

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXII

SAN JOSE, COSTA RICA

Número 369  
FEBRERO DE 1965

Tomo XXII

## IV Atención médica

Por

Dr. Guido Miranda Gutiérrez \*

A la coordinación de los servicios médicos del país, la hemos venido dando vueltas, comentando y discutiendo, 10 años por lo menos. Y si hemos de ser realistas, diremos que estamos conic el primer día. Hemos visto hacer toda clase de intentos: proyectos cuasi-secretos elaborados con el criterio de cosa oculta, sin mayores fundamentos socio-económicos o técnicos; seminarios y conversaciones de grupo en el seno de la Unión Médica, con los estudios, o por lo menos nuestras interpretaciones, ajustada a los problemas, pero sin ningún acceso a las fuentes que podrían originar la dinámica necesaria para resolverlos. Comisiones institucionales mixtas, en donde las simples conversaciones previas significaron largas gestiones por el alcance de una palabra, con evidente desconfianza de las partes interesadas. El estudio imparcial de un grupo de técnicos extraños al problema, pagados en efectivo al costo neto de un millón de colones y sus opiniones editadas en ocho sólidos volúmenes, duermen el sueño de los justos en más de alguna biblioteca. Programas políticos, que se mantuvieron en beligerancia mientras se mantuvo la campaña y hasta propósitos presidenciales, que en un caso costó el sacrificio de un colega y en otro, la intrascendencia de un enunciado. Todos los intentos han fracasado; todos han fallado. Ninguno ha encontrado ni la mística en el razonamiento, ni la fuerza realizadora, para que la idea básica, en leit-motive eterno de la salud del costarricense, se haga una realidad. Para la magnitud del problema, tanto desde el punto de vista técnico como de financiamiento, lo que se ha logrado es insignificante. Podría decirse con muy buenas razones, que somos los médicos los que mejor conocemos el problema y por lo tanto, los que debemos conocer su solución. Es decir, las soluciones teóricas, la programática en su abordaje y su desarrollo. Pero no somos sus realizadores y la distancia existente entre el campo técnico y el político, ha resultado insalvable para el cuerpo médico como grupo. En un pro-

\* Jefe de la Sección de Medicina. Hospital del Seguro Social.

grama en escala nacional para la protección de la salud, sería indispensable aglutinar el interés doctrinario de la clase médica, establecer en ellos un substratum común en lo que a perspectiva e importancia de los problemas de la salud, para que coincidiéramos en las soluciones propuestas y de ahí, que los diversos grupos convinieran en sacrificar sus intereses en beneficio de un programa en escala nacional, trabajando por metas y miras comunes. Lograr esto, quizás es utópico. Pareciera que el leit-motivo, no es suficientemente fuerte.

Dudo que en esta Mesa Redonda podamos decir alguna novedad. Para muchos de ustedes, lo que oirán será repetición de la posición del Colegio de Médicos, de los Sindicatos Médicos, de los Consejos Técnicos y hasta de los corrillos de Hospital. Para otros, será lo mismo de hace 10 años.

El país cuenta con tres clases de asistencia médica para la comunidad: el viejo sistema de caridad administrado por las Juntas de Protección Social; el más nuevo que lleva 20 años, el de la Caja Costarricense del Seguro Social y un tercero que nunca ha tenido mayor significación y que es la atención médica otorgada a través del Ministerio de Salubridad Pública. Para los efectos, no mencionaremos los servicios médicos privados, porque no influyen en la política asistencial del país.

No creo que tenga interés ponernos a pormenorizar cada uno de estos sistemas. Valdría más si pudiéramos llegar a alguna conclusión de si son realmente eficientes. No se trata de decidir qué distancia pueden estar de un ideal de asistencia médica. Eso sería irreal; lo lógico es que establezcamos, otra vez, porque ya lo hemos hecho varias veces antes, la serie de actividades que podrían ser coordinadas e integradas, de modo que los 125 millones de colones que el país gasta al año en salud a través de sus instituciones, obtenga una retribución satisfactoria. Somos los administradores de la salud y nuestra obligación sería que el negocio dejara excelentes dividendos, tales como tasas de mortalidad infantil rápidamente decrecientes, disminución franca de la morbilidad por enfermedades infectocontagiosas, trasmisibles, desnutrición y parasitosis, servicios médicos eficientes dentro de la técnica actual y nuestros recursos.

Todos sabemos lo que tenemos en cada uno de los tres sistemas asistenciales; no vamos a cometer el error de ponernos a desmenuzar defectos y ventajas. Pero debemos reconocer las deficiencias inherentes a cada uno de estos sistemas. No pueden ser eficientes una asistencia técnica proporcionada a través de un Mi-

nisterio de Salubridad, cuya labor debe estar orientada exclusivamente hacia la Medicina Preventiva y coordinación de los planes de salud. No puede ser eficiente la asistencia médica otorgada como un regalo al enfermo en los sistemas de caridad, con fondos insuficientes y administradores sin criterio técnico. No puede ser eficiente la asistencia médica extendida y otorgada sin estudios de necesidades sujetos a veces a las conveniencias políticas. Los resultados están a la vista. Lo importante está en cuánto tiempo transcurrirá todavía para que el Cuerpo Médico elabore un plan conjunto y se lance a defenderlo. Las dos viejas alternativas se vuelven a plantear: lo hacemos cuando la situación haya hecho crisis y la condición profesional y ética del médico haya decaído tanto, como para que extraños a su profesión intervengan en sus actividades, evidencias que en pequeño ya se han presentado en el ambiente, o se propone y se lucha por este plan en escala nacional, planteando las soluciones lógicas y racionales por una parte y por otra, previniendo y evitando que el asunto escape de nuestras manos.

Somos un país de escasos recursos, en pleno crecimiento, en donde los rubros principales de morbilidad y mortalidad lo constituyen las enfermedades infectocontagiosas, la desnutrición y el parasitismo. Por lo tanto, *haremos bien si invertimos en prevención, saneamiento, control de portadores, higiene de alimentos, aguas potables y alcantarillados, vivienda y educación, nutrición y protección infantil.* ¿Qué hemos hecho? Construimos hospitales y dispensarios, a veces a 100 metros uno de otro y sin ninguna relación entre sí. Mientras tanto las *tasas de mortalidad permanecen sin variación en los últimos diez años.*

No hemos hecho caso al programa de necesidades del país. Dentro de tres meses tendremos equipo de isótopos radioactivos, aparatos de circulación extracorpórea y electroencefalógrafos, suficiente para servir a una población de cinco millones y tenemos especialistas en esos campos para manejarlos, apenas para doscientos cincuenta mil personas. Pero las instituciones compiten y en la carrera desenfrenada e individual que mantienen, pareciera que han decidido sentar al costarricense en silla de ruedas a mirar el evento.

En nuestra opinión, una mejora de los servicios médicos actuales debe fundamentarse en estos cinco puntos.

#### 1.—ADMINISTRACION TECNICA

Los hospitales clase A y los de cabecera de provincia, deben tener una administración especializada.

---

Es indispensable crear la carrera de Médico-Administrador, de modo que aquellos colegas que se dedican abandonar la clínica para ir a la administración, encuentran una carrera estable y económicamente bien respaldada. Tanto los directores como los administradores de Hospital, deben ser entrenados adecuadamente, con lo que se logra fácilmente homologar criterios en el momento de integrar administración.

## 2.—PLANTA TECNICA HOSPITALARIA

El funcionario médico del hospital debe laborar en jornadas útiles tanto al rendimiento, como a la calidad de trabajo. Esto permite plantear la política de la jornada completa hospitalaria, o media jornada, con el objeto que el hospital funcione el día completo, con explotación máxima del equipo e instalaciones. A la vez, esta jornada completa permite planear adecuadamente las consultas externas de los Hospitales, con lo que se mejora enormemente el porcentaje y la calidad de las hospitalizaciones, lo que produce una mejora en el rendimiento de cada cama.

Al mismo tiempo debe proveerse a cada Hospital del equipo y personal técnico, incluso en especialidades, que necesite de acuerdo al número de camas y a la zona de influencia a su cargo. Este ordenamiento en los servicios médico-quirúrgicos y de especialidades, facilita la elaboración del plan de necesidades de personal y también en los período de adiestramiento que se hacen necesarios.

## 3.—DESCENTRALIZACION DE ASISTENCIA MEDICA

Si el número de camas es aceptable para nuestra población, debe aumentarse su rendimiento si se quiere evitar nuevas construcciones. Para esto es necesario elevar la calidad médica de los hospitales periféricos, para emplear los centros clase A como centros de referencia. Es indispensable estimular al médico para que labore a satisfacción en los hospitales provinciales. Esto se obtiene si se establece una retribución apropiada y si desde el punto de vista científico se le proporciona actividad permanente. La descentralización de la cama equivale a descentralizar también una buena parte de las condiciones científicas que necesita el médico en su trabajo, incluyendo biblioteca.

## 4.—COORDINACION - ESPECIALIDADES:

Algunas de ellas justifican la creación de una unidad en cada Hospital clase A, o hasta B. Pero otras, especialmente aqué-

llas dotadas de equipos muy costosos, o de técnicas y mantenimiento caro, deben ser creadas con criterio centralizado, nacional, de modo que todos los procedimientos de otros hospitales, sean referidos. Al mismo tiempo, facilita los planes de adiestramiento de personal y de relaciones con otras instituciones, o fuera del país.

#### 5.—EVALUACION PERMANENTE DEL TRABAJO MEDICO

Todas las instituciones deben emplear el mismo tipo de certificación de su personal y el tipo de concurso y el mismo escalafón, con el objeto de ir haciendo intercambiables los puestos.

Del mismo modo, cada Institución debe tener permanentes comisiones evaluadoras de la calidad de trabajo realizado, con el objeto que los médicos puedan ampararse al escalafón y ascender, sea en el mismo Hospital, o por traslado a otros centros de mayor jerarquía.

En nuestra opinión, estos son los puntos básicos que nos permitirían llegar a coordinar funciones en una primera etapa, para integrar luego los sistemas en una política única, bien definida y de la máxima eficiencia de acuerdo a nuestra capacidad económica.

---