcanzará en el futuro para todos con esta política. La Caja debería demostrar a los señores magistrados que muchos de los casos son para tratamientos paliativos muy costosos que piden los médicos privados o de la propia Caja, estando algunos incluso en fase de experimentación. En Inglaterra y España hay una unidad que aprueba los medicamentos para sus sistemas de salud que la ley respeta. Reconozco como persona, no como administrador qué si yo o alguien de mi familia necesita con urgencia un medicamento y la CCSS no me lo da, recurriría a la Sala IV. Los tratamientos actuales en cáncer incluso paliativos no curativos, cuestan cifras del \$100 mil dólares anuales o más y si se trata de problemas genéticos hasta de \$3 millones de dólares.

Reiteradamente la Sala Constitucional o Sala IV ha dictado fallos favorables sobre la tardanza a miles de enfermos a los que no se les da cita con especialista o no se les operan a pesar de indicación médica. Pero esto resuelva el problema de una persona y se lo crea a otra; ya que entonces en los hospitales de la CCSS para cumplir con esta orden atrasan el tratamiento de un paciente que estaba en la lista de espera. Se cumple con uno y se deja atrás otro.

TIEMPOS DE ESPERA EN ALGUNOS PAISES

Entre los países de Europa miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCD) las citas para una primera consulta de medicina general externa (electiva) de 2 a 3 días, y, varía para consulta con especialistas desde 15 días (Finlandia) a 3 meses en otros países. En cuanto a operaciones (cirugía electiva) de 3 a 6 meses. Todos los países reconocen que, para responder adecuadamente a la demanda, se requieren aumentos

permanentes en sus presupuestos, incluso financiamientos adicionales. En Costa Rica es al revés, cada año que pasa, del aporte (cuota) del Estado para el Régimen de Enfermedad y Maternidad, no se le hace aporte alguno o solo una parte y por ello siempre en el campo financiero la CCSS es deficitaria, esa es una de las grandes razones de por qué, le cuesta cada vez más a la Caja cumplir con sus compromisos y crecen sus deficiencias.

PROBLEMAS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Tengo la impresión que sin la participación de la medicina privada no se si en las consultas de medicina general, pero si en la especializada, en forma organizada y bien evaluada, la CCSS jamás podrá mejorar sus tiempos excesivamente prolongados de espera. La Caja dio en el año 2021 la cantidad de 10.826.761 consultas médicas: 73% de medicina general y 27% de medicina especializada. Además, de 4.969.965. consultas de urgencias. Con un aumento de un 7% a 10% o más cada año.

En la CCSS laboran un total de 7.874 médicos. En labores administrativas 544. Residentes 907. Médicos asistentes 2.620. Médicos especialistas 3.803. No se anota un pequeño grupo haciendo servicio social.

El total de funcionarios de la CCSS llega en el 2021 a 65.068. En los hospitales está el 33%. En las regiones el 56% y a nivel administrativo central 9%.

Las consultas las dieron seres humanos con el título de médico-cirujano, que trabajan en la consultas externas. Señalo lo anterior porque para cualquier proceso para mejorar los servicios institucionales, debe haber una excelente relación médico/institución/. No debe haber enfrentamientos ni antagonismos entre las autoridades y los médicos.

El agente de gasto de los servicios médicos de la CCSS no son los pacientes, es el médico, él es el SUJETO DE GASTO, ya que él decide: cuanto/cuando/como/ y donde/ se gasta el dinero de la Caja para atender al paciente. Cuanto: En planificación son los que señalan la posible cantidad necesaria para dar buenos servicios y que tipo de medicamento u operación se necesita, así como incapacidad o no. Cuando: da la consulta y determina la

demanda subsecuente de servicios Como: que sistema de servicio prestar y que tecnología a usar (laboratorio, radiología, etc.). Donde: en que áreas se darán esos servicios. Aunque en esto último la política ha estado desplazando a la opinión médica. Además, debemos recordar que: el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el pronóstico del enfermo son producto exclusivamente del médico. Y finalmente, sobre todo, del médico depende el buen trato al paciente.

Si queremos hacer alguna economía y bajar costos, empezar solicitando a los médicos jefes mejores controles de las acciones de sus servicios en todas las especialidades. Se deben controlar el posible exceso de consultas y de las incapacidades en consulta externa. De estancias hospitalarias prolongadas entre otras acciones. Por supuesto esto es igual para cualquier jefe de cualquier otro servicio no médico.

Para muestra un botón: en el año 2021 se dieron 20.145 incapacidades entre los 65.068 funcionarios de la Caja. Esta cifra de incapacidades entre el personal me parece muy elevada y sujeta a controles y correcciones en el futuro. Como estábamos inmersos en la Pandemia Viral Covid-19. Esperar otro año como el 2023 para hacer la misma evaluación.

TIEMPOS DE ESPERA

1-Tiempo que se tarda en obtener una cita y ser visto en medicina general

2-Tiempo que se tarda en que le realicen a uno los exámenes y estudios solicitados por el médico general

3-Tiempo que se tarda para que los radiólogos interpreten un estudio solicitado

4-Tiempo para ser nuevamente visto por el médico general para que nos informe sobre los exámenes y estudios de gabinete ordenados y conducta a seguir.

4-Tiempo que se tarda en ser visto por un especialista. Solicitado por el médico general.

5- Tiempo que se tarda en que vuelvan a dar una segunda cita con el médico especialista

para que nos informe sobre los resultados de exámenes y estudios pedidos e inicie un tratamiento.

Esos tiempos de espera son para la medicina electiva no solicitudes de urgencias, ni citas para ser visto por los servicios de urgencia. Se puede ver entonces que lleva no días sino meses la cantidad de tiempo que se gasta entre la primera consulta, revisar exámenes o estudios por los radiólogos y para ser enviado con el especialista, etc., etc.

Se aprecia pues, que el problema no es solo obtener una cita médica, sino además lograr que en forma oportuna nos hagan los exámenes y estudios solicitados por el médico general o por el especialista, y que a su vez los interpreten los radiólogos y que vuelvan a dar cita para informar de los estudios.

TIEMPOS DE ESPERA POR ESPECIALIDADES

Una pequeña muestra de la gravedad del problema de los tiempos de espera irrazonables y desproporcionados se pueden ver de acuerdo con los siguientes datos:

TIEMPO PARA CITAS PARA LA CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.

Para recibir una cita en la consulta externa con un especialista los pacientes deben esperar 395 días promedio. Pero en oftalmología es de 727 días, urología 575, vascular periférico con 574, le siguen con cientos de días: ortopedia, otorrino, rehabilitación, dermatología, ginecología, cirugía general, etc. ^{(5) (23)}

En psiquiatría se tarda seis meses (180/d), en promedio en dar la primera cita, pero para muchos de esos enfermos con pensamientos suicidas y sin encontrar ayuda oportuna, eso significa perder su vida. En CR han aumentado las muertes por esta causa, En el 2022 fallecieron por suicidio 429 personas. El Hospital Nacional de Salud Mental situado en Pavas, es el único que atiende emergencias. En la CCSS hay 111 psiquiatras; o uno por cada 50.000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda uno por cada 10.000/h.

En los 1100 EBAIS que son el primer nivel de atención apenas hay cien psicólogos-No hay psiquiatras. ⁽⁴⁾

TIEMPO PARA SER OPERADO:

Para agosto del 2023 había 176.919 cirugías pendientes en los hospitales de la CCSS. Cirugía odontológica 847 días. En neurocirugía el tiempo de espera era de 791 días y en ortopedia de 743. Cateterismos cardiacos 345 días. En cirugía torácica en el Hospital Calderón Guardia la espera es de 757 días. Para operar una catarata 306 días de espera. Se ha reportado que 1.958 pacientes de la lista de espera fallecieron mientras aguardaban una operación. Se informo que aproximadamente solamente 7.500 enfermos se operaron privadamente. ⁽⁹⁾

TIEMPO PARA ESTUDIOS ESPECIALES

Tiempo de espera para un ultrasonido general es de 313 días. Una persona relata que teniendo un cáncer de mama le dieron cita un año después para hacerle un ultrasonido y para una endoscopia 180 días. para un simple electrocardiograma 3 meses. TAC sin medio de contraste 50 días. ^{(2) (5)}

Para mamografías se creó un programa con participación de la empresa privada para disminuir los tiempos de espera. Al parecer incluso salen más baratas que el costo que cada una tiene en la CCSS. Por esa razón un editorial del periódico La Nación señalaba que si una mamografía sale más barata en una clínica privada ¿por qué pagarlas más caras y obligar a la paciente a una larga espera con riesgos para su salud? ⁽¹¹⁾

La distinguida periodista Angela Avalos, quién desde hace años con sus publicaciones desnuda a la CCSS en sus fallas. Señala recientemente que, 4.500 enfermos esperan ochos meses resultados de una Tomografía Axial computarizada (TAC) en el Hospital México. En el Hospital Calderón Guardia se tardan 5.298 días. Al parecer esto se debe a carencia o renuncia de radiólogos. ⁽⁵⁾ Desgraciadamente las lesiones de muchos pacientes se agravaron

con el tiempo. Fijarse que no es para que hagan el procedimiento, sino para que sea reportado.

OTROS PROBLEMAS

1-Hay que ver si existen áreas donde falten médicos generales o la consulta con estos es tardía. Se debe comprobar si lo hay en los EBAIS existentes y en otros niveles. Para corregir esto y lograr dar las citas en menor tiempo, nombrar más en la consulta en el horario tradicional y para consultas vespertinas hasta 10 pm. Muchos pacientes se quejan de citas muy cortas de menos de 15 minutos.

2-Como se explica el tener que llegar a una cita a las 3 de la mañana a un EBAIS, para ser visto por un médico, si se supone que hay suficientes médicos para dar normalmente las consultas que requieran los ciudadanos del área en el horario tradicional. Se puede pedir por Internet, pero muchas personas no dominan eso.

3-En clínicas y Hospitales se deberá trabajar con extras fuera del horario tradicional, desde las 4 pm a las 10 pm, consultas con especialistas y operaciones sin internamiento.

4- El personal de apoyo para la consulta; mínimo secretaria, auxiliar de enfermería y misceláneo. Y personal para las salas de operaciones. Anestesiólogo, instrumentista, auxiliar de sala y encargado de limpieza, lavado y esterilización de los equipos.

5-Planta física adecuada para el buen funcionamiento de todos los servicios, en especial donde dar la consulta en horario tradicional y vespertino. Y de salas de operaciones.

6-Laboratorios con suficiente personal para realizarlos los exámenes solicitados y quién los reporte en forma rápida y oportuna.

7-Equipos de gabinete en la CCSS, en cantidad suficiente para realizar los estudios que se solicitan en forma rápida y oportuna. Hay una clara falta de equipos, radiólogos y técnicos.

8-Faltante de médicos especialista: en las especialidades y áreas deficitarias para la consulta externa, en jornadas matutinas usual y vespertinas de lunes a viernes de 4 pm a 10 pm además, de sábados y domingos y feriados en horarios a convenir.

(OJO) La Dra. Rosa Climent, gerente médica de la CCSS, en el 2010 había señalado que la Caja requería de 1.200 especialistas más. ⁽¹⁸⁾ Pero no se cumplió con eso.

9- Resolver el déficit de consultorios para aumentar las consultas o el horario tradicional matutino y vespertino. Problema de planta física.

10-Mismo problema deficitario en laboratorios y gabinetes.

11-Ejercer control sobre la cantidad y tipo de personal contratado.

Del año 2006 al año 2010, la planilla e la CCSS creció de 37.000 a 48.000 personas. De los 11.000 contratados solamente 900 eran médicos, enfermeras y personal afín, el resto era personal administrativo. No era personal necesario en su mayoría, sino que la CCSS seguía instrucciones del presidente Oscar Arias y de su Plan Escudo para resolver problemas de empleo público, generados por la crisis económica del 2008.

12-LOS EBAIS SI bien HAN SIDO BENEFICIOSOS EN MUCHOS SENTIDOS, EN OTROS, NO PARECEN HABER CONTRIBUIDO A RESOLVER ALGUNOS PROBLEMAS Y SU POSIBLE ALTO COSTO HA DE ESTUDIARSE URGENTEMENTE.

El Dr. Ronald Evans, el Dr. Robinson Rodriguez ambos expertos en Salud Pública y Administración de Servicios de salud y el que escribe, creemos que los EBAIS base del Nivel Primario de Atención de la CCSS, no han resultado ser la solución de algunos problemas muy serios como haber contribuido a descongestionar las citas de especialidades. Y creemos que se debe dar respuesta a los nuevos problemas con políticas de salud que desplacen a las anteriores no efectivas como fueron las de la década de los noventa. ⁽¹³⁾

13-EL PROGRAMA DE LOS EBAIS ES MÁS COSTOSO QUE EL DE LOS HOSPITALES

Un problema muy serio señalado por Alvaro Ramos expresidente ejecutivo de la CCSS, se refiere a que los estudios actuariales de la Caja señalan que del 2019 al 2021 los servicios

de atención primaria en el Área de Salud o sea EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, su gasto pasó el 29% al 52%. Esa explosión pareciera contradecir que los costos de la atención de internamiento hospitalario son lo más elevados y eso no parece tener una buena justificación. La Organización Internacional de Trabajo OIT indica que hay una abundante evidencia empírica que señala que en los sistemas de salud a nivel mundial es siempre mayor el gasto en el nivel hospitalario que en el nivel primario. ⁽²⁴⁾ Sin embargo hay que tener en cuenta que se estaba atendiendo problemas de la pandemia viral, con mas pacientes de este tipo, pero menos de los usuales.

14-DEFICIT EN EL NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS POR 1000/HABITANTES.

Número de camas hospitalarias por mil habitantes suficientes para atender las demandas de internamiento de las diferentes especialidades. Actualmente deficitaria-uno de los más bajos del Continente. Costa Rica tienen 1,10 camas por mil habitantes. Solo están por debajo México 1,01. Venezuela y Nicaragua con 0,9 y Guatemala con 0,4. Por encima de nosotros están: El Salvador y Bolivia con 1,3. Perú 1,6. Colombia 1,71. Chile 2,06. Brasil 2,09. Canadá 2,5. Uruguay 3. Estados Unidos 2,87. R. Dominicana 3,3. Argentina y Cuba con 5,0. Otros: Inglaterra 2,46. España 2,97. ISRAEL 3,0. China 4, 3. Miembros de la OCDE de Europa 5,04.

COSTA RICA CAMAS HOSPITALARIAS

COSTA RICA	AÑO	AÑO
	1980	2021
POBLACION DE COSTA RICA	2.737.000	5.100.000
CAMAS DE LA CCSS	6.832	5.574
CAMAS POR 1000/HABITANTES	2,56	1,1
EGRESOS HOSPITALARIOS	301.575	288.188

La ocupación en ese año era de 94% de las camas, pero estábamos inmersos en la pandemia viral que trastorno todos los servicios hospitalarios.

En el faltante de camas, además, tener en cuenta que con el tiempo la población envejeció y esto aumenta las demandas de camas, por enfermedad. Tenemos menos camas que en el 1985 y, sin embargo, la población se duplicó. Se ve que no hubo ninguna previsión en cuanto a las necesidades futura que tendría la CCSS en este y en otros muchos parámetros. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾
⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁸⁾

Con la Ley de Traspaso de todos los Hospitales públicos a La Caja, para crear un sistema hospitalario público único regentado por la CCSS. Se creyó que con esos traslados de todos los hospitales publico regentados y pagados por las Juntas de Protección Social con los dineros de la lotería resolvería “definitivamente” el problema de camas, sin acordarse de que esas estaban siendo ocupadas por la población pobre del país, que la Caja de por si se responsabilizaba de continuar tratando. ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾

15-Suficientes salas de operaciones para aumentar el número de operaciones según las necesidades de la Institución. Otra paradoja, parece haber muchos quirófanos paralizados por falta de anesthesiólogos.

16- Insistimos en que en todos los hospitales se debe aumentar el número de cirugías ambulatorias en las tardes y hasta las 10 pm sin internamientos.

17-En el momento actual hay una sobrecarga de trabajo en todos los niveles hospitalarios, hay que corregir esto.

18-TIEMPOS DE INTERNAMIENTOS PROLONGADOS. Hay que ejercer buenos controles sobre el tiempo de internamiento de pacientes, entre el ingreso y el tratamiento u operación y el alta posterior. Los médicos de la Academia de Medicina señalan que hay hospitalizaciones que duran 20 días para procedimientos que duran unas horas y que deberían estar internados por un día si no hay complicaciones. ⁽¹⁾ Según el Dr. Alvaro Ramos el gasto hospitalario carece de mecanismos robustos de planificación, ejecución y evaluación, que

brinden razonabilidad de la eficiencia y calidad de la inversión. ⁽²²⁾ Recientemente el Banco Mundial apoya lo señalado por el Dr. Ramos.

19- Gastos innecesarios solicitando exámenes y estudios de gabinete no bien justificados y que sobrecargan la labor de otro servicio.

20-RALIZAR ESTUDIOS COMPARATIVOS DE LOS DIVERSOS PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DE LOS HOSPITALES.

Tanto de medicina interna como de cirugía y gineco obstetricia. En pediatría eso es difícil pues solo hay un hospital nacional

Realizar controles a los manuales de procedimientos (PROTOSCOLOS) de cada servicio para el manejo de sus enfermos. Estudio de las estancias de internamiento antes y después de una operación o tratamiento, tipos de intervenciones, infecciones y otras complicaciones. Estudiar las estancias postoperatorias según la complejidad del caso, su justificación científica o moral y sus costos, etc. Y es que tenemos los posoperatorios de los ancianos, muchas familias los deje “votados” no vuelven por ellos, o lo hacen muy tardíamente a pesar de que se les manda los avisos respectivos. Moralmente es imposible darle salida a la calle (no saben la dirección de su casa) aunque ya no necesitan estar en el hospital. Si el apoyo del hogar es negado hay que enviarlo al Carlos María Ulloa si este tiene campo. Ya que esas estancias prolongadas impiden el ingreso de otros pacientes para operarse. Los controles de estancias hospitalarias deben ser hechos en cada hospital y un equipo o “Comisión de rendimiento de la labor hospitalaria” revisarlo comparándolo con otros hospitales similares buscando estandarizar estos.

21-La CCSS debe destinar más recursos a mantenimiento de las plantas físicas ya que hay gran cantidad en mal estado, y para construir las nuevas. Cartago ya no puede esperar más por su nuevo hospital de la CCSS y luego Limón se habla para el 2027, pero no hay aún presupuesto según parece.

22-La CCSS debe ganarse la voluntad del personal de sala de operaciones de los hospitales con el fin de lograr que estos trabajen horas extras en las tardes, para poder disminuir la lista de espera en cirugía. En el hospital de San Carlos los quirófanos se emplean de las 7 am a 7 pm y a veces hasta las 10 pm. Los cirujanos y el personal de sala han duplicado el número de operaciones diarias. Pero debe existir el presupuesto para esto. En oftalmología y otras especialidades esperan estar al día con las citas antes que finalice el año, según señala la Prensa. La Caja ahí esta ayudando para que se logre esto. Lo mismo el personal de cirugía todo tipo del hospital.

23-SECTOR SALUD PRIVADO PROPONE PLAN PARA AVANZAR EN LISTAS DE ESPERA.

La periodista IRENE RODRIGUEZ nos entera que, La Cámara Costarricense de Salud, que reúne a clínicas y hospitales privados, propone abordar la problemática de las listas de espera con proyectos puntuales en las especialidades con tiempos críticos como Ortopedia, Oftalmología, Radiología, etc. ^{Un} Editorial del periódico La Nación habla de un camino para dejar atrás las listas de espera.

A la fecha desconozco si autoridades de la CCSS se han reunido con esta Cámara, ya que ofertas como esta no deben dejarse de lado, hay que ver si se podría llegar a un acuerdo. SIN TEMOR A QUE LOS SINDICATOS DIGAN QUE SE ESTA PRIVATIZANDO LA CAJA. Yo me manifiesto a que haya conversaciones al respecto, porque insisto. EN TODOS LOS SEGUROS SOCIALES UNIVERSALES DEL MUNDO DE LOS PAISES DESARROLLADOS, ESTOS SE AYUDAN DE LA MEDICINA PRIVADA. En nuestro país hay 175.630 personas esperando una cirugía con citas a muchos meses y hasta años. Eso significa que la patología de esos enfermos se puede agravar y con ello peligran su salud y su vida. Y cuando una paciente con un cáncer de mama le harán un ultrasonido dentro de dos años, la crisis es total. ⁽⁶⁾ ⁽²⁶⁾

24-Hay que elaborar un Plan Maestro para resolver inicialmente el problema a corto plazo. Buscado ayudarse de todos los recursos que tiene el país en este campo.

25-FALTA DE RECURSOS ECONOMICOS DISPONIBLES PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS PLANTEADOS.

Como es de conocimiento público, el Gobierno debe aportar una cuota estatal para la CCSS de acuerdo con el artículo 73 de nuestra Constitución Política, en que se señala el auxilio del Estado para complementar el aporte de los trabajadores y patronos a la seguridad social para financiar los sistemas de salud y pensiones de los trabajadores.

El Ministerio de Hacienda a octubre del 2023, no ha anunciado si este año, va a pagar todo o por lo menos parte de la cuota del Régimen de Enfermedad y Maternidad que le corresponde. En el aporte de su cuota estatal para IVM por tercer año consecutivo el gobierno solamente aportará una parte y su déficit será de ¢71.000 millones. ⁽⁷⁾

La CCSS aprobó un presupuesto para el año 2023 de ¢5,7 billones un 7.5% más respecto al año anterior. 63% se destinará al Seguro de Salud y de maternidad; 34% al de IVM y 3% al RNC.

Visto así, el primer responsable de las listas de espera es El Estado, además los responsables de los gastos en los hospitales, clínicas y EBASIS deben gastar prontamente lo presupuestado, no pueden quedar remanente de ese dinero.

Recientemente, Alvaro Ramos expresidente Ejecutivo de la CCSS señaló que ve muy difícil que la deuda del estado con la Institución sea cancelada, por lo menos no en los próximos tres años. 33 EXPERTOS COINCIDEN EN QUE DEUDA DEL ESTADO CON LA CCSS ES UNO DE LOS MAYORES RIESGOS FINANCIEROS DE LA INSTITUCIÓN. ^{(20) (21)}.

Por cierto, fue don Alvaro Ramos como presidente y la junta directiva que presidía, la que subió los salarios de los trabajadores de la CCSS y estuvo de acuerdo en pagar el retroactivo al 1 de enero del 2020, a pesar de avisos de los actuarios del efecto negativo económico de esa medida y que costó 29.000 millones de colones.

26-SOLUCIONAR LA FALTA DE PAGO DEL ESTADO COMO TAL O EN CUANTO A LA CUOTA DE LOS TRABAJADORES EN EL REGIMEN DE ENFERMEDAD MATERNIDAD Y LA CUOTA PARA LA ATENCIÓN en IVM (pensiones).

El gobierno a agosto del 2023 le debe a la CCSS en el rubro de Enfermedad y Maternidad (SEM) la suma de ¢2.546.597,29 millones. Ahí incluso están incluidos el viejo traspaso de los servicios de Atención Primaria del Ministerio de Salud a la CCSS. Cuotas complementarias y subsidiarias del Estado y los asegurados por el Estado que se señalan abajo. Otras cuotas Estatales, ley de indigencias, código de la niñez, etc. Se sé hubiera contado con esa suma o por lo menos la mitad de ella, desde el punto de vista económico la Caja estaría muy bien y podría cumplir sus compromisos de más plantas físicas, personal y equipos y eso nos pondría a la par de los Sistemas de Salud o Seguros Universales de los países desarrollados como estuvimos hace años.

Como ya relatamos. En el momento actual solamente si uno es internado recibe una medicina buena como de país desarrollado, pero en cuanto a los problemas ya citados somos un seguro ni siquiera de país en vías de desarrollo. Aparte el Estado debe al Seguro de Invalidez Vejez y Muerte (SIVM) la suma de ¢531.195.13 millones. (20) (21) A pesar de lo anterior, la CCSS en al año 2022 tuvo ingresos en el SEM por la suma de ¢3.569.136,1 millones y los egresos solamente de 3.148.272.8 millones. Aunque eso no quiere significar que se gasta menos dinero, ya que él faltante puede estar comprometido para pagar deudas u otros compromisos adquiridos. ⁽²¹⁾

De acuerdo con lo anterior las cuotas de los trabajadores y el aporte de los patronos han sostenido y sostienen los servicios de salud que proporciona la Caja Costarricense de Seguro Social desde hace muchos años y hasta el presente.

27-PROBLEMAS PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS POBRES DE PARTE DE LA CCSS.

Según la Contraloría el FODESAF no le transfiere recursos a la CCSS para el programa de ASEGURADOS POR EL ESTADO (300 mil o más personas en pobreza o pobreza extrema)

desde setiembre de 2021 a agosto 2023, la deuda se acumula siendo de ¢405.338 millones (el principal e intereses). A pesar de eso la Caja ha seguido atendiendo a este sector.

28- EL FRACASO DE LA UNIDAD TECNICA DE LISTAS DE ESPERA (UTLE), PARA ACORTAR LOS TIEMPOS DE ESPERA.

A pesar del continuo crecimiento de las listas de espera para citas con especialistas, con tecnología especial o cirugías. Esta Unidad no ejecutó ¢37,457 millones o sea el 40% de los fondos asignados en los últimos años 15 años. ⁽³⁾

En el periodo entre el 2018 y 2023 se dispuso de ¢51.181, 5 millones para financiar el fondo de Unidad Técnica de Listas de Espera (UTLE). En el año 2020 disponía de ¢20.140 millones, pero solamente utilizó ¢9.740 millones (49% del presupuesto).

29- EL GRAVE PROBLEMA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS.

Aunque no van a ser tema de este pequeño estudio, no podemos dejar de señalar que éste es, un problema urgente a resolver, pues es una injusticia no dar con puntualidad y eficiencia en estos servicios que son el espejo de los servicios médicos de la CCSS.

Para quienes como el autor hemos estado en servicios de emergencia acompañando a enfermos o siendo enfermos nosotros mismos, nos da tristeza la lentitud en la atención, sobre todo por falta de espacio físico y de personal, falta de sillas y hasta de camillas. Algunos pacientes han estado hasta 24 horas en una camilla en el pasillo o corredor por falta de cama para internarlo. Estos servicios están muy congestionados y por eso al igual que nosotros, más de uno prefirió ir a un servicio de emergencia privada de alto costo. La CCSS manifiesta que están con una “ocupación muy alta, llenos de personas con problemas respiratorios agudos accidentados de tránsito, ancianos descompensados de su presión arterial o diabetes, y caos de traumas (caídas) y balazos por violencia.

Según cifras reportadas por la periodista *Irene Rodríguez* de enero a octubre se dieron en esos servicios 5 millones de consultas un 7,7% más que en el año anterior. Las autoridades han habilitado consultas vespertinas en algunas áreas (suponemos que de especialistas) en los hospitales, para dar solo un ejemplo el Hospital San Juan de Dios registraba una ocupación de 157% por lo que había 70 pacientes sin poder ser internados por falta de camas.

30. CREACION DE UNA UNIDAD DE ESTUDIOS DE EFICIENCIA Y COSTOS DE LA MEDICINA MODERNA QUE SE HA HECHO MUY COMPLEJA

Se necesita saber financieramente si la CCSS estará en condiciones de determinar los costos crecientes de la medicina moderna en cuanto a las diferentes tecnologías y sus costos, lo mismo en cuanto a los nuevos medicamentos. En otro tema se toca este problema.

31. AUMENTO URGENTE DE PLAZAS PARA RESIDENCIA DE ESPECIALIDADES.

La CCSS y el CENDEIS, deberán con urgencia aumentar el número de plazas para la formación de residentes en las especialidades deficitarias, para así poder suplir el número que el país requiere. Hay que acordarse de que se necesitan entre 2 a 5 años para formar algunos especialistas necesarios. En el 2010 Como vimos, la gerente médica de entonces señalaba que había un faltante de 1200 plazas de especialistas.

32-GENERALIDADES

No hay la menor duda que los servicios médicos en el Seguro Social de Costa Rica, están siendo incapaz de hacer frente a las diversas demandas que requieren sus pacientes para ser cubiertas en un tiempo razonable y con servicios de calidad. Lo anterior ha generado desde hace muchos años gran descontento entre los asegurados y sus enfermos, quienes

en muchos casos han recurrido a la medicina privada con costos muy serios para sus economías. Esto se debería acabar si se logra aumentar la atención tanto en la consulta externa como en los internamientos hospitalarios.

Los esfuerzos que hasta el presente ha realizado la CCSS para resolverlos no han sido satisfactorios y sus largos tiempo de espera para recibir atención, lo que causan es un mayor agravamiento de su dolencia e incluso hasta la muerte. La Caja debe entender que, a mayor tardanza en la atención de sus enfermos, esto puede causar mayores costos en la atención porque los enfermos se deterioran más. Otro problema no solo es la falla en los recursos humanos, de infraestructura y equipamiento, la disponibilidad adecuada en tiempo para el uso de ellos, sino también que los médicos y enfermeras sean competentes, o sea, estén muy bien preparados. Por esa razón como señala Claudio Arturo Arce Ramírez ⁽²⁾ el aumento de la capacidad institucional (la contratación del recurso humano, de equipos y de tecnología) ha de ir de la mano con el establecimiento de un periodo máximo de tiempo, en el cual se garantice al asegurado la atención de su caso; y señala algo que conozco personalmente. Se trata de “una costumbre o derecho del enfermo” existente en diversos países de Europa con Sistemas Nacionales de Salud o Seguros Sociales Universales, ya que, después de un periodo máximo para ser atendido y tratado médica o quirúrgicamente de una patología, el paciente si no recibe la atención en ese lapso, tiene derecho a realizarse el procedimiento o la operación en el sector privado y el Seguro paga dicho proceso total o parcialmente. ⁽¹⁷⁾ Por cierto en algunos países como Canadá y Australia han aumentado en los años los tiempos de espera para algunas cirugías, con el fin de hacer economías. En la mayoría de los países, se suele priorizar las atenciones y resoluciones de cada caso teniendo en cuenta la combinación de antigüedad y severidad de la patología.

En Costa Rica si se llegara si se llegara definir un plazo máximo para atender un paciente y su patología, y este plazo no se cumple, en el caso de operaciones posiblemente serían los hospitales o la zona donde esta asignado el asegurado los encargados de pagar los costos de una intervención privada.

La causa histórica que ha originado los problemas que tienen los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se deben a que, en Costa Rica, hemos tratado de crear unos servicios médicos universales en su extensión y cobertura poblacional igual que los países ricos de Europa, pero con los recursos económicos de un país apenas en vías de desarrollo. En la Caja en los últimos años se ha priorizado la cantidad antes que la calidad debido a que, líneas técnicas de crecimiento de los servicios, sin sobrecargar los existentes fueron dejadas de lado, y cambiadas por una línea políticas de cobertura exagerada para la cantidad de recursos existentes. ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾

33- PROBLEMAS DE LA CORRUPCIÓN EN LA CCSS

La prensa he hecho del conocimiento del público de los diversos hechos de corrupción que se han señalado en al CCSS debido a la compra de equipos, medicamentos, construcciones, etc., algunos de ellos ya están siendo juzgados otros no. Lo que si resultó increíble es que las personas involucradas en el escándalo se mantuvieron por años trabajando y ganando su salario y otros fueron suspendidos pero ganado su salario. Este problema debe ser abordado y tener un equipo adecuado de control de compras.

34-AUGE DE LA MEDICINA PRIVADA

Es indudable que el crecimiento de la medicina privada del país se debe no solo a buenos servicios, sino creo, en parte a los problemas de la CCSS en este campo. Muchos asegurados o familiares de asegurados enfermos son tratados en las consultas privadas de medicina general y especializada, e incluso con gran sacrificio para sus bolsillos hasta pagan sumas millonarias por operaciones que debieron ser hechas en los hospitales de la CCSS.

He tocado este tema, porque es una realidad, que los médicos generales y los especialistas que tienen esas clínicas y hospitales, todos son formados en los hospitales de la CCSS. En la actualidad hay el problema grave de la renuncia de especialistas en los hospitales de la CCSS, ya que se los lleva la medicina privada. Este problema es grave con los anestesiólogos,

ortopedistas, cirujanos oftalmólogos, especialistas en odios, radiólogos y otros más. Incluso el hospital de trauma del INS se lleva especialistas de la CCSS.

No tengo el dato de cuantos consultorios privados especializados o clínicas privadas existen en el 2023. En el 2012 la Contraloría General de la República señaló por la prensa que existían más de 2200 clínicas médicas especializadas en el país ya sea de oftalmología, audiología, cirugía plástica, etc. Lo anterior aparte de varios miles de consultorios médicos particulares distribuidos en todo el país. Los servicios de emergencias de los hospitales privados por lo menos, del hospital Cima, del hospital Clínica Bíblica y del hospital Clínica Católica y el Metropolitano o entre otros, muy bien acondicionados reciben a miles de enfermos y quiérase o no ayudan a disminuir la presión de la atención de este tipo de pacientes que tienen saturados y hasta rebasada la capacidad de dar servicios de los de la CCSS. Hasta donde se algunos de estos servicios han sido acreditados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de los Estados Unidos, por lo menos el Hospital Clínica Bíblica señala esto. En la década de los ochenta, La CCSS tenía 5361 camas la Clínica Bíblica 120, la Clínica Católica 34 y el Hospital Cima 56. Ahora estos hospitales han duplicado o triplicado ese número, en el caso del CIMA este tiene ahora 103 camas.⁽¹⁸⁾ Como ya vimos la CCSS más bien disminuyó el número de camas.

35-Todos los hospitales de la CCSS deberán anualmente ser analizados y comparados con sus similares en recursos y servicios que dan. Sus índices de producción de trabajo y eficiencia. Cantidad de consultas y operaciones que producen en relación con su personal y presupuesto que poseen. Cantidad de incapacidades, tiempos de espera, tiempos de internamiento preoperatorios y postoperatorios, mortalidad, infecciones, y otros parámetros más. Estas comparaciones nos darán datos sobre la capacidad de cada hospital en el manejo de sus recursos, estandarizarlos y penalizar a los deficitarios.

36-Se debe revisar la capacidad del programa de “control y evaluación de cantidad y calidad” de los servicios administrativos y de los de salud. No se puede estar sacrificando cantidad por calidad. Se ha señalado que falta un buen sistema administrativo a la Institución.

----- 0 -----

PROPUESTA:

Aunque se implementen todas las medidas propuestas para reducir los tiempos de espera, no debe esperarse que se logre rápidamente disminuir a pocos días las esperas de algunas especialidades donde miles de enfermos tienen meses o años. Siempre habrá un tiempo de espera razonable en la atención de enfermos electivos según la seriedad de su patología o debido al tiempo prolongado de espera.

Debemos además señalar, que será una ilusión creer que el Gobierno le cancelará a la Caja sus deudas y que será con eso que vamos a mejorar. Con suerte cancela una parte de dicha deuda.

UNA NUEVA FUENTE DE INGRESOS PARA LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA DE LA CCSS.

Por esa razón, es que se hace necesario crear un ingreso extra o fuera del gobierno, como un aumento del porcentaje del IVA, o un ingreso fijo de la lotería, o un % de la gasolina, o crear un impuesto específico, para LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS DE LA CCSS, QUE CADA DÍA CRECEN MÁS.

En los servicios de Emergencia de la CCSS día a día, momento a momento y en todo lugar del país se atienden enfermos con patología aguda de diversos tipos. Se atiende a costarricenses y extranjeros. Niños y ancianos, mujeres y hombres, ricos y pobres, buenas y malas personas. Policías y hampones. Diplomáticos o rasos. Accidentados de todo tipo desde niños a ancianos. Se atienden personas que tienen un problema agudo médico y

quirúrgico, incluso sin ser aseguradas, como los turistas. A niños con infecciones respiratorias agudas, con diarreas, deshidratados, que por miles atienden el Hospital de Niños. La CCSS atienden enfermos hijos de los inmigrantes no asegurados y a sus hijos. A los accidentados de todo tipo asegurados por el INS o no asegurados como son la mayoría, estos últimos suman miles de miles de personas, incluyendo los accidentes de tránsito, y de la violencia que nos azota y muchos más.

OJO: Ese dinero de un nuevo impuesto, la CCSS no puede disponer emplear para otros menesteres. Estoy seguro que, si a la población se le garantiza con eso buen servicios, estaría dispuesto al sacrificio de un nuevo impuesto ya que todos, no importa nuestra condición social o económica, en cualquier momento podríamos necesitar la ayuda de los servicios de emergencia de la CCSS.

La Caja desde su fundación se ha dedicado a asegurar el máximo de población posible, con el fin de obtener más fondos y extendió en esas épocas de 1945 a 1970 con lentitud sus servicios. A partir de los 80 la extensión se hizo con más velocidad sin que a la vez ingresaran los fondos suficientes para ello. Con el tiempo se vio que, a mayor población asegurada, no se logra ingresar la suficiente cantidad de dinero para una pronta y buena atención.

El Estado como tal, está obligado por ley a asegurar a sus trabajadores y, además, a cubrir la cuota que la ley le tiene asignado. Pero desde hace muchos años no cumple con esto último dando lugar a UN DEFICIT PERMANENTE MUY CUENTIOSO Y QUE DEBILITA A LA INSTITUCIÓN PARA QUE PUEDA DAR BUENOS SERVICIOS.

ENTONCES TENEMOS MUY CLARO QUE LA INSTITUCION CUMPLIENDO CONSIGNAS POLITICAS ASEGURA A TODA LA POBLACIÓN – PERO NO OBTIENE LOS SUFICIENTES RECURSOS PARA DARLES ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE.

La CCSS debió asumir la atención de los pobres, cuando se hizo en 1970 el traspaso del sistema hospitalario y que eran atendidos en el sistema hospitalario de las Juntas de

Protección Social con el dinero de la lotería. Pero no lo hizo, sino hasta la década de los noventa cuando se realizó el traspaso de “LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD” DEL MINISTERIO DE SALUD A LA CCSS.

TODO SE AGRAVÓ CUANDO EN LA DÉCADA DE LOS NOVENTA LA CCSS DECIDIÓ LA Reforma de Sector Salud, asumiendo como señalamos LA ATENCIÓN PRIMARIA (antes del Ministerio de Salud), trasladando a 2.000 trabajadores del Ministerio de Salud a la CCSS, con salarios más elevados, para CREAR EL PROGRAMA DE LOS EBAIS (Equipo Básicos de Atención Integral), programa muy bueno, con un fin muy ambicioso, PARA TODO EL PAÍS, pero creo que SIN MEDIR COSTOS.

Se extendieron más que todo bajo consignas política más que de salud. Pese a que se trasladaron las modestas instalaciones consistentes en clínicas, y equipos del MS, no se contaba por ejemplo con plantas físicas para este tipo de programa, y, hubo que alquilar y finalmente construir edificios para los EBAIS. El supuesto era que miles de pacientes que atendían los especialistas en los hospitales, serían atendidos por médicos generales.

Debido a la falta de presupuesto específico para este programa, se tomó para crearlo y que funcionara, una parte de los presupuestos de las clínicas mayores y hospitales. Entonces los tiempos de espera con especialistas en esos lugares, al disponer de menos dinero se dispararon de algunos meses a muchos meses o años plazos.

Con este programa de los EBAIS “Se cubrió un santo, pero se desvistió a otros”

Supuestamente las consultas con especialistas en las clínicas mayores y hospitales disminuirían, debido a que en los EBAIS los médicos generales podrían tratar muchas de las patologías que trataban los especialistas. Sin embargo, tuvimos una paradoja, se descubrieron en muchos pacientes, nuevas patologías hasta ese momento desconocidas por ellos. Casos como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, úlceras pépticas gastroduodenales, varices, asma, cardiopatías, neumopatías, colelitiasis, problemas mentales, embarazos en sus inicios, etc., hubo que referirlos a los especialistas, debido a que dada la idiosincrasia del costarricense estos pedían a grito consulta inicial con ese tipo

de médico. Además, muchos EBAIS eran atendidos por médicos jóvenes y la gente desconfiaba de estos, a su vez ellos no se enfrentarían a los asegurados en sus inicios.

El Dr. Ronald Evans distinguido salubrista me señalaba que dado que yo he señalado que los EBAIS (Atención Primaria de la Salud), no han resultado ser la solución de algunos problemas muy serios como es el ayudar a descongestionar los hospitales y Clínicas mayores de sus largas listas de espera en especialidades, habría que pensar en fortalecer más a las clínicas mayores (Nivel Secundario de Atención) a expensas de algunos EBAIS de áreas de ciudad, conservado los periféricos y de áreas marginales, transfiriéndoles su personal y recursos con el fin de contar con más médicos generales, sin embargo, el problema son las comunidades donde se encuentran y que no aceptarían sus traslados y protestarían con razón en esos casos.

Yo creo que con un mejor control superior como sucede en los que pertenecen a cooperativas privadas, si se les trasladara a ellas más EBAIS de la Caja, se lograría más afectividad sin duda alguna.

UN HECHO INEXORABLE RESPECTO A LAS ENFERMEDADES GRAVES NO TRATADAS ADECUADAMENTE A TIEMPO ES QUE: A MAYOR TIEMPOS DE ESPERA PARA UN INTERNAMIENTO O UNA OPERACIÓN QUIRURGICA, LA POSIBILIDAD DE que se complique o se agrave es muy frecuente e incluso esa espera puede ser causa de la muerte como ya se dijo.

COMPRA DE SERVICIOS MÉDICOS

Las sugerencias para mejorar que señalo, vienen ya desde el año 2000 en mis diversos libros e incluso en la práctica en él HCG. Las repetiré aquí como parte integral del proyecto.

Lo que se va a proponer es una compra de servicios médicos-no privatizar a la Caja Costarricense de Seguro Social- Igual que comprar vacunas, medicamentos o equipos a empresas del extranjero.

Los sindicatos se opondrán con el cuento de que se va a privatizar a la CCSS, pero es solamente compra de la atención de servicios de consulta médica y significa además que no se aumentara la burocracia sindicalizada.

En la toma de decisiones de carácter social, los burócratas y los políticos suelen poner su interés personal por delante del interés público, como es lograr resolver los problemas de los enfermos a mayor velocidad.

SOBRE LA CONSULTA Y OPERACIONES VESPERTINAS.

Sabemos que la Caja del Seguro Social estableció hace algunos años consulta de especialistas vespertinas y los mismos operar pacientes en el turno vespertino con inicio en el HSD. Algo que mucho antes iniciamos el Dr. Fernando Urbina director del Hospital Calderón Guardia y el autor en su calidad de jefe de Sección de Cirugía desde 1985 con éxito, por muchos meses, pero luego el programa fue suspendido por la Caja por falta de presupuesto, pese a sus buenos resultados, ya que nosotros empleábamos para el mismo, dinero de otras áreas con programas menos prioritarios. Cuando tratamos de obtener dinero para continuar el mismo y lo pusimos en el presupuesto anual, nos dijeron que no había presupuesto para el mismo. Años después ya la Caja lo acepta como un buen recurso para disminuir tiempos de espera. Lo que falta es generalizarlo, dándole a los hospitales presupuesto para eso.

También en la década de los 80 para tener estancias postoperatorias muy caras y prolongadas en los ancianos. Le alquilamos al Carlos María Ulloa un área donde enviábamos a los ancianos a estar en su postoperatorio de cirugías sencillas. Ahí teníamos una enfermera, una auxiliar y un misceláneo en cada turno. Se hicieron grandes economías y lo más importante nos dejaba camas libres en cirugía para internar más pacientes. También meses después se suspendió este programa nuestro porque no tenía presupuesto propio autorizado por la Gerencia Médica.

Este programa debió continuarse no solo en el HCG sino en los restantes hospitales donde se pueda conseguir apoyo similar de estancia extrahospitalaria a posoperatorios sencillos y con personal de los mismos hospitales para sus cuidados.

En todo caso, antes de pedir ayuda a la Medicina privada. TODAS LOS EBAIS, CLINICAS Y HOSPITALES, con capacidad en cuanto a planta física, deben dar consulta vespertina de medicina general y especializada. Lo mismo en cuanto a cirugía vespertina sin internamiento. Uno de los problemas es que debe existir servicio de recuperación anestésica en todos donde se haga esta cirugía fuera del horario tradicional.

En la actualidad los pacientes van a consulta de medicina general a los 1.016 EBAIS que tiene la CCSS distribuidos en todo el país; o a su clínica de adscripción propias o cooperativizadas, donde son vistos también en consulta por especialistas.

UTILIDAD DE INTERNET EN LA CONSULTA.

Otro mecanismo para disminuir las segundas consultas en pacientes vistos por primera vez en EBAIS, Clínicas y Hospitales; es tener en el expediente digital único (EDUS) de cada paciente, su correo electrónico. El médico que lo atendió en la primera consulta deberá en un momento dado (ya se verá cómo), poder ver los resultados de los exámenes hechos. Si los resultados son buenos deberá comunicarse vía internet con el paciente. Si este le dice sentirse bien después del tratamiento hecho y no es necesaria una segunda consulta, se elimina esta. Pero para que esto sea posible, los médicos de consulta deben disponer de unas horas cada semana (fuera de la consulta) para revisar los resultados de los exámenes de los enfermos que vio en esa semana y comunicarse con el enfermo vía Internet. Incluso esto lo podrían hacer muchos en horas extras vespertinas para no disminuir el tiempo de consulta normal. Sin embargo, dado que esa es información privada de cada paciente, éste debe autorizar a la Caja a utilizar su correo electrónico para recibir y enviar información con consentimiento informado. Para que esto funcione, también debe haber un mecanismo que permita colocar rápidamente los resultados de los exámenes en el expediente para que el médico pueda revisarlos.

POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN DE LA MEDICINA PRIVADA

Mientras que la institución tenga los graves problemas de los tiempos de espera muy prolongados, es un imperativo médico, ético y legal, buscar como resolver el problema. Y si existe esa posibilidad y no se utiliza, dejo al lector como calificar esa acción. Y, por cierto, desde, el año 2013 la Sala IV ordenó “eliminar la lentitud en las listas de espera señalando: La Caja Costarricense de Seguro Social debe abordar de inmediato el problema de las listas de espera para que estas contemplen plazos razonables de atención médica y, le dio un año plazo a partir de la notificación de esta sentencia. ⁽¹⁸⁾

Como lo señalamos antes, la CCSS ha comprado servicios a la empresa privada (Cooperativas) desde la década de los ochenta, para administrar las diversas áreas del país, y eso incluye atención en las clínicas y en los EBAIS correspondiente a plena satisfacción del usuario y la propia institución y con economía comparativamente a otras similares de la propia Caja. Lo que voy a relatar es de un estudio que realicé personalmente en el 2012, corroborada por la auditoría de la CCSS y en lo que se han señalado recientemente por la prensa y que pone como referencia a la CCSS.

Señalamos que: 1-Los pacientes de las clínicas cooperativizadas se muestran comparativamente más satisfechos de la oportunidad (atención más rápida) y de la calidad de los servicios recibidos. 2- El costo por paciente según diferentes Anuarios de la CCSS consultados muestran que es más bajo que en otras clínicas similares. 3-No se tiene el constante problema que plantean los diversos y fuertes sindicatos de la CCSS pudiendo aumentos salariales y con paros que trastornan las consultas.

VENTAJAS DEL USO DE LOS CONSULTORIOS PRIVADOS

Las ventajas de lograr la colaboración de especialistas médicos privados, para que aparte de atender a sus pacientes habituales, colabore recibiendo un número de enfermos de la CCSS a convenir, son las siguientes. En este programa se pueden utilizar incluso médicos especialistas pensionados o no.

1-Se logra que los pacientes sean atendidos más rápidamente y con mayor intimidad y confianza. Eso evita que citas prolongadas agraven la patología del enfermo.

2-El especialista puede dedicar más tiempo que en la Caja para conocer al enfermo.

3-Se contribuye a descongestionar las citas y las sobrecargadas consultas en algunas especialidades.

4-Se emplea el personal habitual que el médico tiene en su consultorio para que le asista (secretaria o asistente de oficina y misceláneo a veces una auxiliar como en ginecoobstetricia.) No hay que pagar ese personal se paga por la consulta.

5- No hay que construir nuevas plantas físicas. Se utilizan la oficina habitual del médico

6- No hay huelgas.

7-Cada médico atiende en su consultorio De un área definida. Sin embargo, si el especialista en su campo es super especializado y hay muy pocos en el país, se puede aceptar que los pacientes vayan a otra área fuera de su inscripción a recibir la atención con este médico, el medico referente debe anotarlo así.

8-Lograr que los especialistas médicos que trabajan en la CCSS, en lo posible, alarguen su consulta en los hospitales y clínicas a partir de las 4 pm y hasta las 10 pm. Muchos no aceptaran por su compromiso con sus pacientes privados. En ese caso se pueden emplear especialistas que no trabajen en el hospital como los pensionados.

9-Los pensionados que no tenga consultorio privado por haberse retirados. Pueden utilizar los consultorios de hospitales y clínicas de 4 pm a 10 pm y el personal requerido.

10-La atención especializada privada es únicamente para aquellos casos en que ésta esta recargada en los hospitales, clínicas mayores y EBAIS de la CCSS. Y es esta la que debe señalar cuáles son esas especialidades y comprar servicios a especialista en CADA AREA de ATRACCION. Y son los directores de los EBAIS, Clínicas y Hospitales de un área los que pueden referir los casos a le medicina privada. NO NOS REFERIMOS A LOS CONSULTORIOS DE LOS HOSPITALES PRIVADOS porque seguramente su coto será elevado.

11-ESTUDIO DE LOS COSTOS DE CADA UNIDAD MÉDICA DE LA CCSS Y DE LOS COSTOS DE LA MEDICINA PRIVADA.

La CCSS debería tener un estudio de costos de la consulta médica general y de especialista de los Hospitales y clínicas privadas. Así mismo los costos de consulta médica de los especialistas privados. Todo ello para definir en el momento en que lo crea adecuado poner el precio de compra de servicios comparativamente a los de sus clínicas y hospitales.

Sin embargo, el periodista *Oscar Rodriguez* en la Nación del 16 de octubre 2023, dice que el Banco Mundial señaló que la Gerencia Financiera no cuenta con las herramientas para conocer el costo real de los servicios médicos o poder comparar la eficiencia entre los centros médicos de la CCSS.

12-LA INSTITUCIÓN DEBE TRATAR DE DISMINUIR GASTOS.

a-Controlando el abuso en incapacidades que siempre se ha dado por médicos deshonestos

b-Control de estancias pre y post operatorias prolongadas por servicios en los diferentes hospitales. Lo mismo debe hacer con el uso de medicina privada.

c-Detectar donde hay personal administrativo innecesario y usar su plaza para medicina.

d-Control de infecciones, investigando que servicios o médicos lo presentan más.

e-Empleo de Internet para información y consulta con los pacientes como ya se detalló antes con los médicos de consulta de la CCSS.

13-El médico general referirá al paciente con el especialista cuando: 1-es un caso de diagnóstico y tratamiento incierto. 2. Cuando el tratamiento que le ha dado para su mal no ha dado resultado. 3- cuando se trata de una emergencia y no es competente para resolver la. 4-Cuando desde el principio ha visto que es un caso para: un oftalmólogo, un psiquiatra, un cardiólogo o un neurólogo y no existe esa especialidad en la clínica. El jefe o director del EBAIS o Clínica debe dar el VB o enviarlo a la Comisión de Normas Terapéuticas de la CCSS.

14-Los médicos generales y especialistas de la medicina cooperativizada privada pueden muy bien dar consulta de las 4 pm a 10 pm de lunes a viernes y sábados y domingos de 8 am a 12 pm. Con eso se logra disminuir los tiempos de espera que tiene la CCSS,

15-No es posible aún en la CCSS una libre elección médica con médicos generales y con especialistas. Donde el paciente escoge el medico de elección en su EBAIS. Lo mismo para los especialistas que dan consulta en clínica y hospitales de la Caja. Por ahora los enfermos deben acudir a los EBAIS de su barrio o área y ahí le señalan que médico le corresponde. Al especialista médico privado se le envían pacientes de su área de atracción (donde tenga el consultorio).

16-Una de las razones por lo cual los pacientes deben ser primero vistos por un médico general, antes que por el especialista es el desconocimiento que usualmente tiene el enfermo del lugar exacto de su mal.

17-Los costos de la consulta de medicina general y de especialistas que la CCSS pagara a los médicos anteriormente citados; deberían ser fijados de común acuerdo entre la CCSS y el Colegio de Médicos y las asociaciones de especialistas involucradas. Se trata de fijar un costo por consulta de paciente en medicina general y especializada vistos. Jamás puede ser más alto que el costo/paciente/ de medicina general y especializada de la Caja.

18.En algunos países a los médicos se les paga no por paciente, sino por “capitación” o sea un salario mensual por atender a los pacientes de su zona o área ya sea vea uno o 10 enfermos al día enviados por su EBAIS o Clínica de su área.

19-Si el médico en su oficina realiza por considerarlo necesario y según especialidad una tecnología por ejemplo: un electrocardiograma, un ultrasonido, un audiograma, etc., se le debe cancelar esa extra.

En estudios que hicimos hace unos años 2011, la consulta con especialistas de la Caja costaba más barata en el hospital Calderón Guardia €60.123. El precio en el H. México €82.322 y en el HSD €92.055. El Costo promedio por especialista era €78,166. Por supuesto estas cifras ya han sido rebasadas.

Hay que sacar los costos del 2023, en los hospitales para tenerlo como referencia comparativamente con los costos actuales de los especialistas privados. El Colegio de Médicos tiene tarifas establecidas para la consulta de los médicos generales y especialistas.

Hay que acordar con los especialistas privados una tarifa, teniendo en cuenta ellos que la CCSS les va a enviar muchos pacientes, lo que puede ayudar a crear un precio conveniente para ambos dado que va a recibir cantidad.

Está claro, que es, una simple compra de servicios a establecer su aprecio y modalidad de pago. Y LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL CONTINUA, SIENDO DEL ESTADO. Todo Ello para favorecer a los pacientes.

Insistimos, esta propuesta sobre todo es para la consulta médica especializada, sin embargo, puede servir también para la consulta de medicina general en áreas donde la Caja está saturada.

Se debe tratar de evitar la fuga de especialistas hacia la medicina privada. El INS da empleo a ortopedistas, neurocirujanos y rehabilitadores al parecer con mejores salarios.

PRINCIPIOS BASICOS PARA PODER IMPLEMENTAR LO ANTERIOR.

1-La Caja deber depurar o clasificar las listas de espera por regiones y para dar preferencia:
a) los pacientes de mayor riesgo de que su enfermedad se agrave si no es vista rápidamente. Pero, sin embargo, hay patologías como ciática con dolor por un disco lumbar, una lesión en la cadera dolorosa y que impide caminar, una catarata bilateral, no es posible castigar estos enfermos con citas a meses o años plazo, ya que si son trabajadores los obliga a estar incapacitados por esos tiempos con costo para la Caja. b) dar preferencia a los pacientes con más tiempos de espera.

2-Que la Caja pueda pagar las consultas privadas y sus extras sin deteriorar sus finanzas.

3-Que el tiempo para que sean vistos los pacientes por los especialistas privados sean adecuados máximo por ejemplo un mes en sus consultorios.

4-Habría que ponerse de acuerdo con la CCSS para que esta elabore contratos privados y se puedan hacer se hagan referencias de ultrasonido, endoscopías, mamografías, radiografías de diferentes tipos como: S ímples, TAC y RM, etc., privados, o en su defecto, tendrá que ser hechos en las clínicas y hospitales de la CCSS con un máximo de un mes.

En la Caja estas citas duran meses en muchos casos. De hecho, actualmente cuando falla un aparato la Caja compra servicios para que no se atrase el diagnóstico o tratamiento. Lo que se busca ahora es dar una cantidad determinada mensual a una oficina privada con determinada tecnología como: Resonancias magnéticas, TAC, radioterapia, ultrasonidos, etc.

5-Que la Institución esté en capacidad de evaluar periódicamente la oportunidad, la cantidad y la calidad del servicio que proporciona cada especialista privado. Se deberá crear un mecanismo de control, supervisión y evaluación de la labor de cada médico.

6-Evitar los abusos e incapacidades complacientes que podrían darse. Si la incapacidad de un caso es mayor de 15 días, debe referirse al especialista jefe de una clínica u hospital para que la evalúe.

7-Los medicamentos usados serán los del cuadro básico de la Caja. Si se requiere de uno que no está ahí, Debe solicitarse al departamento respectivo con la justificación para que él conceda el permiso si puede.

8-Los exámenes de laboratorio que se ordenen privadamente, se harán en el EBAIS o la Clínica de adscripción en un plazo de 8 días y se le comunicará al especialista en ese plazo, Si la CCSS tiene contrato con laboratorios privados de calidad reconocida, enviarlo ahí.

9-Exigir a los especialistas por lo menos una hora en la atención por primera vez del enfermo

10-Como se señaló a los especialistas que laboran después de las 4 pm se les debe adecuar consultorios, con una secretaria y un misceláneo, en una clínica u hospital.

11-Si el especialista tiene que pagar a su secretaria y misceláneo por tiempo extra de trabajo la CCSS debe reconocer le eso.

12-Un hecho reiterado es que, año con año se pensionan decenas de médicos especialistas de la CCSS, los cuales podrían en su mayoría continuar privadamente laborando para la CCSS desde sus consultorios o vespertinamente en los de la CCSS y no se perdería ese personal dotado de gran experiencia, y, repetimos sin tener los gastos de secretaria, ayudantes de consultorios y plantas físicas.

13-Se le advertirá al médico no establecer un carrusel de múltiples consultas, a partir de la primera con sus pacientes, para cobrar más consultas a la CCSS.

14-Puede aparecer un “conflicto de interés” del médico especialista privado sobre que no tiene relación con laboratorios, equipos de alta tecnología o alguna casa productora de medicamentos.

15-La CCSS debería tratar de conseguir que laboratorios privados, farmacias privadas o clínicas de radiología con tecnología de punta hagan sus exámenes o estudios a un costo razonable, lo mismos el lavado de ropa, la alimentación, los sistemas de guardas.

16-Advertir a los pacientes de la necesidad de avisar por lo menos 48 horas antes si no, asistirán a una cita de un EBAIS, clínica u hospital, ya que anualmente se pierde el espacio de más de un millón de citas de asegurados que no asistieron a su cita y estas se pudieron utilizar para otro paciente. A lo anterior se le llama cultura hospitalaria o en salud del enfermo para que ayude en conservar su propia salud. Las trabajadoras sociales en los EBAIS deben educar a los asistentes a los mismos en este aspecto. Penalizar de alguna manera a los asegurados que no cumplen con lo anterior.

Finalmente. Pienso que el ejercicio de nuestra profesión médica en los hospitales y clínicas, debe estar bajo las mismas premisas que nos enseñó *Hipócrates*, el Padre de la Medicina, hace 2.400 años, todas ellas estrechamente vinculadas a la ética, ya que en esos lugares donde trabajamos, tratamos sobre la salud y la vida de los seres humanos, también creo que la prestación de servicios a una institución – en nuestro caso el Seguro Social- debe estar regida por los mismos ideales de la medicina y que deben ser iguales para la institución como son: la equidad, la solidaridad, la igualdad, la excelencia en servir, la búsqueda de lo mejor para él enfermo y otros más. Por tal razón, desde la Presidencia Ejecutiva, el personal administrativo, pasando por los médicos, las enfermeras y todo el personal de la institución sin faltar ninguno todos esos principios deben ser guías para la acción.

REFERENCIAS.

- 1-Academia Nacional de Medicina. (2023). Situación de la Atención médica en la CCSS - Listas de espera y fugas de especialistas. San José. 22/9/03
- 2-Arce Ramírez, Claudio Arturo. (2023). *Propuesta para enfrentar el desafío de los tiempos y listas de espera en el Seguro Social. Vía Internet. 19/9/23*
- 3-Avalos Rodriguez Angela. (2023). *Caja desperdició 40% del fondo para reducir listas de espera en últimos 15 años. San José. La Nación. Pg.6. 17/8/23*
- 4- “ “ “ . (2023). *Listas de espera en Psiquiatría empujan riesgos de suicidios. San José. La Nación. Pg.4. 1/10/23*

- 5- “ “ “ . (2023). *4.500 enfermos esperan 8 meses resultados de TAC en Hospital México*. San José. La Nación. Pg.4. 10/10/23
- 6- “ “ “ .(2023). *Paciente con cáncer de mama: Me programaron Ultrasonido para 2025*.
- 7-Campos, Michelle. (2023). *Gobierno abre otro hueco de ₡71.000 millones en pago de pensiones a IVM*. San José. La Nación. Pg. 3. 5/10/23
- 8-Diego Bosque. (2023). *CCSS pagaría 60% de cirugías menores en quirófanos privados*. San José. La Nación. Pg.9. 1/8/23
- 9- ° ° *2000 paciente murieron mientras aguardaban ser operados en CCSS*. San José. La Nación. Pg. 4. 17/9/23
- 10-EDITORIAL. (2020). *Peligroso retroceso de la CCSS*. San José. La Nación. Pg.19. 6/3/20
- 11- “ . (2023). *Alianza con la medicina privada*. San José. La Nación. Pg. 26. 6/6/23
12. ° . (2023). *Camino claro para dejar atrás las listas de espera*. San José La Nación. Pg 25. 25/9/223
- 13-Evans, Ronald. (2023). *Atención Primaria en Salud*. Comunicación Personal. Vía Internet. Google. 29/8/23.
- 14-Jaramillo Antillón. Juan. (1986). *Los problemas de Salud de Costa Rica*. San José. Editorial. OPS/MS. 18/6/86
- 15- “ “ . (1998). *Gerencia y Administración de los servicios médicos y Hospitales*. San José. Editoriales UCR y Ednasss (CCSS)

- 16- “ “ . (2004). *Historia y Evolución del Seguro Social de Costa Rica*. San José. Editorial EDNASSS/CCSS
- 17- “ “ . (2005). *Historia y Filosofía de la Medicina*. San José. Editorial Universidad de Costa Rica.
- 18- “ “ . (2013). *La Crisis en el Seguro Social de Costa Rica*. San José. Editorial Universidad de Costa Rica.
- 19-Morice Ana, Leandro Abarca, Roberto Arroba, Maria Luisa Avila, Daniel Salas Shendale Stephanie and Shalin Desai. (2023). *Health Workers Vaccination: Experience and Lesson Learned from Costa Rica*. San Jose. Journal Pro-Proofs. Google Vía internet.
- 20-Monserrat Cordero Parra. (2023). Deuda del Estado con la Caja sigue creciendo y Alcanza los 3 billones. San José. Seminario Universidad. Pg. 4. 5/7/23.
- 21- “ “ . (2023), Caja tiene más ingresos que egresos, mientras que el Gobierno dice que está “quebrada” San José. Seminario Universidad. Pg. 5. 5/7/23
- 22- “ “ .(2023). *73 expertos coinciden en que deuda del Estado con la CCSS Es uno de los mayores riesgos financieros de la institución*. San José. Seminario Universidad. Pg. 12. 26/7/23
- 23 “ “ .(2023). *A casi un año de Maria Esquivel al frente de la CCSS, tiempos de espera en cirugías ascienden a 495 días promedio*. San José. Seminario Universidad. Pg 4. 30/8/23

24-Núñez, Chacón, María. (2023). *Proyecciones hechas por la Caja en gastos de consulta médica*. San José. La Nación. Pg. 9. 5/10/23

25-Rodríguez. Oscar. (2020). *CCSS erró en 30% costos de retomar 37 EBAIS de Unibe*. San José. La Nación. Pg.19. 25/5/23

26-Solis, Bolaños, Ronald. (2020). *La gran desilusión*. San José. La Nación. Pg. 20.
28/1/2020

***Juan Jaramillo Antillón:**

Ex ministro de Salud

Catedrático de Medicina - Universidad de Costa Rica

Profesor Emérito Universidad de Costa Rica

Ex jefe de Cirugía del Hospital Calderón Guardia – CCSS

Ex presidente de la Academia de Medicina y Cirugía de CR

Escritor y comunicado científico