

DE CÓMO SE ENTIENDE LA MORAL EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DEL PAÍS

Julieta Rodríguez ^{1*}

Resumen

En este ensayo, la autora hace un recuento histórico acerca de cuáles eran las condiciones morales de las instituciones de salud, a partir de sus experiencias personales como médico y administradora en la Caja Costarricense del Seguro Social.

Palabras claves: ética médica, seguridad social, medicina pública, medicina privada, corrupción institucional, solidaridad social.

Abstract

In this essay, the author makes a historical recount about which were the moral conditions of health institutions, from their personal experiences as a doctor and administrator in the Costa Rican Social Security Fund.

Key words: Medical Ethics, System of Social Security, Public Medicine, Private Medicine, Institutional Corruption, Social Solidarity.

En primer lugar, agradezco la invitación a participar en las *Jornadas de reflexión en torno a la bioética*, este importante acontecimiento me conduce a otro hecho de especial trascendencia al que quiero aludir por su relevancia para el país y para la institución con la cual trabajé 28 años de mi vida, empezando como médico rural en el entonces pequeño San Isidro de El General, y en su aún más diminuto y viejo hospital, hasta llegar a ocupar el cargo de gerente médico, nombre erróneo que nos señala algo: el exagerado poder médico en esta institución, pues el puesto debería denominarse Gerencia de Servicios de Salud o Gerencia General del Seguro de Salud.

1 * Médico Psiquiatra, exgerente médico de la Caja Costarricense del Seguro Social, en el periodo 1994-1998 en la administración de José María Figueres Olsen. Ponencia presentada en el Centro Cultural de España con motivo de las *Jornadas de reflexión en torno a la bioética* organizado por la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional, en el año 2005.

La presente invitación tiene para mí un significado especial –repito– porque no me considero ninguna experta en la materia, y más bien, quisiera pedir la benevolencia de los demás participantes de la mesa y la del estimable público presente.

Se preguntarán entonces, ¿por qué cuando intuitivamente pensaba que el ejercicio de la medicina o de la presentación de los servicios de la salud en una entidad pública tenían que estar, necesaria e intrínsecamente, vinculados con la ética, para mi sorpresa muy pronto descubrí que, -al menos en la que aún llamo mi institución- no era así, y que además, aunque los principios sobre los que se basa la seguridad social, tales como la universalidad, la equidad, la solidaridad, la igualdad, son principios fundamentalmente éticos, en la realidad vemos que con frecuencia, y creo que desgraciadamente hoy en día, no son tomados en cuenta en las decisiones por parte de la cúpula institucional (llámese Junta Directiva, Presidencia Ejecutiva o Gerencias) y de ahí hacia abajo, por las distintas autoridades existentes en los diferentes niveles de una organización gigantesca que cubre todo el país, y en donde trabajan más de 30000 personas, la mayoría de las cuales nunca ha oído hablar de ética o de bioética en toda su vida, y menos se han preguntado cómo se vinculan estos conceptos con su diario quehacer, no importa cuál, dentro de esta estructura.

No necesité llegar a ser la gerente para descubrir este hecho; para ejemplificar, paso a contarles un caso real que viví cuando era interna universitaria, en mi rotación por el servicio de ginecología del Hospital San Juan de Dios: un día ingresa a este servicio una humilde mujer, una viejecita cuya edad ahora no recuerdo (tenía yo veinte años). Padecía lo que los médicos llamamos una escoliosis; a saber una gran joroba propiciada por una deformidad severa de su columna vertebral. Su internamiento en el citado servicio se debía, además, a que sufría un prolapso uro-genital total: su útero y su vejiga colgaban moleestamente fuera de su cuerpo. Lógicamente requería de cirugía; así su caso fue llevado a discusión en sesión clínica, puesto que su gran escoliosis planteaba a los cirujanos un reto: como colocarla en la posición debida en la mesa de operaciones. La sesión se llevó a cabo decidiendo que lo mejor -entiéndase para los cirujanos- era hacer lo más simple: colocarle sus órganos adentro y luego suturarle la vagina. Todos los médicos del sexo masculino partían de la hipótesis de que, con su edad y su escoliosis, la viejecita no tenía ya vida sexual activa. He apuntado “hipótesis” porque toda esa discusión ocurría a espaldas de la paciente, ignorando incluso que su caso había sido llevado a sesión clínica. Yo, una simple interna, estuve muda en la sesión; mi trabajo se limitaba a llenar su historia clínica, y si tenía suerte entraría como ayudante en la cirugía. Pero una vez concluido el acuerdo, llegué hasta su cama y le pregunté si sabía en que iba a consistir su operación; me dijo que no. Cuando le conté sobre el acuerdo puso cara de pánico, me dijo que ella pedía la salida exigida, pues aun tenía a su viejito a quién quería mucho y que por ende, con cierta frecuencia se acomodaba sus cositas y hacía el amor con su compañero de toda la vida. La calmé y fui asustada a hablar con el jefe de servicio, quien me dio una gran

regañada por meterme donde no cabía, después convenció a la señora de no dejar el hospital. Motivó una nueva discusión del caso y se decidió entonces hacerle una verdadera *perinorafia*, resguardando su vagina y usando anestesia *epidural*.

Recordando la reacción un poco gruñona pero sensible de este colega que no tuvo empacho en aceptar el punto de vista de una “internilla” en aquellos años cuando él ya era pensionado, y la que, después de los años, como gerente médico tuvo el gusto de nombrarlo en la Primera Comisión de Bioética que tuvo la CCSS (en adelante Caja), con la participación de la población civil.

Como se pudo ver, en ese entonces no se conocía en nuestra Caja el concepto de *Consentimiento informado*. Algo hemos progresado desde 1976. Poco antes de retirarme, en febrero de 2004, como miembro de la comisión de Registros Médicos, estaba contribuyendo con el diseño de la Hoja de Consentimiento Informado, a llenarla en caso de cualquier tratamiento o procedimiento de diagnóstico invasivo. Ignoro si la solicitada hoja ya está en uso en todo el país, lo cual me haría muy feliz, pero me pregunto si estará siendo usada como se debe; si los colegas, o las enfermeras y los enfermeros se estarán tomando el tiempo suficiente para explicar, en términos entendibles por todos los seres humanos, en qué consiste lo que se va a hacer, o si seguirán hablando en la jerga médica como la forma de mantener la asimetría medico-paciente; o si la usarán sólo para su beneficio, para evitar por ejemplo una posible acusación por mala praxis, como en el caso de hace sólo unos meses de una trabajadora social retirada de 71 años, que sufrió una caída quedando con la fractura expuesta (el hueso roto de su brazo perforó la piel y se hizo visible), la cual la hacía rabiarse del dolor, y sin embargo, después de ocho horas de espera para su cirugía, en la misma puerta de la sala de operaciones, le hicieron firmar una hoja donde exoneraba a los médicos de toda responsabilidad en el caso de que perdiera el brazo por amputación, o sí luego de la cirugía le quedaba disfuncional. Así se lo dijeron. Mi amiga entonces me contó como entró a la sala temblando, le decían: “pero señora cálmese por favor, así va a ser más difícil que le pegue la anestesia”. Díganme ¿quién va a entrar calmado a la Sala con semejante noticia? Ahora bien, si para eso está sirviendo el solicitado formulario, el esfuerzo realizado nos ha puesto en frente de otro hecho antiético, al menos para mí. Ustedes, expertos en el tema me dirán si tengo o no la razón. Me refiero a la necesidad de decirle al paciente su estado y su pronóstico, información veraz que aún se brinda en muy pocos casos, y la importancia de preparar a los funcionarios acerca de cómo y cuándo decirle la verdad a un paciente.

En este punto habrán comprendido que mi ponencia trata acerca de cuál es el estado de la cuestión en nuestra Seguridad Social, y creo que podría ser generalizado aún para los Servicios de Salud privados.

Entonces trataré de enlistar los mayores problemas que desde la praxis, en distintas posiciones y a lo largo del tiempo, fui detectando, aparte de los ya ilustrados.

Uno muy importante que provocó una crisis cuando asumí la gerencia, y que dio origen a la formación de la primera Comisión de Bioética, tratando de constituir la según lo recomendado por la literatura internacional, fue la realización de las llamadas “investigaciones clínicas” en pacientes de la Seguridad Social, elaboradas por médicos que estaban contratados por la Caja y que por ende, recibían de esta organización el salario correspondiente, pero que además percibían de un organismo privado denominado ICIC, que actuaba como intermediario de las grandes transnacionales farmacéuticas, honorarios extras por aplicar protocolos nada originales, verdaderos enlatados de formalidades para probar nuevas drogas en humanos, algunas de ellas en fase uno. También, algunos de estos protocolos fueron aplicados en recién nacidos de muy alto riesgo por su prematuridad o por su bajo peso al nacer, lo que habría ameritado que estuviesen internados en el HNN, el tan querido hospital de la sociedad costarricense. Todo esto ocurría en las mismas horas laborales contratadas y pagadas por la Caja, desgraciadamente, a vista y paciencia de las autoridades previas. Es cierto que existían comités científicos en todos los hospitales, los cuales, supuestamente, debían aprobar los protocolos, pero estos comités estaban formados únicamente por médicos del mismo hospital, siendo en todo complacientes. O como en el caso del comité del hospital México, cuyos miembros fueron los que pusieron en conocimiento de las autoridades recién designadas (el Dr. Álvaro Salas y mi persona) el deplorable hecho: se quejaban de que ellos tenían que emplear largas horas de su trabajo sin remuneración extra, en tanto que sus colegas cobraban alrededor de \$1000 por protocolo ejecutado (con el valor del dólar en 1994), por lo que debieron poner su renuncia, no siendo posible encontrar al interior de dicho hospital quién asumiese tal tarea. Después de luchas muy duras que incluyeron un embargo preventivo de toda la Junta Directiva, del Presidente Ejecutivo y de mi persona, por haber llevado a cabo el “debido proceso”, que implicó romper con un convenio firmado por la Junta Directiva previa y el ICIC. Las implicaciones de lo anterior significaron, irónicamente, el embargo de mi salario por cerca de cuatro años.

Ese tipo de investigaciones se suspendieron en la Caja; pero aún hoy en día colegas médicos de prestigio escriben, frecuentemente, en el periódico *La Nación* sobre el enorme retroceso sufrido en la investigación en la Seguridad Social, cuando es claro que no se investigaba nada original, nada acorde con las prioridades nacionales de la Caja o de sus pacientes. Pero dado el multimillonario negocio de este tipo de maquila, donde –a diferencia de lo que ocurre por ejemplo en USA- los que corrían todos los riesgos eran los pacientes sin recibir pago alguno. Existe siempre la alarma de que las autoridades de la institución vuelvan a autorizarlas en aras del “progreso” científico.

Sé que hoy estas investigaciones se han movido hacia los consultorios y las escuelas de medicina privadas; ignoro si los pacientes realmente han sido notificados y si han dado su genuino consentimiento. Además, las presiones continúan para reabrir

este tipo de maquila investigativa al interior de la Caja, por lo que debemos estar en guardia. Urge el desarrollo y la aprobación de una verdadera legislación al respecto, la cual aún no existe.

Otro problema de sobra conocido es que ninguna administración -incluyendo en la que participé como autoridad, y también la actual gerencia- ha podido erradicar la práctica de los denominados biombos: los cuales consisten en que cuando un paciente requiere de una intervención quirúrgica, un proceso de diagnóstico o un internamiento, a pesar de que cotice para la Caja, como la institución maneja grandes listas de espera para este tipo de casos, y aunque no las tuviese, eso le hacen creer algunos médicos a los pacientes; es decir, muchos pacientes necesitan el mismo tipo de tratamiento, pero vienen esperando por él meses o años. De esta manera, el médico tratante le propone al paciente la paga que él primero estipule y, si el paciente acepta y paga, pasa a ser el primero de la lista, siendo atendido de inmediato. Por supuesto que el médico que recibió la paga suele efectuar el tratamiento o el procedimiento diagnóstico en las mismas horas contratadas y pagadas por la Seguridad Social. Esta odiosa práctica es difícil de erradicar, puesto que el médico haciendo uso de su poder convierte al paciente -temeroso por su salud y su vida- en su cómplice, por lo cual las denuncias son escasas, aunque cada día tienden a aumentar. Este vicio que viola los principios de equidad e igualdad es una de las causas del porqué las listas de espera tienden a perpetuarse, ya que coloca a los pacientes nuevos que no han esperado el tiempo debido en la lista de los primeros.

Este problema aún irresuelto de las listas de espera viene a agravarse por otro vicio muy frecuente: el de los médicos y otros profesionales que no cumplen con el horario contratado. Así, cuando deben trabajar con la Caja ocho horas, realmente lo hacen por sólo cuatro. Es harto conocido que en muchos hospitales no hay médicos después del mediodía y que salones con pacientes graves quedan en manos de médicos residentes e internos, con lo cual la falta es doble: por un lado para con los pacientes, por otro para con los estudiantes, quienes sólo con información teórica no podrán aprender medicina.

A veces me pregunto que clase de especialistas estamos formando, los cuales no sólo se están capacitando para ejercer en la Caja, sino también en el CIMA y en la Clínica Bíblica. Muchos de los que cometen este vicio reciben una doble paga (por la Caja y por la Universidad, pública o privada, para la cual trabajan), pues es la docencia médica uno de los pocos casos, tal vez el único, donde la superposición horaria es permitida por la ley. Ahora bien, ¿por qué sigue pasando? Por la complacencia de las jefaturas, y porque para evitarlo habría que recurrir a nuevas formas de contratación de los médicos, cambio que -de seguro- estos profesionales adversarían. Sin embargo, si algo temen los políticos de turno es una huelga médica.

Quizás, por no dejar este triste asunto como algo de inminente responsabilidad individual, además quisiera agregar que en mi tránsito por la Facultad de Medicina

de la UCR no recibí ninguna clase acerca de ética médica o de bioética, ni de las relaciones medico-paciente. No me consta si esto ha variado o no hoy en día, y si las diversas escuelas de medicina privadas existentes lo han incorporado en su diseño curricular. Igualmente, lamento que este tema no sea un eje transversal de todos los post-grados en ciencias médicas, no importa si se trata de pediatría, de geriatría o de psiquiatría, aún de patología puesto que es el manejo post-mortem del cuerpo humano, exige también un compromiso ético; basta con leer un caso de reciente condena en nuestros diarios.

Por otra parte, lamento que todos los post-grados que dirige el Cendeiss, a través de un convenio con la UCR no incluyan otra materia obligatoria sobre la seguridad social, sus principios y otros temas que todos deberíamos conocer, como por ejemplo, cómo se financia la seguridad en el país, etc.

Pasando a temas más macro, creo que ya todos sabemos que los problema éticos no sólo se dan entre los que visten de blanco o entre aquellos que, perteneciendo a distintas disciplinas u oficios, recorren los pasillos de las diferentes unidades de servicio de salud, llámense EBAIS, clínicas u hospitales de diferente complejidad. Para los que ignorábamos que la corrupción había calado muy hondo en la cúpula institucional, los hechos de denuncia recientes nos abrieron los ojos. Pero aún si no se trata de hacerse millonario defendiendo -no a la Caja, para la cual fui llamada y por la que devengo un buen salario y recibo otra serie de privilegios-, sino los intereses de proveedores de distinta índole que pretenden obtener contratos jugosos con la institución para la cual trabajo (lo que denominan súper biombos), y que como consecuencia de ello la crisis moral de nuestra querida institución ha llegado a niveles nunca vistos, pues ha dejado a las Autoridades Superiores sin autoridad moral ninguna, porque los biombos han venido a legitimar a los que ahora parecen ser pequeños biombitos.

Creo que existen otros graves problemas de los cuales es importante hablar. Para mi, el primero de esta otra serie de problemas sería la extremada politización de la Caja, que si bien es cierto -coincido con muchos- empezó con la instauración de las Presidencias Ejecutivas, la cual llegó a niveles elevados en las dos últimas administraciones, incluyendo la actual. De esta manera, adquiere ribetes verdaderamente anti-éticos cuando se nombra en cargos técnicos a profesionales sin preparación o experiencia para ejercer tales puestos, tan sólo por el hecho de pertenecer a un determinado partido político o por simple amistad. Por lo tanto, la función que debían ejercer cae en el olvido, se pierde la continuidad de procesos en los cuales se invirtieron recursos, aunado a que se habla de un posible desfinanciamiento del Seguro de Salud.

También este problema tiene otra faceta: la que usando recursos de préstamos con fondos establecidos para asesorías complejas y necesarias- como por ejemplo, el diseño de un nuevo modelo de pago a los médicos-, es contratado alguien que

entiende de previo que no va a poder hacer bien su trabajo, porque desconoce la problemática.

Soy contraria *per se* de las asesorías externas: aunque también es erróneo creer que en la pequeña Costa Rica se encierra todo el saber del mundo. Para mí ésta es una postura llena de falso orgullo. Recuerdo lo que me enseñó mi abuelo, quien solía decirme que cuando viese muy ancha la avenida central, por favor me fuera un tiempo del país; sigo creyendo en ello. De manera que el problema no está en las consultorías, sino en cómo se han escogido los asesores.

Otro problema aun más grande radica en que la solidaridad de los ticos se ha convertido en ciencia ficción. Cuando se dice que está en riesgo el financiamiento del seguro de salud, se hace referencia a los que menos tienen y que no cotizan directamente con la seguridad social: a los trabajadores migrantes, los y las trabajadoras que constituyen lo que suele llamarse trabajadores informales, entendiéndose por esto a los vendedores callejeros, a las madres solas que se ganan la vida vendiendo vigorón o pintando uñas en la sala de su casita. Claro, se habla menos de la deuda millonaria que tiene el Estado por concepto del no pago de las cuotas correspondientes a los llamados asegurados por el Estado; es decir, los pobres. Pareciera ser que el Estado no tiene recursos para los pobres, porque en general no tiene recursos para invertir en un 14%, cuando ciudadanos de países civilizados como España pagan un 40%, y aun así son los que menos pagan dentro de la Comunidad Económica Europea.

Todos de alguna manera evadimos algún impuesto, sea porque tenemos subvaloradas nuestras propiedades, o porque no declaramos todos nuestros ingresos (consultorías), o porque no damos facturas si ejercemos libremente nuestra profesión (solo si nos es solicitada), etc.

Ya se ha visto lo que está pasando con el famoso paquete tributario, el cual parece que sólo nos sube los impuestos en un 1.5%, sin embargo, queremos buenos servicios de salud, las mejores y más caras medicinas, hasta para las entidades más extrañas que no cubrirían ningún seguro privado. Olvidamos otro principio importante de la seguridad social, que consiste en que lo justo no es darle todo a unos pocos, sino dar algo a todos. Principio que parecen desconocer los jueces de la sala IV.

Entonces, sí creo lo que escribió un día de estos un ciudadano cuyo nombre no recuerdo: “el problema de los ticos no era sólo encontrar políticos honestos, sino que, además, si los encontrábamos, el problema era donde estos políticos honestos iban a encontrar ciudadanos honestos que gobernar.” Y con esta frase, cierro mis modestas reflexiones, esperanzada en que empecemos todos juntos a cambiar, y en que este curso se convierta en una oportunidad para todos.