

MEDICINA INSTITUCIONAL

"SUGERENCIAS QUE PUEDE SUMINISTRAR EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD CHILENO PARA LA ORGANIZACION DE UN SERVICIO SIMILAR EN COSTA RICA"

DR. RAFAEL RUANO*

"La civilización, cuanto más avanza, se hace más compleja y difícil. Cada vez es menor el número de personas cuya mente está a la altura de esos problemas. Este desequilibrio entre la sutileza complicada de los problemas y la de las mentes, será cada vez mayor si no se pone remedio y constituye la más elemental tragedia de la civilización."

ORTEGA Y GASSET. "La Rebelión de las Masas."

Para una más ordenada exposición dividiremos el estudio en las siguientes partes:

- 1.—Introducción.
- 2.—Organización esquemática del Servicio Nacional de Salud Chileno.
- 3.—Organización que se podría dar a un servicio de salud en Costa Rica, de acuerdo con nuestras condiciones.

1.—INTRODUCCION

Decía un clínico francés famoso del siglo pasado, aludiendo a las grandes dificultades que ofrecía en aquel entonces —y siguen ofreciendo— el manejo de los artríticos crónicos, que cuando uno de tales enfermos entraba por la puerta de su consultorio a él le daban ganas de salir por la ventana.

A mí me dan ganas, igualmente, de salir por la ventana cuando alguien entra en mi despacho pretendiendo ayuda para un estudio sobre una posible organización de un Servicio Nacional de Salud en Costa Rica. Es tal la envergadura de esta empresa, tal los intereses creados que hay que tocar, tal el cambio de mentalidad en técnicos que desempeñan funciones claves en el país, entran en tal cantidad factores decisivos políticos, sociales y económicos, que es difícil resistir al demonio tentador de la tranquilidad y la paz para no quedarse quieto.

* Jefe de Clínicas periféricas del Area Metropolitana, Caja Costarricense de Seguro Social.

De hecho tengo admiración por los, para mí héroes, que se atrevieron a dar el último empujón en Chile, en 1951, y lanzaron al país en la ejecución de un adelantadísimo plan integral de salud sin parar mientes en la evidente imprevención que por aquel entonces tenían, exponiéndose a enérgicas críticas de los demás sectores estatales e incluso de los propios sectores de salud. Claro es que decisivas influencias políticas y sociales de aquella época, fue extremadamente favorable pero, aún así, fue una empresa revolucionaria.

Y para muestra, basta un botón, dice el refrán. Si a un técnico experto en salud de cualquier parte del mundo se le dice que en Costa Rica, habiendo uno de los Seguros Sociales más extendidos de Latinoamérica, los accidentes de trabajo están a cargo de una institución bancaria que devenga utilidades, aunque sea semi estatal, no podrá reprimir una sonrisa. Y sin embargo, cuantas veces se ha intentado, no digamos ejecutar sino sugerir conversaciones para un traslado de estos Seguros a la Caja, se ha levantado tal polvareda periodística y política que los ingenuos proponentes no han tenido más remedio que apresurarse a enterrar el proyecto. ¿Qué pasaría si no sólo se tratara de integrar dos organismos sino de hacer una total unidad estatal de todos los sectores que imparten salud en el país?

Pero, la más elemental lealtad al país y a los conciudadanos, obliga a quien por casualidad ha tenido la oportunidad de conocer estos problemas a fondo, a abogar y luchar por la idea que aunque sea impopular —como es obligado que sea un proyecto que pretende cambiar radicalmente algo sea lo que fuere— es desde todo punto de vista la única salida disponible a una situación técnicamente caótica.

Y, sin embargo, qué claro y lógico es lo que se propone. Hasta un colegial lo comprendería! ¿No tiene la misma significación vacunar a un niño contra la difteria que curar esta enfermedad ya desarrollada? ¿No entra en el mismo capítulo el hecho de desecar un pantano que está produciendo mosquitos infectantes de malaria o intubar una acequia productora de diarreas infantiles que curar tales malarías y tales diarreas ya desarrolladas? ¿No es una unidad la fractura del fémur de un trabajador sea producida por un accidente en el trabajo que por haberse caído de una bicicleta un día de pic-nic en el campo? ¿No son etapas del mismo proceso el vigilar la evolución de un lactante previniendo posibles desviaciones patológicas, que remediar tales desviaciones cuando ya se han instalado? Y, de una manera general, si la Nación por medio del Estado tiene en funcionamiento organismos financiados por él en mayor o menor grado, que se ocupan de las mismas funciones y objetivos de salud pero que lo único en que se diferencian es por las diferentes clases de poblaciones protegidas, ¿no es lógico que se unan en un solo cuerpo nacional para evitar duplicidades y, con ellas, derroches técnicos? Evidentemente que tiene la misma significación; que entra en el mismo capítulo del quehacer nacional; que es una misma unidad; que son etapas del mismo proceso y que son conclusiones lógicas.

Pero hay tres enemigos, derivados en primer lugar de la flaqueza humana y después de la ignorancia en estos problemas, que se oponen resueltamente: Uno es la individualidad característica de nuestra raza que nos lleva a erigirnos reyes en nuestros feudos, otro la innata resistencia a aceptar algo que se salga de la rutina diaria, que tenga carácter radical y por último, el enfoque de los problemas con lupas que apenas alcanzan a ver realidades de nuestro tiempo en vez de utilizar telescopios que permitan percibir imágenes de un futuro. Los aciertos del porvenir se fabrican con lágrimas y errores del presente. El "quid" del asunto es que planteen metas lógicas, razonables.

Como corolario a estas ideas no hay más remedio que tener en cuenta que existen distintos caminos para llegar a los mismos objetivos. Tanto los defensores a ultranza de la libre elección médica, por ejemplo, como los cien por cien estatales, como los defensores de híbridos sistemas pueden tener razón si a su vez los medios que emplean están acordes con las especiales condiciones políticas, económicas y sociales del medio en que viven.

Que Chile haya llegado a cubrir sus objetivos de salud de cierta manera no quiere decir que Costa Rica tenga que seguir el mismo camino para los mismos objetivos. Por eso es que me propongo exponer en este trabajo las posibilidades nacionales haciendo un parangón con la experiencia adquirida en Chile aprovechando que en su clase es el único ejemplo en Latinoamérica. Una muestra rica en enseñanza, por cierto.

Quiero, para terminar esta exposición de motivos, advertir que si bien en el primer momento pensé en tratar el tema de una manera técnica con los formalismos protocolares de un escrito puramente profesional, me di cuenta después que si estaba convencido de la enorme influencia gravitante compuesta por factores marginales políticos, económicos y sociales, resultaría poco conveniente y sincera.

Una exposición con sólo números y guarismos, sin tener en cuenta lo que pudiéramos llamar la "infraestructura de la salud", pudiera ser muy documentada y erudita, pero alejada de la realidad nacional.

2.—ORGANIZACION ESQUEMATICA DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD CHILENO (S. N. S.)

Es bueno comenzar rectificando un error muy corriente en Costa Rica al enjuiciar el servicio de Salud Chileno originado por las exposiciones de algunos conferencistas algunos años atrás. Este error consiste en dar un significado excesivo a la evidente desorganización que supone la existencia de 42 cajas de Seguridad Social.

El 71.2% (1) de la población, está protegido por un solo Seguro que es el que le proporciona el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.). De esta manera, si calculamos alrededor de un 10% la población que se asiste en medicina privada, nos queda un 18.8% afecta a las tantas veces comentadas 42 Cajas. Es evidente, leyendo estas cifras, que el mal es mucho menor que el que cabría suponer puesto que el núcleo principal que da la tónica oficial al país es el fuerte S.N.S. Pero aún es menor el mal de lo que pensamos si observamos que de ese 18.8% alrededor de un 80% está comprendida en una sola Caja que protege a los empleados públicos y particulares quedando el resto para múltiples pequeñas Cajas como las fuerzas armadas y algunas tan mínimas como puede ser el hipódromo que sólo consta de unos cuantos empleados.

Otro error también muy difundido en nuestro país, e igualmente originado en los referidos conferencistas, es la poca eficiente administración del S.N.S. Es cierto que crear en poco tiempo, de la manera revolucionaria a que aludimos en la introducción, una integración de esta envergadura, de organizaciones tan dispares como pudieron ser un Seguro Social ya bastante avanzado, la beneficencia pública, los servicios sanitarios municipales, la salubridad nacional y otros grupos menores, cada uno con personal heterogéneo tanto en preparación

como en sueldos como en condiciones de trabajo, crea una serie de dificultades que necesitan una experiencia de muchos años para poder superar. Pero pasadas las primeras penosas etapas el S.N.S. Chileno ha entrado en un período de afianzamiento técnico y administrativo que augura grandes éxitos en un futuro si las condiciones político-económicas son propicias.

2.—I.—CONSIDERACIONES GENERALES

Chile es un país de peculiares condiciones geográficas dadas por sus 4.500 kms. de costa con una anchura de promedio de apenas 300 ó 400 kms., lo que hace que la organización de sus servicios se presten a una regionalización administrativamente autónoma.

En el último censo de 1960, se daban las cifras de 8.400.000 habitantes de los cuales el 41% eran de 1 a 14 años de modo que es una población calificada como joven. El 30% es rural y el 70% urbana.

Posee un crecimiento vegetativo de un 2.8% anual.

Con respecto a sus condiciones económicas podemos señalar que en estos últimos años el país se ha visto presionado por una inflación de tal intensidad que para un extranjero tiene poca significación la revisión de estadísticas comparativas en su aspecto monetario.

En 1966 el sueldo vital mínimo de la administración, es de 250 E² pero el 70% de la población gana menos sueldo del vital.

Para que tengamos un instrumento monetario comparativo en Costa Rica diremos que el dólar tiene un valor de 4.3 escudos y como se cotiza a 6.65 colones, quiere decir que cada escudo equivale a 1.5 colones. Pero el cambio oficial no es exponente fiel del poder adquisitivo real en estos momentos por el hecho de que el cambio extraoficial está fijado alrededor de 5 escudos por dólar que es, efectivamente, el valor comparativo con el colón: Con un escudo se compran los bienes que en Costa Rica se pueden adquirir con 1.3 colones.

Para que complete el lector la información necesaria que le dé un punto de apoyo para comprender las frías cifras desde un punto de vista social, diremos que la repartición de los impuestos en Chile es muy justa a este respecto. No nos podemos detener en muchas consideraciones, pero para dar una idea diremos que un sueldo máximo de la administración como es el 3.750 E² mensuales en un empleado casado, con dos hijos, dueño de una casa de habitación de tipo medio, sin más bienes, puede pagar de impuestos estatales una cifra aproximada a 500 E² mensuales. En Costa Rica en las mismas condiciones pagaría alrededor de 415 colones mensuales.

Sin embargo el pueblo chileno es sobrio. No derrocha concientemente un dinero que les cuesta mucho ganar. En este aspecto recuerda la disciplina de los pueblos europeos. No hay orgías de cemento y varilla a que tan acostumbrados nos tienen los alegres países tropicales. Los sueldos de sus servidores tienen una baja base y sobre ella se añade los quinquenios, los porcentajes por estímulo y asignaciones por responsabilidad. Hé aquí algunas muestras:

Un médico recién ingresado con 6 horas de trabajo, 4 de Consulta Externa y 2 de Hospital, gana 1.100 E² (1.43 colones por escudo). En el mes de marzo estaban luchando por este sueldo y habían ganado la petición.

El Jefe de Sección en S.N.S. gana 1.800 E^o con 8 horas de trabajo, debiendo anotar que será aumentado próximamente.

Todos los empleados tienen un aumento del 20% cada quinquenio, más 15% de estímulo, más 60% por responsabilidad cuando lo exige su puesto.

Un empleado con un sueldo aproximado de 1.800 E^o paga alrededor de 2.000 E^o anuales de impuesto. En Costa Rica un sueldo similar y en iguales condiciones de trabajo pagaría alrededor de ₡ 500.00 anuales en un empleado casado y con dos hijos (1.800 E^o equivalen a ₡ 2.340.00). Un Cirujano Dentista recién ingresado ganaba 640 E^o mensuales (₡ 832.00) por 6 horas. (Próximamente le iban a subir).

Una Enfermera Graduada (exige bachiller y cuatro años universitarios) gana 550 E^o (715.00 colones) más los quinquenios a que tenga derecho.

Una trabajadora social con bachiller y cinco años universitarios con una categoría de grado intermedio (4o.) 627 E^o (₡ 815.00).

Un inspector sanitario con bachiller y un año de adiestramiento, 400 E^o (₡ 520.00).

Como se puede comprobar, los sueldos son en algunos casos ligeramente inferiores a Costa Rica y en otros notoriamente, como pasa con los médicos recién graduados. En cambio tiene la ventaja de que por haber mayor organización en la carrera administrativa, el empleado disfruta de un progresivo aumento de su sueldo con quinquenios graduales, bonificaciones de estímulo y responsabilidad, jubilaciones bien establecidas en una Caja Nacional que les permite una mayor seguridad en su vejez.

2.—II.—RECURSOS Y GASTOS

El presupuesto del S.N.S. para 1966 es de muy cerca de 600 millones de escudos.

Si el Seguro Social aporta un 4.5% de los salarios para que el S.N.S. se encargue de los subsidios por enfermedad y un 5.5% del aporte estatal para atención médica de sus asegurados y añadimos las entradas por rentas particulares del S.N.S., el resto lo paga íntegramente el Estado por medio del presupuesto nacional. Hay un pequeño aporte de asegurados particulares no indigentes, ni asegurados que pagan 8 E^o por consulta, cuota mínima fijada por el Colegio de Médicos. Este sector de enfermos puede ascender a un 10% de la consulta. Pero como los gastos se han ido haciendo de más en más onerosos por efecto del aumento de la población protegida y el aumento de la carencia de los servicios médicos, resulta que si en 1954 el aporte del S.S. al S.N.S. era de 35.8% de todas las entradas, en 1962 constituían sólo un 16.2% (2). Para fijar bien las ideas con respecto a esta relación financiera entre el S.N.S. y el Seguro Social, conviene recordar la afirmación del Dr. Benjamín Viel (3) de que el Seguro financia sólo el 20% de la atención que da el S.N.S. a los asegurados y que el otro 80% debe ser pagado con el aporte estatal de lo cual resulta que el Estado cercena fondos que en realidad no debían ser destinados a la atención curativa de los asegurados sino a la de los indigentes y a la protección y fomento de la salud de todo el país. De esto se infiere que es posible, para un futuro, el aumento en el aporte del Seguro Social tal como lo manifiestan algunos altos funcionarios del S.N.S.

¿Qué representan en los gastos nacionales estos 600 millones del presupuesto del S.N.S.?

En el presupuesto nacional para 1966 los gastos de salud representan un 7.92% estando excluido de este porcentaje todo lo relacionado con pensiones y jubilaciones. (4)

Con respecto a la renta nacional el dato para 1963 fue que los gastos que originaron el 87% de la población del país fue del 5.5% de ella. No está incluido en este cálculo el sector privado. (5)

Poco más del 50% de todo el presupuesto de salud se gasta en salarios para el personal.

De todas estas cifras se infiere que los gastos del S.N.S. están dentro de los límites normales a pesar de que la atención de el capítulo de prevención quizás sea la más completa de Latinoamérica sobre todo en el suministro de leche a la madre y el niño. Por ejemplo, a la embarazada asegurada se le da leche descremada desde el primer mes de embarazo en cantidad de 2 kg. mensuales y si es necesario después del parto. Hay un subsidio por lactancia 6 semanas después del parto. El niño cuya madre no puede amamantarlo, recibe 2 kg. de leche hasta los dos años y el pre escolar de 2 a 6 años 1 kg. y medio.

En ningún momento el S.N.S. da idea de duplicidad de funciones ni de recargo de personal y, desde luego, en lo que yo tuve oportunidad de ver, la plantilla de empleados administrativos es sorprendentemente exigua.

Para tener una idea del problema que interesa a Latinoamérica en esta materia, diremos que en 1962 Chile gastaba por persona 34.42 E⁹ de los cuales 11.3 (32.8%) eran para medicina preventiva y 23.12 E⁹ para curación. Estas cifras demuestran el énfasis que se da a la medicina preventiva, lo que puede ser un ejemplo para toda Latinoamérica.

Insistiendo una vez más —puesto que ello puede suministrar a Costa Rica una enseñanza definitiva para próximos planes— de los 34.42 E⁹ gastados en salud por persona únicamente 6.93 (20%) están a cargo del Seguro Social y 27.49 E⁹ al Estado. (6)

Como complemento de lo relatado con respecto al S.N.S. conviene saber que la Caja de Empleados dista mucho de dar a sus afiliados una atención médica de tipo de seguridad social. Por ejemplo, no tiene derecho a asistencia por enfermedad aunque tiene la opción de hacerse ver en consultorios del servicio a precios reducidos. Tampoco tiene derecho a hospitalización ni para él ni para familiares, pero el servicio le concede préstamos para cancelar cuentas por estos fines. Sí tiene derecho a Medicina Preventiva.

En cambio los empleados cuentan con medios superiores a los asegurados en previsión por cuanto si los primeros disponen de un 17.5% de los salarios ellos montan a un 23.33% en los particulares y un 20% en los públicos.

No quiero terminar este inciso sin dar cuenta que en la actualidad hay presentado un proyecto de ley en el Congreso Chileno, el cual propone una integración total de la Caja de Empleados al S.N.S. Esta medida es un exponente del continuo esfuerzo de superación que el servicio ha llevado a cabo desde los difíciles días de su comienzo.

2—III.—VISION DEL CONJUNTO DEL ORGANOGRAMA

2.—III—1.—*Divisiones en general*

Hay un Director General del servicio que tiene a su vez dependencia al Ministerio de Salud. Entre este Ministerio y el S.N.S. existe una Dependencia controladora y consejera del Ministro que es la superintendencia de Seguridad Social, la cual, por otra parte también controla el Seguro Social, la Caja de Empleados y todas las Cajas de Previsión.

Las funciones técnicas y administrativas del Director General están compartidas por un Consejo Nacional del Servicio compuesto por el mismo Ministro de Salud, el Director General, el Director del Seguro Social, el Decano de la Facultad de Medicina y un Profesor elegido de esta Facultad, dos representantes del Colegio de Médicos, dos de la parte Patronal, dos de los Sindicatos, cuatro representantes del Poder Legislativo, dos representantes directos del Presidente de la República y el Superintendente de Seguridad Social. El consejo controla el presupuesto del S.N.S., supervigilando el manejo de los fondos, dicta reglamentos, aprueba los nombramientos definitivos de personal y celebra convenios con otras Instituciones. (3) El Director es nombrado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado. Por debajo del Director General existen dos grandes departamentos: El técnico y el administrativo, los cuales se subdividen, a su vez, en sub-departamentos. (1)

Los sub-departamentos administrativos son: El Jurídico, Control de Presupuestos, Bienes.

Los sub-departamentos técnicos son: Recuperación de Salud, Fomento de Salud, Inspección y Planeamiento y Arquitectura.

El Departamento Técnico está a cargo, también, de todas las zonas de salud del país que son en número de 13, del Instituto Bacteriológico y del Control de Productos Biológicos.

Cada Zona de Salud está regida, a su vez, por un Director Zonal el cual, siguiendo las modernas normas administrativas, tiene una cierta autonomía. Sin embargo, esta regionalización no está completamente desarrollada o reglamentada y, en cierta manera, depende mucho de la personalidad y competencia del Director de la Zona.

Por debajo del Director Zonal existen tres Dependencias Hospitalarias que son: El Hospital base, el Hospital o los Hospitales Periféricos y los Hospitales especializados si los hay, constituyendo el conjunto sanitario un *área* de salud de la cual el Jefe natural sería el Director del Hospital Base.

Existe diversidad en el número de áreas por cada zona. Por ejemplo, la II zona de Atacama-Coquimbo comprende 7 áreas. En cambio en la límite por el Sur que es la Aconcagua, sólo tiene dos. La capital, Santiago, tiene 9 áreas.

Por debajo del Hospital base de cada área y de los periféricos, están los establecimientos o consultorios periféricos y las postas sanitarias, repartidas como una red, por todo el área.

Como *Coordinador* de toda la política sanitaria del área, existe un Consejo presidido por el Director del Hospital base y formada por los otros Directores del resto de establecimientos hospitalarios, mas el Jefe de Epidemiología, cuando existe uno, a nivel zonal.

A nivel zonal, está previsto un Consejo Técnico que asesora el Director Zonal y mediante el cual se ejerce las verdaderas funciones de éste que son las de dirigir, supervisar, controlar y asesorar. Habría, pues, una Jefe de Enfermeras, una Asesoría Legal, una Sección de Estadística, una de Contabilidad, una Jefatura de Matronas, una de control de alimentos, una de higiene y seguridad industrial, la Jefatura de Personal de la Zona, Sección de Relaciones Públicas, Construcción Civil y Farmacia.

La amplitud y el número total de éstos que pudiéramos llamar Secciones Técnico-Administrativas varía enormemente de acuerdo con la zona de salud en cuanto a una serie de factores como son alejamiento de la capital, extensión del área financiamiento, etc. . .

Volvamos ahora a tomar el organograma en la Dirección Central del S.N.S. para seguir las funciones de los tres Departamentos más importantes en que se divide actualmente la salud, cuales son: Recuperación, Fomento y Protección, continuándolos hasta el nivel de las áreas.

2.—III—2.—*Recuperación de Salud*

Tiene ocho principales secciones cuales son:

1) Atención Médica cerrada (hospitalaria) y abierta (consulta externa). 2) Planificación y Construcción. 3) Farmacia. 4) Odontología. 5) Enfermería. 6) Trabajadoras Sociales. 7) Rehabilitación. 8) Cancerología. (control).

Ya hemos dicho que la base de la atención médica en las áreas son el Hospital base cuyo Director es el inferior jerárquico, dentro del servicio, del Director Zonal, el cual a su vez lo es del Director del Departamento Técnico de la Dirección General.

Por debajo del Director del Hospital base se encuentran los Jefes de servicio hospitalario los cuales tienen a su cargo la atención de los consultorios periféricos del área siendo los responsables de su buen funcionamiento. Cada Jefe de servicio tiene asignado un sector del área si ésta es muy extensa y hay varios Jefes en un mismo Hospital base.

Los Médicos encargados de la atención en los consultorios periféricos y las llamadas postas de atención en las zonas rurales, hasta ahora han sido los mismos que pertenecen al servicio del hospital base, dándoseles 4 horas de trabajo en la consulta externa y 2 horas en el hospital. Sin embargo, como la consulta externa crece en mucho mayor proporción que las necesidades de profesionales en los hospitales, existen ya un cierto número de médicos de consulta externa que no trabajan en funciones hospitalarias y que llega en el área del hospital base de San Juan de Dios, en Santiago, a un 20%.

No todos los Médicos del área trabajan cuatro horas diarias en consulta externa puesto que hay algunos que ocupan altos puestos en los servicios como es el Jefe de Clínica o los Asistentes, que no van más que algunas horas por semana repartidas en uno o dos días.

En las zonas rurales muy alejadas y fuera de toda vía de comunicación, prestan valiosos servicios el cuerpo de carabineros con elementos del cuerpo adiestrados en cursos de 12 meses para hacerse cargo de labores de primeros auxilios y transporte de enfermos hasta la posta médica más cercana.

En las grandes capitales, los consultorios periféricos trabajan con la población sectorizada igual que en Costa Rica pero no hay medicina familiar ni hay sistema de citas para morbilidad.

Sorprende en Chile —y ello será objeto de más estudio en el capítulo tercero de este trabajo la poca densidad de consulta en comparación con la de Costa Rica. Bastará un ejemplo para admirar a los lectores costarricenses: Al consultorio periférico ANDES, en Santiago, afecto al Hospital base de San Juan de Dios, le tienen asignado una población de alrededor de 65.000 habitantes. En el año 1964 tuvo 61.785 consultas incluyendo Medicina General, Pediatría, Cirugía, Ginecología, Tisiología y Maternal. Dividiendo esta cifra por 290 días hábiles al año, resulta que el promedio de consulta diaria fue de 213 (7).

En Costa Rica en un Dispensario como el de Heredia, al cual se le asigna alrededor de 35.000 derechohabientes, solamente, con Medicina General, Pediatría y Consulta Maternal hubo, en el año 1965, 88.706 consultas con un promedio de 306 diarias.

Como es natural, esto lleva consigo, que el número de horas médicas asignadas para un cierto volumen de población, sea enormemente menor que el que nos obliga, en Costa Rica, nuestra gran densidad de consulta como después veremos al tratar de la organización costarricense.

Las especialidades no básicas y sub-especialidades, están centralizadas en el Hospital base.

Dada la brevedad esquemática que nos hemos impuesto en este trabajo, no cabe tratar sobre la labor del personal subalterno de asistencia médica tanto a nivel hospitalario como de consulta

externa, el cual, por otra parte, se ajusta a las normas internacionales en esta materia contando con la escasez de profesionales que padece toda América Latina.

Es en cambio muy interesante y peculiar, la forma como han resuelto la mala repartición de médicos que, como en todas partes, tienden a concentrarse en las principales capitales.

Al terminar la carrera y graduarse, los nuevos profesionales tienen opción para firmar un contrato con el S.N.S. de acuerdo con el cual y después de un entrenamiento, en la capital, de 9 meses, durante el cual adquieren suficiente experiencia en obstetricia, cirugía, medicina y pediatría, se comprometen a prestar sus servicios en una zona de provincias de acuerdo con las necesidades del S.N.S. Después de 3 años de trabajo, pueden venir a Santiago becados por el servicio para hacer, durante dos años, la especialidad que desearan, después de la cual pueden escoger una de las vacantes que le ofrezcan. En principio, nadie puede ejercer en las provincias de Santiago, Valparaíso y Concepción sin haber ejercido en otras zonas durante los 3 años de ley.

Como es natural, el S.N.S. atiende los accidentes de trabajo en sus servicios de traumatología, pero esta clase de medicina está reglamentada y tiene un funcionamiento por aparte.

La Sección de *Odontología* está acoplada a cada consultorio periférico y hospital de una manera convencional, pero tiene la peculiaridad de que está dividida, como la medicina, en sub-secciones de salud y fomento. En la protección destaca la gran obra de fluorización de las aguas mediante la cual para 1963 habría un 29.1% de la población total de Chile consumiendo agua fluorada.

Tengo interés en incluir un ejemplo del buen éxito de la fluorización de aguas por si esto puede despertar el interés de los Odontólogos Costarricenses, que serían, en última instancia, los que tendrían que hacerse responsables de la campaña. Se escogieron dos poblaciones abastecidas por la misma fuente pero con distintas traídas de agua. Por supuesto que las condiciones de las dos poblaciones eran similares en todos sentidos. Se fluorificaron las aguas de una de las poblaciones comenzando el experimento en 1953. Para 1964 la reducción en la incidencia total de caries en los niños de 6 a 11 años que habían bebido agua fluorada toda su vida, fue de 55.3% en comparación con los de la población que careció de fluorificación. En los niños de 12 a 15 años, que no alcanzaron a recibir su beneficio completo por tener ya de 1 a 4 años en 1953 en que comenzó el experimento, la reducción fue sólo de 45.1%. En 1964 el porcentaje de niños sin caries, en la población fluorada, fue de 29.11% y en la otra fue de 7.74% (8).

En Fomento de Salud destaca la educación oral, según programas de acción, efectuada en Escuelas.

No trabajan los Odontólogos con aparatos de alta velocidad.

La Sección de *Farmacia* constituye un ejemplo interesante de cómo se pueden dar soluciones viables para un problema muy importante que hoy día amenaza el equilibrio económico de esta clase de medicina integral, en los países latinoamericanos.

Aunque después volveremos sobre el tema, es útil esbozar aquí el alto porcentaje constituido por los medicamentos, en el costo total de la prestación médica hasta el punto de que en Chile en 1963 (9) se calcula en un 25 a 33% del gasto total médico siendo el del sector privado 10 veces mayor que el del público.

Esto quiere decir que si no planteamos un buen plan nacional de aprovisionamiento al menor costo posible amenazamos con contribuir a desfinanciar el sistema por un flanco muy vulnerable.

La respuesta de Chile a este reto, es la constitución de un laboratorio nacional con un 99.4% de acciones estatales el cual abastece al S.N.S. en el 90% de sus necesidades a precios de costo.

Se abastece de materia prima solicitada en licitación, sea cualquiera la parte del mundo de donde proceda, con tal que cumpla los requisitos pedidos de suficiente garantía. Es obvio señalar que los costos de los productos comparados con los similares de la medicina privada, son mucho más baratos, en algunos casos hasta un 50% menos. Por ejemplo, en la Zona B el promedio de costo por receta es de 0.37 dólares. (2.46 colones).

2.—III—3.—*Protección de la Salud*

El sub-departamento de protección consta de las siguientes secciones:

- a) Epidemiología.
- b) Higiene ambiental.
- c) Control de Alimentos y
- d) Higiene y Medicina del Trabajo.

En cada una de estas Secciones hay un Jefe Director con ayudantes en un número relacionado con las posibilidades de personal. En Epidemiología, por ejemplo, hay dos ayudantes; un Asesor de Tuberculosis y uno de Zoonosis. Una de las funciones más importante es la de llevar a cabo el programa de inmunizaciones incluyendo últimamente el Sarampión. En la zona II el 80% son asegurados, el 10% son pagantes y el otro 10% indigentes que no pagan.

La Sección de Higiene y Medicina del Trabajo, tiene a su frente un Ingeniero Jefe y un ayudante también Ingeniero de Seguridad Industrial. La parte de Medicina de trabajo tiene cierta autonomía constando de seis médicos especializados para la capital.

En el control de alimentos hay vigilancia sobre la calidad del alimento en la fábrica productora y en el comercio y además, en la salud y hábitos del manipulador. Se efectúa esta labor mediante un cuerpo de inspectores debidamente preparados a los cuales se les exige ser bachiller y más un año de especialización en la Escuela de Salubridad. Hay 42 veterinarios para todo el país, con el mismo salario, aproximadamente, que un médico.

En Higiene Ambiental el Jefe es un Ingeniero ocupado de saneamiento de la vivienda en todos sus aspectos y la desinsectación y desaparición. Pero lo que más nos interesa para este estudio, no es el análisis de las funciones en sí —cosa fácilmente inteligible con sólo leer el capítulo de la Sección— sino la manera de acoplar dichas funciones al sistema de integración, general en todo el S.N.S.

Los Jefes y Ayudantes de cada sección del Sub-departamento de Protección, tienen una labor esencial de asesoría y control del trabajo en las áreas puesto que por falta de personal la mayoría de las zonas no tienen elementos idóneos.

En las áreas van acoplados los funcionarios encargados de la protección a las organizaciones del Hospital base y desde allí extienden su radio de acción a las poblaciones que comprende el área.

El departamento de Epidemiología se vale de las mismas enfermeras, auxiliares, matronas, trabajadoras sociales y educadores sanitarios, para cumplir sus programas confeccionados desde la Dirección General y en el cual coopera un médico a nivel del Hospital base. Este médico tendría que tener un curso especial de Epidemiología y Salud pero en la práctica faltan profesionales especializados y entonces se hacen cargo de los programas, médicos previamente adiestrados, pertenecientes al servicio de Medicina General del Hospital base.

Pondremos un ejemplo con un análisis de la II Zona Atacama-Coquimbo, para ver cuál es el personal que trabaja, bien específicamente en la labor de protección o combinado con funciones de otros sub-departamentos por ser empleados polivalentes:

- 1 Médico Veterinario.
- 25 Inspectores de Saneamiento.
- 2 Técnicos de Seguridad.
- 2 Nutriólogos.
- 1 Ingeniero Civil.
- 1 Educador Sanitario.
- 1 Constructor Civil.
- 6 Asistentes Sociales.
- 21 Enfermeras Graduadas (son de Recuperación y Fomento pero colaboran en protección).
- 28 Matronas (son de Recuperación y Fomento pero colaboran en protección).

394 Auxiliares de Enfermería (son de Recuperación y Fomento pero colaboran con Protección).

Aparte de este personal, la zona consta de 103 médicos los cuales en su mayoría colaboran en funciones de protección a través de Epidemiología sin contar con un médico especializado encargado del programa.

Este personal, por consiguiente, está encargado de la protección de la salud de una población zonal estimada en 493.928 habitantes (10).

2.—III—4.—*Fomento de salud*

Es el tercer, principal, sub-departamento cuyas secciones de trabajo son las siguientes:

- A) *Materno-Infantil*. Responsable de la atención extrahospitalaria de la madre y el niño y de la entrega de leche a los menores de 2 años.
- B) *Nutrición*. Fija normas alimenticias, educa al pueblo y vigila el suministro de leche.
- C) *Menores con problemas*. Se hace responsable de todo menor que por condiciones físicas, mentales o económicas, está imposibilitado de recibir la protección de la vida familiar.
- D) *Salud Mental*.

En las secciones de Salud Mental y Menores con problemas (o también llamado en Situación Irregular) hay establecimientos específicos que funcionan con cierta autonomía, dada su especial misión, como con casas cunas, reformatorios, talleres de rehabilitación y casas particulares que acogen a un niño abandonado mediante el cobro de 15 dólares mensuales pagados por el servicio. Naturalmente, que el personal de Enfermería, matronas y educadores sociales, hacen fomento, a nivel del área, mediante la misión de funcionarios polivalentes a que antes aludíamos.

A nivel de la zona suele haber un Coordinador encargado de los menores, el cual no es necesariamente médico. En el país hay 800 empleados dedicados a la función específica de protección a esta clase de niños de los cuales hay 60 asistentes sociales.

El Servicio gasta 11 millones de E⁹ en este problema.

Los programas de nutrición se desarrollan a través de los técnicos en nutrición que son universitarios de tres años de estudios y que vienen a recibir una dotación media de 500 E⁹ mensuales. No hay médicos especializados en estas funciones ni a nivel de zona ni de área, estando estas labores casi íntegramente en manos de dietistas y nutriólogos siendo estos últimos profesores normalistas especializados que imparten lecciones en los Liceos.

Como dijimos, hablando del Sub-departamento de Protección, existen un promedio de 2 nutriólogos y 7 dietistas en una zona que atiende alrededor de 500.000 habitantes aunque hay áreas de Santiago que tienen más para el mismo aproximado número de habitantes. (35 dietistas en el área de Oriente de Santiago, con 482.000 habitantes en 1964 (11).

Con respecto a la atención materno-infantil, comprende toda la consulta prenatal, post-natal y de niño sano, cuya importancia es tan grande si se considera que el 50% de la población total de un país es susceptible de tal atención.

Ya se ha dicho anteriormente que a la madre se le daba 2 kg. de leche descremada desde que empieza el control, lo cual le sirve de estímulo para no abandonarlo. Además se le da leche después del parto si lo amerita.

A las madres aseguradas se le da un 40% del salario 6 semanas antes y después del parto más un subsidio de lactancia 6 semanas después del parto, por un monto de 25% del salario.

Al niño se le da 2 kg. de leche mensuales hasta los 2 años y en los pre-escolares de 2 a 6 años 1½ Kgr.

A nivel de la Dirección existe un Jefe Médico para cada Sección en que se divide el Sub-Departamento de Fomento, mas los ayudantes y personal auxiliar que en el caso de Materno-Infantil consta de 1 matrona, 1 enfermera, 1 obstetra y 1 pediatra.

A nivel de zona y área no hay un personal específico para funciones materno infantiles y solamente hay un jefe de programa que es un profesional del mismo servicio del Hospital base al cual se le recarga el trabajo. En el comienzo se les dotó a los Directores de los Hospitales de un 30% de aumento en el sueldo por recargo de fomento al cual le tenían que asignar 2 horas de trabajo.

Se calcula una hora pediátrica médica por cada 100 habitantes y una por cada 200 pre-escolares y escolares.

En cuanto al personal de enfermeras, auxiliares, matronas y asistentes sociales encargadas de fomento, ya hemos dicho que son funcionarios polivalentes tanto en Hospitales como en consultorios periféricos y postas rurales de tal manera que con arreglo a un plan nacional, es muy fácil calcular el personal necesario de cada zona.

3.—ORGANIZACION QUE SE PODRIA DAR A UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD EN COSTA RICA DE ACUERDO CON NUESTRAS CONDICIONES

Si queremos llegar a formular alguna conclusión en el tema de la organización de Salud en Costa Rica, no tenemos más remedio que exponer, aunque sólo sea someramente, cual es nuestra situación actual no sólo en relación con los medios económicos que el país asigna para tal fin sino en comparación con otras naciones de condiciones similares a la nuestra. Asimismo es interesante conocer,

también comparativamente, las peculiaridades de nuestra asistencia médica colectiva, no tanto en función de la estadística morbosa como de la actitud mental de la población protegida ante los beneficios asistenciales que se le ofrecen.

De esta manera dividiremos el presente capítulo en las siguientes secciones:

- 3— I.—Porcentaje de los gastos de salud en Costa Rica en comparación con la renta nacional y el presupuesto nacional global.
- 3— II.—Cifras comparativas de gastos de salud de algunos países en relación con renta y el presupuesto nacional.
- 3—III.—Cifras comparativas de gastos y algunos detalles de consulta entre sectores similares Chilenos y Costarricenses.
- 3—IV.—Enseñanzas que se pueden derivar de las estadísticas expuestas.
- 3— V.—Cuál podría ser la fórmula ideal de integración en Costa Rica basada en nuestras realidades.

El capítulo se terminará con un apéndice que se titulará "Plan Nacional de Salud".

- 3—I.—*Porcentaje de los gastos de salud en Costa Rica en comparación con la renta nacional y el presupuesto nacional global.*

CUADRO No. 1

(1) Organismo	(2) Presupuesto (¢)	(3) Porcentaje Renta Nacional	(4) Porcentaje presupuesto
Ministerio Salubridad	89.808.571.00		
Instituto Seguros	11.350.000.00		
Caja de Seguro	72.393.604.00		
Total	173.552.175.00	5.1%	19.6%

- 1) En el Ministerio de Salubridad el presupuesto para 1966 es de ¢ 73.405.531.00 para la Dirección General de Asistencia y de ¢ 16.403.040.00 para el Ministerio propiamente dicho.

En el Instituto Nacional de Seguros, la cifra es estimada para 1966 dividida de la siguiente manera: ¢ 1.350.000.00 para gastos generales y ¢ 10.000.000.00 para gastos de prestación.

En la Caja de Seguro Social la cifra indicada excluye invalidez, vejez y muerte así como gastos de construcciones. Incluye en cambio, subsidios por enfermedad.

Está excluida del cuadro la Compañía Bananera que en 1964 invirtió ₡ 4.588.741.00 en asistencia de sus trabajadores. Para los fines de este trabajo hace variar en muy poco los porcentajes con respecto a la renta y el presupuesto nacional.

Faltan los gastos del sector privado del que no se han podido obtener datos responsables en medios oficiales.

- 2) Es importante fijar la atención de que el porcentaje se fija con respecto a la renta o ingreso bruto el cual se convierte en renta nacional una vez restados la depreciación y los impuestos indirectos. Para 1965 la renta nacional fue de ₡ 3.350.200.000.00 (Dato suministrado por el Banco Central).
- 3) El presupuesto nacional global que incluye el sector de las instituciones autónomas, es de 884.500.000.00 colones de los cuales:
635.200.000.00 para el Gobierno, incluyendo superávit y 249.300.000.00 para Empresas estatales. (Datos del Banco Central).

3—II.—*Cifras comparativas de gastos de salud de algunos países en relación con la renta y el presupuesto nacional.*

CUADRO No 2

PAIS (1)	Porcentaje respecto a renta nacional (2)	Porcentaje respecto a presupuesto nacional (3)
Costa Rica (1966)	5.1%	19.6%
Chile (1963)	5.5%	17.2%
Suecia (1961)	3.5%	20.4%
U.S.A. (1961)	2.4%	6.6%
Argentina (1964)	3.8%	1.9%
Israel (1961)	3.8%	10.7%
Inglaterra (1959)	3.7%	10.7%

- 1) Los datos de Chile están extraídos de "Cuentas Nacionales de Chile 1958-1963 de Corporación de Fomento de la Producción". El resto de los datos es copiado de referencias de la publicación de la O.P.S. "Atención Médica". Febrero 1966, así como de "Doctrina y Política del S.N.S. Chile. 1962."
- 2) En general, la Asamblea Regional Latinoamericana de la Asociación Médica Mundial, celebrada en Chile en abril de 1965, en las conclusiones del tema: "Gastos Médicos en Latinoamérica", consideró que el gasto en salud de los países estaba sobre el equivalente del 5% del Producto Nacional Bruto. En el caso de Costa Rica estaría por debajo puesto que el producto nacional bruto en ese año ascendió a 3.928.000.000.00.

Nuestro criterio a este respecto es que falta una estandarización internacional de los datos de salud y que como los regímenes de salud son tan dispares en Latinoamérica, unas estadísticas comprenden factores que

faltan en otros. Algunos toman como patrón comparativo la renta nacional mientras que otros toman el producto nacional bruto a costo de factores o a precios de mercado indistintamente. El capítulo de gastos del sector privado hacen variar grandemente las cifras siendo igualmente variable su inclusión en las estadísticas.

De todas maneras, no pretendiendo ofrecer cifras exactas sino con una aproximación que nos permita comprender lo que estamos haciendo, los presentes cuadros cumplen el objetivo del trabajo.

3.—III.—*Cifras comparativas de gastos y algunos detalles de consultas entre sectores similares chilenos y costarricenses*

CUADRO No 3

	II zona de Salud Chilena (1965)	Area Oriente de Santiago (1964)	Población asegurada en C. R. (1965)
Costo total \$ (1)	3.487.858.00	6.833.333.00	8.230.300.00
No. de camas	1.256	2.280	1.200 ap.
Consultas totales por médicos	404.791	496.243	1.471.750
Consultas de medicina, pediatría y especialidades	375.589	463.457	1.471.750

- 1) Los costos son muy demostrativos, ya que los tres sectores comparativos son de similar población protegida a saber: II zona de salud 493.928 habitantes; el área Oriente de Santiago de Chile 481.998 y la población total asegurada de Costa Rica 490.00 derechohabientes, aproximadamente. Es importante hacer saber que mientras que las zonas de salud Chilenas dan servicios de prevención, fomento y recuperación, el Seguro Costarricense no ofrece más que de recuperación.

Los gastos en monedas nacionales fueron: II zona de salud: 14.997.793 Escudos; el área Oriente de Santiago 20.500.000.00 Escudos (el escudo de 1964 se calculó a 3 por dólar). Para el total de la población asegurada costarricense el gasto en 1965 fue de 54.731.500.00 colones.

Quizás sería interesante añadir al análisis un elemento más de juicio con el área hospitalaria de Occidente, en Santiago, que protege alrededor de 582.824 habitantes y cuyo desglose de consultas es el siguiente en 1965:

Consultas totales 627.150

De las cuales son:

De Medicina General	223.881
De Especialidades	150.696
De Pediatría (enfermos)	234.876
Maternales	17.697

Estudio comparativo entre un Dispensario Chileno y uno Costarricense de Seguro Social en relación con recuperación de salud.

CUADRO No. 4

	Consultorio Chileno Andes 1965. (1)	Clínica Seguro Social Moreno Cañas (1965).
Número de Consultas (Sólo enfermos)	45.275	86.604
De ellas son de Medicina general, adultos	14.556	51.949
De ellas son de Pediatría (enfermos).	21.503	12.479
De ellas son de especialidades	Niños de 0 a 15 años 9.216	Niños de 0 a 5 años 22.176
Consultas de Odontología	15.714	12.090
No. de Inyecciones	14.678	29.582
No. de recetas	102.277	163.824
Promedio de horas médicas diarias	47.1 incluye especialidad	82 incluye especialidad
Enfermeras Graduadas	4	1
Asistentes Sociales	4	2
Auxiliares de Enf.	40	14
Matronas	2	0
Días de incapacidad por enfermedad	10.223	8.837
No. de protegidos	63.829	40.000

- 1) La presente estadística referente al consultorio Andes se refiere solamente a la atención médica de recuperación de la salud. También tiene el correspondiente servicio de Fomento y Protección de Salud, cuyo trabajo se puede reflejar en los siguientes números:

Atención maternal	4.760 consultas	
Niño Sano	3.868 »	»
Kgs. de leche entregados	71.690 »	»
Total de vacunas	27.393 »	»
Visitas a domicilio de enfermeras	1.551 »	»
Consultas de Enfermeras	11.910 »	»

Consultas de Auxiliares de Enfermería	80.699 »	»
Visitas a domicilio de Auxiliares	2.113 »	»
Consultas de Asistentes Sociales	2.121 »	»
Entrevistas	542 »	»
Visitas domiciliarias	1.391 »	»

La Clínica Moreno Cañas no tiene más que servicio de recuperación.

Para terminar el análisis comparativo es útil añadir un cuadro en el que se incluyen los gastos de operación de la Clínica Moreno Cañas durante el año 1965 y los correspondientes a un área de similar número de habitantes de Chile que sin ser rural tampoco esté ampliamente industrializada. Escogemos para ello el área de Coquimbo en la II zona de salud.

CUADRO No. 5

Sector	No. de protegidos	Consultas por Año	Gastos de operación
Coquimbo (Chile)	51.928	23.445	\$ 367.720
Clínica Moreno Cañas ...	40.000	86.804	\$ 253.888

3—IV.—Enseñanzas que se pueden derivar de las estadísticas expuestas

3.—IV—1.—Contemplando los cuadros 1 y 2 es evidente que Costa Rica está invirtiendo en el sector salud, un porcentaje aceptable de su renta nacional y de su presupuesto. Aún cuando tomemos el producto bruto nacional, Costa Rica está muy cerca del 5% considerado como normal para Latinoamérica.

Como decíamos anteriormente, la exclusión del sector privado, hace variar mucho las cifras absolutas sobre todo en aquellos países en que los sistemas de Seguro Social no cubren un porcentaje considerable de la población.

3.—IV—2.—Los Cuadros números 3 y 4 muestran el alto costo del servicio en Costa Rica comparado con el Chileno aun cuando en éste está comprendido el sector de Fomento y Protección de Salud que no suministra aquel. Sin embargo, debemos analizar los factores que influyen en la diferencia de costos y uno de ellos salta a la vista cuando contemplamos las amplias diferencias entre la densidad de consultas ofrecidas en parte del Cuadro 3 y todo el 4.

Nos sorprende cuando averiguamos que en Costa Rica, para poblaciones similares, el servicio de Recuperación de Salud soporta un 263% más de consulta que la II zona de Salud Chilena y un 196% más que el área Oriente de Santiago. Lo anterior se confirma más al ver las cifras para el área hospitalaria de Occidente de Santiago y, sobre todo, la mostrada en el Cuadro 4 para el con-

sultorio de los Andes con una población calculada de un 59.5% mayor de la asignada a la Clínica Moreno Cañas de San José.

Naturalmente, que este enorme aumento de consultas demanda un incremento proporcional de las horas médicas cuyo costo incide tan importantemente en los costos globales de la asistencia médica puesto que el médico es un funcionario de alto salario. Igualmente incide el costo del mayor volumen de recetas y mucho más cuanto que Costa Rica no dispone de un laboratorio nacional que ofrezca sus medicinas a bajos precios.

En el Cuadro No. 5, en que están comparados los resultados de la Clínica Moreno Cañas, en costos y consultas médicas, con el área de adscripción Chilena de Coquimbo, se muestra una vez más la enorme diferencia de consultas a pesar de que la Moreno Cañas soporta un 22% menos de población protegida. Sin embargo, en esta área los costos son muy parecidos puesto que aproximadamente está compensado la menor población que cubre la Clínica Moreno Cañas con la disminución en su cifra de gastos respecto a Coquimbo.

Debemos de analizar en este apartado las posibles causas que puedan motivar estas diferencias de consulta entre la atención médica de Chile y la de Costa Rica, que por otra parte, ya nos había llamado la atención con respecto a México aunque no fuera en esta proporción (12). El citado análisis es tanto más importante cuanto que nos será indispensable para la exposición de motivos respecto a una posible organización ideal de una futura integración de servicios de salud.

Para un observador ajeno a estos estudios, la respuesta a la pregunta del por qué Costa Rica soporta una densidad de consulta externa tan elevada, sería obvia: tiene que haber necesariamente una diferencia igualmente notable en la morbilidad. Pero nada hay de esto. Si estudiamos las tasas de defunción y morbilidad de Chile respecto a Costa Rica, no encontramos las diferencias que pudieran motivar un exceso de consulta de esta última.

Por ejemplo: la tasa de defunción en Costa Rica es de un 8.8 por mil y en Chile de un 10 por mil.

Para niños, especialmente, la tasa de defunción es de 100 por mil, en Chile, y de 79.2 en Costa Rica.

Sería muy prolijo, y no entraría dentro de los fines de este trabajo, el analizar y comparar toda la morbilidad pero basta decir que en relación con la población de ambos países las tasas son muy parecidas con la única diferencia en Pediatría de que la mayor incidencia en Costa Rica la constituyen las enfermedades digestivas, principalmente diarreas agudas, y en Chile son las enfermedades del aparato respiratorio. En enfermedades infecciosas, en 17 rubros comparables, Chile tiene menor morbilidad en 10 —entre los cuales se encuentran las enfermedades previsibles con inmunización cuyo volumen es muy superior al nuestro— y en 7 Costa Rica tiene menos incidencias.

Si no hay una causa mórbida para el mayor aumento de consultas, o por lo menos no es suficiente en la proporción de dicho aumento, no tendremos más remedio que buscar causas sociológicas.

Para ello buscamos referencias en el servicio de agua y alcantarillados, y nos encontramos con sorpresa que Costa Rica está muy por encima de las tasas que se consideran normales para Latinoamérica en la demanda de este servicio. Cada costarricense consume cinco veces más agua que el promedio de latinoamericanos.

En el caso particular de la consulta suministrada gratis por el Estado, desde hace cien años, es una costumbre tan arraigada en el país que no es difícil ver solicitar tal consulta a personas acomodadas y en una profusión tal que la mayor parte de ellas se deben a pretextos banales. El acudir a la consulta de la Unidad Sanitaria es un hábito forjado a través de muchos años, por condiciones históricas, económicas y hasta geográficas peculiares en Costa Rica.

Naturalmente que este hábito ha sido heredado por la organización del Seguro Social en forma mucho más grave puesto que al tener costumbre de no pagar nada por la atención y exigírseles ahora una modesta suma como cuota, el deseo de resacirse de ella mediante la percepción de un servicio, sea cual fuere, es mucho mayor.

3.—IV—3.—La última enseñanza aplicable para nuestros fines, que podemos extraer de la exposición de dichos cuadros, es el gran descuido en que está en Costa Rica, la Medicina Preventiva. Mientras que en Chile gastan el 33% de los gastos de salud en prevenir mediante los servicios de protección y fomento, en Costa Rica gastamos un 10.7% en prevenir y un 89.3% en curar (13).

Ya se puede ver en los cuadros 3 y 4 cómo hay en Chile una red de enfermeras, auxiliares de enfermería, matronas, etc. . . , sobre las cuales descansa la ingente labor de la prevención en el terreno. Se ve como en el Consultorio Andes, por ejemplo, las enfermeras hicieron 1.551 visitas a domicilio y las auxiliares 2.113.

El iniciado en estas cuestiones puede ahora darse cuenta, el por qué de nuestros mayores costos si recuerda que la curación es mucho más cara que la prevención. Demanda más horas médicas, medicinas más caras y un hacer y deshacer constante como Penélope tejiendo un interminable manto.

Nuestros niños son curados incesantemente de sus afecciones digestivas producidas por parásitos y bacilos contraídos en el mismo deficiente medio sanitario en que viven. Vuelven del Dispensario a la casa, se infectan otra vez, acuden a la consulta y así sucesivamente.

Tres riachuelos atraviesan por distintos sectores la ciudad de San José, que son otras tantas fuentes de infección. Con sólo la intubación de los mismos disminuiríamos en un porcentaje apreciable el índice de morbilidad de la capital.

3.—IV—4.—Puesto que la característica principal de nuestro medio es el servicio de recuperación de salud, es indispensable hacer un especial análisis de él para fundamentar nuestras conclusiones diagnósticas.

Reafirmando lo dicho en el apartado 3.—IV—2 respecto del mayor número de consultas médicas, podemos ver en el Cuadro No. 4 cómo Chile, en su consultorio capitalino de Andes, dispone de 47.1 horas médicas diarias para atender a 63.829 habitantes y Costa Rica en su Clínica Moreno Cañas del Seguro Social, tiene 82 horas diarias para 40.000 protegidos. Adviértase la proporción exacta de horas en ambos lados, en relación con el número de consultas.

Esta situación de la consulta ha hecho que Costa Rica haya tenido que desarrollar una técnica de consulta externa mucho más perfecta. En efecto, en comparación con el servicio de recuperación de salud de Chile, el del Seguro Social de Costa Rica, aún en medios rurales, es de más alto nivel.

En Chile el servicio de recuperación se ha dejado en manos de Clínicos muy preparados y muy afamados pero sin la debida preparación en las técnicas modernas de consulta externa y sin el debido interés por ellas. Desde las altas esferas de la dirección del servicio nacional de salud, con una formidable organización de prevención, hasta el terreno donde se desarrolla la recuperación de salud, hay una especie de "tierra de nadie" llenada por Clínicos de Hospital —Jefes de servicios, de Clínicas, etc.— con natural y prevalente interés en la asistencia hospitalaria, técnica pero poco en la organización médico-administrativa de una consulta externa descentralizada. Así por ejemplo, los consultorios periféricos carecen de una auditoría médica; no hay un Director de tiempo completo para dirigir todo el inmenso trabajo que supone una consulta externa capaz para cubrir las necesidades de consultorios que como el de Andes, cubren más de 63.000 habitantes. No trabajan con sistema de citas ni hay médico familiar, ni hay diferencia entre enfermos nuevos y en tratamiento, es decir, no se planifica la consulta de antemano, cosa que modernamente se considera indispensable para elevar el nivel de consulta acercándole en lo posible a la medicina privada. Se da el caso de que médicos de los servicios hospitalarios pasan consulta en los consultorios periféricos una o dos veces por semana solamente, rompiendo con ello la continuidad en lo que debe ser la atención del enfermo el cual es obligado a consultar con diversos médicos en un período de tiempo pequeño. El documento médico es insuficiente y poco demostrativo para hacer cualquier auditoría médica.

En una palabra, se ha ignorado que la gran revolución en la atención médica socializada, es precisamente la consulta externa. El despertar de las masas a este respecto es el de que lo mismo que los ricos tienen derecho a una consulta privada en el que prevalece el lazo efectivo entre médico y enfermo y recibe el máximo de atención, todo el resto de la ciudadanía también quiere gozar de tales derechos. Incluso para aquellos neuróticos o psico-somáticos en los que la dolencia aparece como reflejo de sus tensiones y angustias. El Hospital, en sí, en lo que atañe a la atención cerrada, no ha necesitado de grandes modificaciones para acoplarse a la medicina socializada exceptuando aquellas derivadas de los progresos de las técnicas puras.

En cambio la consulta externa ha sufrido incesantes progresos médicos administrativos. Organizar de una manera ordenada, quinientas consultas diarias, de tal manera que conserven la altura técnica de una consulta privada no es una cosa muy fácil y, de hecho, es el equivalente en la medicina moderna a lo que la industria fue la aparición de las fábricas de producción en cadena.

Estas disquisiciones son muy importantes porque es un factor a tener en cuenta cuando queramos bosquejar un similar servicio nacional de salud para Costa Rica. No podremos ahorrar dinero quitándoselo al sector de recuperación para reforzar el de prevención sino que tendremos que buscar nuevas fuentes de ingreso para este fin. De otra manera corremos el riesgo de grandes críticas por parte de una ciudadanía que está acostumbrada a un determinado estado de cosas.

3.—V— *Cuál podría ser la fórmula ideal de integración en Costa Rica basada en nuestras realidades*

Después de expuestos en tres grandes capítulos, la situación del problema de salud en Chile y en Costa Rica junto con una crítica comparativa de ellos, hemos sentado las bases para razonar o que nosotros suponemos pueda ser una fórmula de integración de servicios adaptable a las condiciones presentadas a lo largo del trabajo.

Para ello es necesario resumir, en un esquema conjunto, los puntos débiles de nuestro sistema en un afán de buscar soluciones dentro de una nueva organización adaptada a las realidades políticas, históricas y sociales costarricenses.

1) *Condiciones sociales*

Es un país que se adapta idealmente al desarrollo de un sistema integral de salud desde el momento en que las dos terceras partes de la población está concentrada en el valle central con fáciles accesos y con pequeñas distancias. Además está formada por una población homogénea sin minorías étnicas de ninguna especie, dentro de un clima uniforme.

Pero hay un factor contrario a la integración cual es el culto a la libertad individual del costarricense. Asimila mal los servicios impuestos, sea de la categoría que sean. Eminentemente localista, siente recelo por todo lo que venga de fuera. Pongamos un ejemplo fuera del campo de la salud pero dentro de los servicios: En Costa Rica se organizó un excelente sistema nacional de electricidad que trabaja sobre bases técnicas de alta calidad. Pues bien, cuando llegó la hora de extender sus servicios a la provincia de Cartago, limítrofe con la de San José, provocó tal reacción localista que tuvo que abandonar la idea y dejar funcionando una junta provincial compuesta por elementos locales.

Es notorio, igualmente, los formidables obstáculos con que tropieza el desarrollo de una organización nacional para la administración del agua y alcantarillados que, igualmente que el servicio nacional de electricidad, pretende trabajar sobre bases modernas técnicas. Con la sola idea de que les van a cobrar el agua consumida, hay provincias que han preferido continuar en las primitivas condiciones de que disponían, antes de permitir poner en sus manos la organización provincial.

El Seguro Social costarricense tras veinte años de ingentes esfuerzos ha conseguido de parte de la ciudadanía una especie de "placet" diplomático para trabajar pero nunca un convencimiento de la mayoría en el sentido de entrega incondicional a la vista de los grandes beneficios que puede reportar a una familia que gana, por ejemplo, 300 colones mensuales, compuesta por marido, mujer, cuatro hijos, estar cubiertos contra riesgos de toda clase de enfermedad y maternidad por el solo pago del 4% mensual de ese salario.

Y esto es tanto más significativo para un estudioso en estas materias cuanto que la organización actual que tiene la Caja en la consulta externa del área metropolitana, por ejemplo, junto con el rendimiento técnico de su hospital central, es de tan alta calidad como puede ser el mejor de Latinoamérica en su clase.

El pueblo acoge con simpatía las organizaciones de beneficencia que son los restos de la organización medieval de la Caridad Pública. El médico "siente" esa simpatía, atrayente, a través de su trabajo en dichas Instituciones. Pero basta que el que acude a ellas empiece a trabajar y por tanto, se vea obligado a pagar un 4% de su salario, para que automáticamente cambie la actitud de cooperación con la de agresividad y la de agradecimiento por lo que recibe, por la insatisfacción del servicio que le prestan sea cual fuere.

Un reflejo de lo apuntado es la enorme densidad de consulta, en relación con la población cubierta, compuesta en su mayoría por solicitudes banales de consulta con motivos fútiles. derivados del ansia de recuperar lo que se ha pagado.

Pero hay otro motivo social que trae dificultades y que en el fondo es el mismo que obligó a México a tener una organización de Seguro Social para trabajadores del Estado diferente de la de los obreros y en Chile un Seguro de empleados por fuera del S.N.S.

Pasarán muchos años hasta que los burócratas de Latinoamérica y, en general, la clase media denominada "de corbata", acepte de buen grado mezclarse en un régimen de asistencia médica socializada con la clase obrera. Y en Costa Rica, al menos, nada tiene que ver esta resistencia con el clásico orgullo de casta o a un desprecio por los que están en clases económicas inferiores, sino que más bien es debido a un convencimiento de merecer una protección individual sin imposiciones. Los

resabios de la medicina privada de principios de siglo están arraigados fuertemente en su educación. Y cuando por un decreto de ley obligan a esta clase a integrarse en un solo servicio nacional, hacen todos los sacrificios inimaginables para suministrarse una atención privada o de pequeña sociedad gremial. Naturalmente, que cuando no tienen más remedio que solicitar el servicio nacional de Seguro Social por el alto costo de la atención que vayan a necesitar, lo hacen de una forma agresiva.

Es esta y no otra, la causa de que unánimemente casi todos los médicos que trabajan en la Consulta Externa del Seguro temen la atención de los maestros, por ejemplo, por la violencia que muy frecuentemente originan.

b) *Condiciones sindicales*

En las naciones desarrolladas donde las organizaciones sindicales son poderosas, las Instituciones de Seguridad Social pueden llegar a hacer comprender a las masas obreras los beneficios que les van a reportar, por mediación de las reuniones y acciones sindicales, así como por intermedio de los mismos directivos los cuales suelen tener ascendiente sobre los afiliados.

En los países donde la organización sindical carece de verdadera fuerza representativa, como es Costa Rica, los funcionarios del Seguro Social no disponen de medios rápidos y efectivos para llegar con sus prédicas al seno de la masa laboral.

c) *Condiciones económicas*

Yo no creo que halla ningún sistema de seguridad social en el mundo en el que no halla déficit. Pero en los países en desarrollo en que los recursos son tan limitados, cuyas entradas dependen, generalmente, de productos agrícolas con fluctuantes precios de mercado, con una balanza comercial crónicamente negativa y con ingresos per cápita en la banda del espectro económico que marca el sub-desarrollo, cualquier sistema de seguridad social basado en una parte estatal de contribución, deriva sin remedio, al cabo de los años, a un desfinanciamiento porque el Estado no puede pagar y si lo hace tiene que ser a base de dejar al descubierto otras prestaciones de servicios importantes.

Y a pesar de este ingente esfuerzo del Estado para cubrir la cuota que le corresponde en un sistema tripartito de Seguro Social, al fin de cuentas nos encontramos con que una vez cubierto todo el asalariado dependiente de un patrón, apenas llega para satisfacer las necesidades de una tercera parte de la población total del país, cuya mitad está compuesta por menores de 16 años y de la otra mitad un 33% lo forman trabajadores independientes sin patrón, con sus esposas; indigentes y ancianos.

d) *Condiciones políticas*

En una democracia integral como es la costarricense, la política impregna con su sabor todos los actos públicos de la Nación. Desde tiempo inmemorial, las realizaciones en los pueblos de construcciones para asistencia médica han sido una de las más poderosas armas para obtener votos electorales. Esto explica en primer lugar, la mala repartición geográfica de Hospitales y Dispensarios concentrados en pequeñas distancias mientras que periféricamente grandes masas de población permanecen aisladas, y en segundo término, la falta de realizaciones prácticas en materia de Medicina Preventiva desde el momento que la inversión de grandes sumas en intubar un riachuelo-cloaca, desecar un pantano o imponer a la fuerza letrinas y calzados, más bien aleja que atrae, votos y popularidad.

Es por estas razones que mucha parte de la ciudadanía desconfía de cualquier procedimiento de integración por conducto de la cual pierde el Seguro Social su autonomía y queda a merced de los embates políticos.

*
* *

Ahora sí estamos en condiciones de exponer un plan de integración de salud para Costa Rica en el cual podemos recoger todas las enseñanzas que nos suministra el ejemplo de Chile con su bien ideado Servicio Nacional de Salud a la par que procuramos adaptarnos a las peculiaridades nacionales expuestas en este capítulo eliminando sus aspectos negativos.

PLAN NACIONAL DE SALUD

1.—*Organización General y Recursos*

Dado que el Seguro Social en Costa Rica cubre a más de la tercera parte de la población total del país, que está debidamente financiado, que tiene la mejor organización asistencial médica y que administrativamente posee un nivel satisfactorio con moderno sistema de costos indispensables para planificar un plan de salud de gran envergadura, se sugiere una primera etapa de integración a base de la organización actual del Seguro Social.

La Caja de Seguro Social terminará de extenderse a todo el país con las mismas bases actuales e inmediatamente incorporará a todos los trabajadores independientes, del mismo, bajo bases de financiación que fijará una comisión de expertos.

Los sueldos topes actuales desaparecerán de tal manera que todo asalariado sin límites de sueldo cotizará para el servicio de Salud.

Desaparecerá la cuota del Estado convirtiéndose el régimen de financiación tripartita en bipartita. A cambio de esto el Estado se hará cargo de la financiación del régimen de salud completando las necesidades presupuestales después de calculada la cuota obrera y patronal. Para ello el

d) *Condiciones políticas*

En una democracia integral como es la costarricense, la política impregna con su sabor todos los actos públicos de la Nación. Desde tiempo inmemorial, las realizaciones en los pueblos de construcciones para asistencia médica han sido una de las más poderosas armas para obtener votos electorales. Esto explica en primer lugar, la mala repartición geográfica de Hospitales y Dispensarios concentrados en pequeñas distancias mientras que periféricamente grandes masas de población permanecen aisladas, y en segundo término, la falta de realizaciones prácticas en materia de Medicina Preventiva desde el momento que la inversión de grandes sumas en intubar un riachuelo-cloaca, desecar un pantano o imponer a la fuerza letrinas y calzados, más bien aleja que atrae, votos y popularidad.

Es por estas razones que mucha parte de la ciudadanía desconfía de cualquier procedimiento de integración por conducto de la cual pierde el Seguro Social su autonomía y queda a merced de los embates políticos.

*
* *

Ahora sí estamos en condiciones de exponer un plan de integración de salud para Costa Rica en el cual podemos recoger todas las enseñanzas que nos suministra el ejemplo de Chile con su bien ideado Servicio Nacional de Salud a la par que procuramos adaptarnos a las peculiaridades nacionales expuestas en este capítulo eliminando sus aspectos negativos.

PLAN NACIONAL DE SALUD

1.—*Organización General y Recursos*

Dado que el Seguro Social en Costa Rica cubre a más de la tercera parte de la población total del país, que está debidamente financiado, que tiene la mejor organización asistencial médica y que administrativamente posee un nivel satisfactorio con moderno sistema de costos indispensables para planificar un plan de salud de gran envergadura, se sugiere una primera etapa de integración a base de la organización actual del Seguro Social.

La Caja de Seguro Social terminará de extenderse a todo el país con las mismas bases actuales e inmediatamente incorporará a todos los trabajadores independientes, del mismo, bajo bases de financiación que fijará una comisión de expertos.

Los sueldos topes actuales desaparecerán de tal manera que todo asalariado sin límites de sueldo cotizará para el servicio de Salud.

Desaparecerá la cuota del Estado convirtiéndose el régimen de financiación tripartita en bipartita. A cambio de esto el Estado se hará cargo de la financiación del régimen de salud completando las necesidades presupuestales después de calculada la cuota obrera y patronal. Para ello el

Estado dispone de todas las entradas actuales del Ministerio de Salubridad y Dirección de Asistencia más nuevos impuestos que se instituirán para tales fines.

A este respecto es hora de decir que los que se crean que van a financiar un Servicio Nacional de Salud con los recursos actuales, están patrocinando un completo fracaso puesto que lo que únicamente harán es subir un poco el nivel técnico asistencial, actual, de Salubridad a costa de rebajar el medianamente satisfactorio del Seguro Social con lo cual *habrán conseguido una deliciosa uniformidad a base de mal servicio*.

Hay que sentar el principio solemne de que la Caja de Seguro Social en el rubro de atención médica específica no derrocha un solo centavo. La atención satisfactoria que dan los Dispensarios de Provincias y la de más alto nivel que se suministra en el área metropolitana, se presupuesta con una meticulosa restricción para evitar toda partida innecesaria.

¿Cuánto será lo que necesitará el Estado para financiar el resto del presupuesto una vez abolida la cuota estatal?

La contestación la tiene que dar la comisión de expertos a que me refería anteriormente pero podemos hacer algunas especulaciones aproximadas que nos pueden dar una idea:

Suponiendo que la Caja de Seguro Social para cubrir 500.000 asegurados gasta 72.400.000.00 colones, no hay ningún obstáculo para creer que siendo el resto una población homogénea con las mismas condiciones de raza y vida, para extenderse a 1.500.000 habitantes gastaría 217.200.000.00 colones*. Y como se da el caso de que el presupuesto actual asciende a 173.550.000.00 colones, quiere decir que el Estado debe aportar todo lo que actualmente está aportando ahora más 43.450.000.00 que tendrá que sacarlos de nuevos impuestos.

Pero esto se refiere únicamente a dejar las cosas como están sin incrementar la prevención de enfermedades ni enjugar los déficit hospitalarios que existen, que con el reciente aumento de sueldos puede llegar a 20 millones.

Normalizando los referidos déficit es probable que el Estado tenga que incrementar su cuota en unos 60.000.000.00 colones con lo cual el presupuesto del servicio nacional de salud será en definitiva de 227.000.000.00 colones.

Suponemos que con el referido presupuesto, se podrá incluir el incremento del capítulo de prevención a base, solamente, del ahorro que teóricamente debe existir al fusionar todos los actuales diseminados y duplicados servicios, aunque sea de menor cuantía del pensado.

Lo mismo que anteriormente hicimos la prevención contra la creencia de que se iba a poder organizar un Servicio Nacional de Salud a base de los mismos recursos, ahora tenemos, que prevenir, igualmente, sobre la teoría de que la fusión de servicios va a determinar un enorme ahorro. Naturalmente que algo se producirá al poder disminuir algunos puestos de alto costo, sobre todo administrativos, pero en el aspecto técnico no sólo no se

* Sabemos que la presente proporción no es exacta puesto que tampoco la proporción de gastos tiene un incremento directamente relacionado con el aumento de población pero las cifras expuestas son bastante aproximadas y en todo caso dan una idea del problema que habremos de confrontar.

podrá ahorrar sino que si no se quiere retroceder en cuanto al nivel de la consulta, habrá que aportar nuevas partidas conforme dijimos antes. En efecto, el servicio de Recuperación de Salud por parte del Ministerio de Salubridad es tan exiguo en personal y material, que habrá que incorporarlo íntegramente a las necesidades que creará el más alto nivel técnico de la futura consulta.

Se ha hablado mucho sobre el hecho de que en una misma población se haya construido un Dispensario para el Seguro, y, puede ser que enfrente, una Unidad Sanitaria, cosa que efectivamente es una duplicación de servicios pero lo que no se piensa es que en un futuro servicio nacional de salud no se podrá cerrar ningún edificio por el simple hecho de que en un 90% las construcciones de la Caja son tan pequeñas que apenas pueden dar abasto al volumen actual de atenciones médicas, y mucho menos, para absorber toda la población no asegurada que hipotéticamente es tres veces mayor que la asegurada. En cuanto al servicio hospitalario, inútil es decir que habrá que dejar tal como están todos los establecimientos actuales ya que, de hecho, actualmente existe una completa integración al servir todos ellos para las necesidades de la Caja exceptuando el San Juan de Dios en la capital.

En resumen: Salvo algunos puestos administrativos, sobre todo centrales y alguno que otro técnico a través del país, así como algún edificio, las condiciones en que se trabaja ahora son tan precarias que el *supuesto ahorro será de proporciones insignificantes en proporción con las necesidades de aumentos exigidas por el nuevo servicio.*

Para dar una idea a los iniciados en la complejidad del problema no hay más que poner como ejemplo un centro hospitalario y de consulta externa tan importante como el San Juan de Dios de San José con 1.600 camas. Supongamos por un momento que queremos dotar a este centro de una consulta externa del mismo nivel de la que ofrece el Seguro Social en una Clínica Periférica. Pues bien, si el Hospital mencionado protege una población adscrita que se puede calcular en 100.000 personas de una manera conservadora, teniendo en cuenta que hay Dispensarios de Salubridad en zonas periféricas que pasan alguna deficiente consulta, tendríamos que organizar una consulta externa con 192 horas médicas para Medicina General solamente.

El Hospital San Juan de Dios tiene actualmente un promedio diario de sólo 25 horas de Medicina General. Huelga todo comentario.

FARMACIA

Un Servicio Nacional de Salud lleva consigo, como complemento de una importancia extraordinaria, un laboratorio nacional el cual no quiere decir una industria farmacéutica pero sí un organismo que tiene la facultad de importar productos genéricos libre de impuestos, envasarlos o mezclarlos, y actuar de proveeduría de todo el servicio nacional dándole a precios de costo. De esta manera, según nos enseña Chile, puede producir casi el 90% de las necesidades de un servicio que trabaja científicamente y de una manera disciplinada.

Digo de una manera científica y disciplinada porque la actual práctica de farmacología nos está llevando por peligrosos derroteros que amenazan toda la práctica profesional médica. La farmacología tiene que volver a ser lo que era antes: Una ciencia médica de tanta importancia y seriedad como cualquier otra disciplina profesional. La Industria farmacéutica se ha hipertrofiado de tal manera y de tal manera ha tenido que saltar por encima de la actividad académica para sostener sus costos y la competencia internacional, que ha invadido la conciencia profesional con una publicidad de alto sabor comercial incompatible con la alta investidura de la profesión médica. El 90% de los médicos actuales se enteran de los avances farmacológicos por el empírico visitador médico que reciben. Están preocupados por estudiar en revistas y libros los últimos descubrimientos médicos pero nadie se preocupa de buscar información académica de los adelantos de la farmacología. Basta que un visitador haga una intensa propaganda de un determinado producto patentado para que furiosamente se prescriba aunque esté basado en investigaciones reales pero aún no asentadas ni confirmadas.

Al médico le debe interesar, por ejemplo, el nombre de la sulfametoxipiridazina, y debe saber sus características y sus indicaciones y posología igual que sabe las características de la enfermedad que trata de curar. Su receta debe ser la del nombre genérico de sulfametoxipiridazina y le debe importar poco la casa comercial que la fabrica. Es al Estado —y en nuestro caso al Servicio Nacional de Salud— al que le incumbe garantizar al médico que el producto a su alcance es realmente el medicamento señalado, que está en buenas condiciones y a precios acsequibles para el ciudadano medio. El libre comercio de mercado puede jugar en el plan internacional para el producto genérico, en cuanto a costos, pero en el nacional es inmoral que obre un libre comercio porque todo lo relacionado con la salud de los ciudadanos debe ser controlado por el Estado.

El razonamiento tan manoseado de que las casas tienen que poner altos costos por la simple razón de que gastan enormemente en la investigación y gracias a ésta se ha podido realizar el avance extraordinario de los últimos tiempos, es un sofisma lanzado para actuar como cortina de humo que cubra un hecho que desde el punto de vista sociológico es una inmoralidad. La investigación debe pagarla el Estado y el científico que investiga no trabaja por el simple amor al dinero sino que lo hace por amor a la ciencia que practica y por un afán de renombre universal.

¡Estaría buena la ciencia si la fusión del átomo o la formulación de las leyes físicas que gobiernan el universo hubieran tenido que esperar el patrocinamiento de una casa comercial S. A. para ser descubiertas!

A lo más que la sociedad puede llegar es a permitir un libre comercio con costos controlados, para la práctica privada de la medicina pero debe contar con un organismo nacional que maneje productos genéricos a bajo costo para su población de escasos recursos y este organismo debe ser respaldado por la seriedad de su Universidad, en cuanto a enseñanza de la farmacología y por la garantía de un laboratorio adjunto de análisis farmacológico que certifique la bondad de lo que se está sirviendo.

2.—*Organización del Servicio Nacional en sus departamentos específicos de curación y prevención*

CURACION

Como se sabe, es el departamento que actualmente se denomina de recuperación de salud.

Como hemos dicho en el apartado No. 1 del plan nacional de salud, el esqueleto organizativo actual de la Caja de Seguro Social servirá para el plan de salud integral. En aquellas localidades donde no haya servicios de la Caja se mantendrán los existentes del Ministerio de Salubridad pero adaptándolos al sistema de aquella y bajo el mando de cuadros técnicos nombrados por el Seguro Social.

El organograma técnico, en cuanto a este departamento, será el mismo de la Caja pero haciendo las naturales modificaciones que exige un plan nacional de esta envergadura. En este sentido se organizará una verdadera Dirección de Servicios Médicos con un Director, dependiente de la Gerencia, el cual tiene a sus órdenes tres grandes Secciones cuales son: Jefatura de Sucursales, Jefatura de Clínicas Periféricas y Dispensarios de sectores del área metropolitana y Jefatura de Hospitales.

A su vez se reorganizará la Jefatura de Sucursales adjuntándole una Sección administrativa y creando dos grandes Jefaturas Zonales, una para la Zona Atlántica y otra para la del Pacífico, las cuales tendrán bajo su jurisdicción directa todos los Dispensarios actuales de la Caja y del Ministerio de Salubridad, enclavados en el área que se adscriba a cada una de las zonas citadas.

En la parte alta de la Dirección Médica habrá una Sección de Asesores como la existente actualmente, una Jefatura Administrativa encargada entre otras funciones de la confección de presupuestos nacionales y el Consejo Técnico permanente compuesto por los Jefes de Departamentos Técnicos inclusive el de Prevención de Salud, Jefe Administrativo, Asesor Legal y Director Médico.

La organización del Dispensario provincial que constituye la base de la pirámide, tendrá superpuestos los servicios de recuperación, Fomento y Protección de Salud, en la forma como diremos al tratar del servicio de Prevención.

PREVENCION

En el organograma antes mencionado se introducirá en una primera etapa un departamento de Fomento y Protección de Salud a las órdenes directas del Director Médico, el cual actúa como Asesor y confecciona los programas a realizar en su departamento. Estará dirigido por un especialista en salud y tendrá a sus órdenes dos sub-jefes, uno para Protección y otro para Fomento.

En cada una de las Jefaturas Zonales habrá un Jefe Médico de Prevención de Salud encargado de supervisar y controlar la realización de los programas confeccionados por el Departamento de Prevención. Actuarán, con respecto al Jefe Médico Zonal, como Asesores y formarán parte igualmente en un pequeño consejo técnico zonal compuesto además por el Jefe

Zonal, el Director del Hospital base de la zona y eventualmente el Jefe Dispensario del provincial en el que halla problemas específicos a tratar.

Naturalmente que estos dos Jefes Zonales de Prevención, serán también especialistas en salud, y, repetimos, tendrán funciones asesoras con el Jefe Médico Zonal supervigilarán, controlarán y recibirán órdenes técnicas del Departamento de Prevención a nivel de Dirección. Nunca tendrán funciones ejecutivas las cuales se concentran exclusivamente en manos del Jefe Médico Zonal el cual recibirá los programas a realizar en el campo de Prevención, por vía de la Dirección Médica aunque sean elaborados en todos sus detalles por la Jefatura de Prevención.

A nivel de Dispensario Provincial —los cuales tendrán que cambiar nomenclatura en el futuro siendo el de AREA la nominación más clara— no habrá Jefes Específicos para Prevención estando recargadas las funciones en el mismo médico del Dispensario. Claro está que tendrá a sus órdenes ciertos subalternos con labores específicas de prevención pero siempre estarán bajo sus directas órdenes. Los Jefes Médicos de Dispensarios tendrán la obligación de estar en el contacto necesario con los Jefes Zonales de Prevención aparte del que tendrán en los consejos técnicos, cuando haga falta.

A esta altura conviene señalar un principio importante. Los Jefes Médicos tanto zonales como dispensatoriales, tendrán la obligación de seguir un adiestramiento en salud en cursos especiales que organizará el Ministerio de Salud, con programas prácticos intensivos que pueden durar tres meses. Todo jefe que haya seguido este curso tendrá una bonificación en su sueldo. Sin embargo es necesario poner énfasis en el hecho de que de acuerdo con las condiciones de cada Dispensario el jefe debe procurar no perder la práctica en la asistencia de los enfermos. Un jefe de recuperación de salud no debe perder el contacto con el enfermo ya que de lo contrario, si se limita a funciones administrativas, pierde en parte la ascendencia sobre los médicos tratantes y hay que tener en cuenta que siempre comprenderá sus funciones un porcentaje mayor de Recuperación de Salud que de Prevención y, de hecho, los problemas rutinarios serán de aquel departamento en mayor cuantía. Para ello siendo el horario de ocho horas diarias dedicará dos de ellas a la práctica hospitalaria si hay lugar, o de lo contrario a ver enfermos en consulta externa.

En este punto podemos exponer el ideal sobre el personal subalterno que debe tener un Dispensario que haga medicina curativa y de prevención. Con respecto a las horas médicas, ya hemos tratado de ello en anterior capítulo.

Un Dispensario que cubra alrededor de 40.000 derechohabientes debe tener el siguiente personal subalterno aproximadamente:

Enfermera Graduada	2
Auxiliares de Enfermería tituladas	15
(Estas auxiliares están dedicadas exclusivamente a consulta de enfermos, vacunación, consulta de niño sano, visita domiciliaria, inyecciones y curaciones, consulta prenatal).	
Auxiliares de Consultorio (secretaria)	6
Trabajadores Sociales	2

El Departamento de Prevención debe organizar cursos de adiestramiento para enfermeras y auxiliares en labores específicas.

A nivel de la zona hay otros técnicos de salud tales como inspectores sanitarios, veterinarios, etc., que abastecen las necesidades de cierto número de Dispensarios o áreas.

No se incluyen en la lista las necesidades de empleados administrativos por cuanto la variación con respecto a la nómina actual es muy poca.

3.—*Establecimiento de libre elección médica combinada con el plan de salud.*

Remitimos al lector a lo dicho en el apartado 3-V de este capítulo acerca de la psicología del asegurado y la de la clase media, social.

Tenemos que aclarar seriamente que en un principio somos enemigos de la instalación de ningún plan de libre elección médica, en una medicina socializada de país en vías de desarrollo. Nuestros pueblos son demasiado pobres para exigir un pago sustancial sobre la prestación médica y, de hecho, sería, una odiosa discriminación.

Si nosotros estableciéramos, como en Francia, una libre elección a base de remunerar al asegurado en un 80% de los gastos, condenaríamos a muchos enfermos a prolongar su tratamiento por falta de fondos.

Pero si queremos ser jueces en un asunto de tanta complejidad, tampoco podemos por menos de admitir la distorsión tan enorme que la medicina socializada ha causado en unas mentes que, como es prevalente en sociedades del tipo latinoamericano, tienden a la individualidad tradicional, al apego en formas rutinarias de vida. Por otra parte el hecho de recibir el mismo servicio sin diferenciación de clases o estratos culturales, contribuye al rechazo subconsciente del beneficio médico.

Este aspecto del problema se agiganta en Costa Rica donde, por las razones apuntadas en el apartado 3V con el subtítulo de *condiciones sociales*, hay una tendencia evidente a supervalorizar lo que se da e infravalorizar lo que se recibe quizás determinado por condiciones peculiares ya analizadas.

Claro es que se me dirá que las citadas condiciones son susceptibles de modificarse con una educación adecuada pero es indudable que las mentes no cambian de la noche a la mañana por mucho dinero que se gaste en propaganda y no podemos esperar años en que esto suceda por que en el intermedio arriesgamos perder lo poco que hemos ganado.

En una palabra: Con la imposición de una medicina socializada en todos sus aspectos, nos hemos adelantado en cincuenta años a la mentalidad de los beneficiarios. Hemos fabricado un traje demasiado ancho para un cuerpo más pequeño y sufrimos las consecuencias.

Pero ¿Si por una parte es hasta inmoral introducir una libre elección en una sociedad empobrecida y por otra no admite la imposición médica, cómo vamos a resolver el problema?

La lógica nos dice que en esta encrucijada lo más viable sería buscar soluciones intermedias hasta tanto las mentes se adaptan. Si nosotros ofre-

ciéramos al beneficiario un plan alternativo perdería la medicina socializada su aspecto impositivo y al mismo tiempo le convencería de los beneficios que le ofrecemos si acogiéndose al otro plan viera que estaba incapacitado para seguirle por falta de fondos. Al mismo tiempo nos ofrecería la inmensa ventaja de que el capital privado contribuiría con su aporte a solucionarle al Estado el pavoroso problema de la asistencia médica. El individuo que por su propio gusto accede a recibir una parte de la prestación y paga de su peculio el resto, es indudable que está contribuyendo a aliviar a la sociedad de una pesada carga.

Pero el plan alternante de elección médica no puede ser libre, ya que entonces no habría medio alguno de verificar un control de gastos, ni sustento para fiscalizar un acto que, como el médico, no se apeg a fórmulas matemáticas.

A través de estos razonamientos llegamos, pues, a un punto en que nos convencemos de que el plan debe ser de libre elección pero controlado, restringido, ya que de otra manera nos llevará a un fracaso mayor.

En estas condiciones no veo mejor método que el experimentado en Inglaterra.

Si el asegurado no está contento con el servicio que le presta el Seguro o el Servicio Nacional de Salud, puede tener la alternativa de poder desligarse de él y acudir al consultorio particular del médico de su elección. Todo el mundo sin distinción de clase tendrá derecho a dicha escogencia salvo el que no cotice en alguna forma para el servicio nacional de salud, es decir, el indigente médico.

Una vez hecha la elección se le dará de baja del Servicio y se le suministrará de una tarjeta especial, numerada, la cual dará al médico de su elección al que consultará cuantas veces crea necesario.

El Servicio de Salud pagará una cantidad mensual, al médico, por cada tarjeta en custodia. El monto del pago tendrá que ser objeto de un acuerdo con el Colegio de Médicos o Asociación que lo represente después de ser hecho un estudio minucioso por parte de auditores.

Las recetas serán despachadas por las Farmacias del Servicio de Salud siguiendo las normas antes dichas en el apartado 1 y los Médicos tendrán que sujetarse al formulario editado por el Servicio. Podrá haber una posible libre elección farmacéutica siempre que el derechohabiente esté dispuesto a pagar la diferencia entre el costo del producto similar del formulario oficial del Servicio y el de la Farmacia particular.

Los exámenes de Laboratorio se harán, igualmente, en los Laboratorios oficiales del Servicio estableciéndose un costo por cada clase. Si el derechohabiente quisiera hacérselos en un Laboratorio particular, pagará la diferencia.

Los internamientos se regirán con las mismas normas que existen actualmente pero los Hospitales tendrán habitaciones de pensión para quien quiera pagar la diferencia con el costo base del salón general. Aparte de ello habrá libre elección quirúrgica para operarse fuera de los hospitales del Sistema Nacional, con el pago por parte del Servicio de una cantidad en relación con la intervención propuesta.

Estos son los alineamientos generales del plan cuyos detalles deben ser objeto de estudio por parte de una comisión nacional nombrada al efecto en donde estuvieran representados todos los organismos de salud.

Y con ello llegamos al final. Hemos procurado adaptarnos a través del trabajo, a las condiciones especiales en que se desenvuelven la salud del país y la idiosincrasia de sus habitantes. Habrá proyectos mucho mejores y lógicos sobre el papel pero no podrán pasar nunca a la práctica. Salvar la barrera que nos ofrece la época en que vivimos, encrucijada entre dos eras de diferente signo, no es tarea fácil.

Como no es fácil encontrar soluciones a todos los problemas que plantea a la humanidad el progreso ingente de la técnica al lado de la lenta evolución del espíritu humano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BRAVO, ALFREDO LEONARDO.
Doctrina y Política del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1963.
- 2.—Memoria del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1952-1962.
- 3.—VIEL, BENJAMÍN.
"La Medicina Socializada" Pág. 157.
- 4.—Ley No. 16406 del 31 de diciembre 1965.
- 5.—Corporación de fomento de la producción. Cuentas Nacionales. Chile, 1963.
- 6.—BRAVO, ALFREDO LEONARDO.
Presente y futuro del Servicio Nacional de Salud, Chile, 1964.
- 7.—Anuario 1964. Atenciones prestadas por El Servicio Nacional de Salud. Chile, marzo 1965.
- 8.—RISNIK, JIMÉNEZ OBREGÓN, BARROS.
Fluoruración del agua potable en Chile. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, V. LIX-3, Set. 1965.
- 9.—Atención Médica, Administración de Servicios. Publicación Científica No. 129 O.P.S. Washington, Feb. 1966.
- 10.—Memoria de la II Zona de Salud. Atacama-Coquimbo. Chile, 1965.
- 11.—Tablas correspondientes a información del área hospitalaria de Oriente. Chile, 1964.
- 12.—RUANO, RAFAEL.
Sugestiones para el mejoramiento de la organización médica del Seguro Social. Costa Rica, 1960.
- 13.—Diagnóstico del Sector Salud. Ministerio Salubridad Pública. Costa Rica, abril 1966.