

Los Problemas Médico - Asistenciales del País *

Por

el Dr. Juan Dávila Rosabal

INTRODUCCION

Los asuntos de orden sanitario-médico-asistencial afectan vitalmente a toda la población del país, pero muy en especial a los grandes grupos de recursos modestos o modestísimos por cuanto éstos viven en condiciones sanitarias y nutricionales deficientes y están por lo tanto más expuestos a las enfermedades.

Se trata, en último análisis, de un fenómeno económico-social, común a los países sub-desarrollados y que afecta a la producción industrial y agrícola en cuanto se refiere a su mano de obra.

El trabajo que presentamos trata sobre problemas médico-asistenciales que se nos han venido encima casi al por mayor debido al crecimiento rápido del país y a la capacidad limitada de los diferentes organismos asistenciales en relación a este crecimiento.

Los servicios médico-asistenciales, como todo servicio público, deben revisarse periódicamente para irlos adaptando a las nuevas necesidades. De otro modo llega un momento en que el agua nos llega al cuello y no hay más remedio que buscar soluciones inmediatas para enfrentar una crisis. Pero existe el peligro de creer que al solucionar parcialmente una crisis ya se acabó el problema.

Hemos hecho un enfoque muy general, casi diré superficial, de todo el problema de fondo médico-asistencial. Esta ojeada general la consideramos indispensable como punto de partida pero debe ser pormenorizada mediante estudios parciales de todas las diferentes facetas del asunto. Sin embargo, no debe perderse la idea de conjunto pues de otro modo nos perdemos en los vericuetos de su misma complejidad.

Se ha tenido cuidado de usar un lenguaje corriente, sin demasiados tecnicismos, a fin de que su lectura sea accesible a cualquier lector interesado en el asunto. Los que entienden más sobre las materias tratadas podrán ver en ellas numerosas implicaciones de importancia para el país.

Despertar inquietud por estos temas ha sido nuestro propósito fundamental al escribir las líneas que siguen. Sin inquietud no hay ideas y sin ideas no hay realizaciones. Necesitamos gran cantidad de estas últimas.

* Nota de la redacción: El Colegio de Médicos Cirujanos interesado en que el cuerpo médico nacional conozca del contenido del presente trabajo, escrito por el Dr. Juan Dávila Rosabal, ha pedido a nuestra Revista Médica la publicación del interesante estudio sobre los problemas médico-asistenciales del país.

Abrimos gustosos nuestras páginas al minucioso y concienzudo escrito del Dr. Dávila Rosabal, y como siempre, dejamos puerta abierta a todo colaborador con inquietudes de hacer labor por nuestra ciencia o por nuestra patria.

SUMARIO

Primera Parte.

CONSIDERACIONES SOBRE PROBLEMAS NACIONALES MEDICO ASISTENCIALES

- 1— Por qué existen los Seguros Sociales en la vida moderna?
- 2— Evaluación de nuestro propio Seguro Social
- 3— Inter-relación de los organismos asistenciales con problemas de Salud Pública
- 4— El sistema hospitalario nacional, el Seguro Social y las Unidades Sanitarias
- 5— La profesión médica y la extensión progresiva de los organismos médico-asistenciales.

Segunda Parte.

EL CONTACTO PACIENTE-MEDICO

- 1— Consideraciones generales
- 2— Servicios asistenciales versus mortalidad general
- 3— Qué hacer?
- 4— El Seguro Social en Alemania Occidental
- 5— El sistema hospitalario nacional está desfinanciado
- 6— Programa de extensión periférica de dispensarios
- 7— El médico general, pilar de la asistencia médico rural
- 8— Resumen.

CONSIDERACIONES SOBRE PROBLEMAS NACIONALES MEDICO . ASISTENCIALES

Primera Parte.

1°—POR QUE EXISTEN LOS SEGUROS SOCIALES EN LA VIDA MODERNA?

Un viejo adagio chino dice que todo hombre, pasados los 40 años, si no es tonto, es el médico de sí mismo. Es una manera filosófica de los chinos de enseñarnos a cuidar nuestra salud.

Pero la Medicina moderna ha progresado tanto desde entonces

que el adagio chino ya se quedó atrás y el concepto de seguridad social y especialmente de asistencia médico-social a grandes grupos humanos nace en la vida moderna como resultado de dos hechos fundamentales:

- 1).—El gran aumento de la población de escasos recursos que sin embargo constituye la mano de obra indispensable para el desarrollo de un país.
- 2).—El alto costo de la atención médica a estos grandes grupos humanos y el alto costo de sus necesidades en materia de Salud Pública (viviendas, prevención de epidemias, agua potable, alcantarillados, disposición de basuras, etc.)

Como el Estado no ha podido hacerse cargo indefinidamente de estos enormes gastos que suben y suben a medida que las Ciencias Médicas y la Salubridad progresan tecnológicamente a un ritmo acelerado, se ideó entonces un sistema de seguros o de cooperación multilateral.

Mientras el Estado continúa a cargo —entre nosotros, por ejemplo— de los asuntos de Salud Pública y en parte de la asistencia médica de la población, el nuevo sistema de seguros abarca otro sector de la población otorgándole además beneficios como Seguros de Enfermedad, Invalidez, Vejez etc.

Para organizar el sistema se juntan 3 socios:

Los Asegurados
Los Patronos y
El Estado.

El nuevo organismo es necesariamente complejo y necesita un verdadero ejército de especialistas no solamente en ciencias médicas y organización hospitalaria sino también en Finanzas, Legislación, Administración con todas sus ramificaciones, Servicio Social, etc. Esto no debe sorprendernos por cuanto la civilización es muy cara y no hay más remedio que gastar y gastar (juiciosamente, se entiende) si queremos progresar. Los gastos de asistencia y salud pública en las tribus salvajes, por ejemplo, no existen porque ellos no los necesitan. Pero conforme progresamos, las necesidades se van haciendo más y más numerosas y, naturalmente, más y más costosas.

El Seguro Social viene a ser, en buenas cuentas, un centro de distribución de servicios médicos, en primer lugar y servicios sociales, en segundo. El objetivo principal está constituido por dos pilares fundamentales: los asegurados y la profesión médica y profesiones afines. Todo lo demás es solamente una estructura sostenida por estos dos ejes,

El peligro de estas organizaciones —aquí y en todas partes del mundo— estriba en el hecho que la estructura sea tan grande que “ahogue” los objetivos para los cuales fueron creadas y que estos objetivos, en lugar de ser lo principal, pasen a segundo o tercer término. La historia nos muestra numerosos ejemplos de este fenómeno ya sea en instituciones políticas o religiosas, y en diferentes épocas de la Humanidad.

II°—EVALUACION DE NUESTRO PROPIO SEGURO SOCIAL.

Para evaluar (este verbo a quien tanta gente la tiene tanto temor) la labor de cualquiera institución de servicio público, ya se llame Seguro Social, Correos o Ferrocarril, hay que hacer un triple enfoque:

- 1).—Síntesis de su labor hecha por la misma institución;
- 2).—Encuesta, científicamente realizada, entre sus usuarios;
- 3).—Comparación con organizaciones similares en otros países.

Se puede dar en este momento una opinión bien fundamentada sobre la labor que desarrolla nuestro Seguro Social?. A juicio nuestro. **NO** por cuanto para ello consideramos necesario un cuidadoso estudio más o menos en las líneas generales expresadas.

Véamos por ejemplo el primer punto. Qué datos nos podría dar, basados en las estadísticas de los últimos 5 o 10 años, sobre los siguientes puntos:

Número de asegurados
 Número de Dispensarios y horas-consultas
 Número de camas de Hospital.

Monto total de las cuotas de los asegurados
 " " " " " patronales
 " " " " " del Estado.

O los porcentajes de inversiones o gastos, en relación al total recibido, de los siguientes ítems: (durante el último año).

Prestaciones médicas
 gastos administrativos
 seguros en enfermedad
 " " invalidez, vejez y muerte
 edificaciones
 proyectos de edificios
 préstamos
 reservas
 pasivos (cuotas no pagadas)
 etc.

El segundo estudio lo constituiría una ENCUESTA NACIONAL, científicamente realizada, entre un número suficientemente grande de aquéllos que reciben sus servicios (asegurados) y aquéllos que contribuyen también con sus dineros para la prestación de dichos servicios, (los patronos).

Esta Encuesta podría ser realizada por la Dirección General de Estadística y Censos, oficina gubernamental, con representación del Seguro Social, patronos y asegurados. La tabulación y conclusiones de la encuesta estaría a cargo de la citada Dirección.

En cuanto al ESTUDIO COMPARATIVO entre el Seguro Social de tres o cuatro países y el Seguro Social de Costa Rica, lo podría hacer nuestra Universidad con el asesoramiento de sus diversas Facultades.

No creemos necesario insistir en la enorme trascendencia que tendría para nuestro país una justa y concienzuda evaluación de la institución que nos ocupa a fin de perfilar, con bases sólidas, lo que podemos esperar de la misma en el futuro.

La encuesta que sugerimos es un método de auscultar la opinión de grandes grupos procedimiento esencialmente democrático que se usa desde hace muchos años en los Estados Unidos de América. Los resultados de estas encuestas son a veces bastante inesperados y nos hacen palpar una realidad que de otro modo nunca conoceríamos.

III°—INTER-RELACION DE LOS ORGANISMOS ASISTENCIALES CON PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA.

*"Cuan difícil es ver lo
que tenemos delante de
los ojos".*

Goethe.

La salud de los habitantes de una región o país es una sola entidad y la existencia de diversas organizaciones asistenciales no debe hacernos perder este concepto de unidad.

Para mostrar la relación entre atención médica y Salud Pública, ningún ejemplo mejor que aquél del PARASITISMO INTESTINAL, asunto tan antiguo, tan grave y tan cercano que ya no lo vemos. Lo aceptamos —triste paradoja— como parte integrante de la vida nacional.

Las estadísticas que hemos consultado en el Ministerio de Salubridad Pública indican, en los escolares, un 96% (noventa y seis) de infestación parasitaria, término medio en el país.

Todo el mundo sabe que el parasitismo intestinal acarrea la anemia y la desnutrición con todo el cortejo de entidades mórbidas que se deriva de ellos. Aparte de los casos graves de parasitosis existen en mucho mayor número otras enfermedades que atacan al individuo precisamente por estar desnutrido y anémico. En estos enfermos los parásitos no actúan en el escenario, pero sí entre bastidores,

Todos estos enfermos, o su mayoría llegan tarde o temprano a Dispensarios u Hospitales, a veces haciendo largos viajes desde zonas remotas y son tantos más individuos que restamos a las fuerzas productoras del país. En lugar de producir, consumen. Sus familias pasan privaciones, los sufrimientos del enfermo no figuran en estadística alguna. Pueden a veces ser presa de enfermedades más graves como la tuberculosis ya que su resistencia orgánica es de un nivel muy bajo.

Si suponemos que por fin el individuo vuelve a sus ocupaciones habituales nuevos parásitos intestinales cuyas larvas pululan en aguas y alimentos contaminados lo esperan de nuevo y el proceso se repite. Es un cuento de nunca acabar. Multipliquen Uds. este cuadro miles de veces y tendrán una expresión bastante exacta de las condiciones en que vive nuestro pueblo y prácticamente todos los pueblos del trópico americano. Esto, desde luego no es ningún consuelo para nosotros!

Es conocido el bajo rendimiento de nuestro trabajador agrícola, pero, me pregunto yo, cómo vamos a esperar algún rendimiento de un montón de enfermos?

Esta situación no es nueva, por cierto. Ya en 1915 y años siguientes tuvimos aquí al Dr. Schapiro, enviado por la Institución Rockefeller para combatir la anquilostomiasis. Mucho se hizo, pero no se prosiguió la obra en la forma debida y las estadísticas de infestación parasitaria intestinal son ahora talvez peores que hace 50 años. Con el aumento de población aumentan también los problemas de esta naturaleza tanto en gravedad como en complejidad. Paralelamente aumentan también los costos para luchar contra ellos.

Ahora nos preguntamos: iremos a remediar esta situación construyendo grandes hospitales de lujo? Nuestra respuesta es un NO enfático. Hemos leído en los periódicos que el nuevo Hospital del Seguro Social costará cuarenta millones de colones.

Construir grandes hospitales a ese costo sin combatir primero —en gran escala— el parasitismo intestinal, se me ocurre que es lo mismo que si tenemos un techo con muchas goteras nos dediquemos a comprar ollas y palanganas para recogerlas cuando la única solución es componer el techo!

Así llegamos a ver claramente que el problema de la salud de nuestro pueblo es uno sólo y no está dividido en Ministerios, Seguros Hospitalarios ni Dispensarios. Recordemos que el 45% de los costarricenses mueren sin atención médica y que en el Guanacaste esta cifra llega hasta un 80%.

Qué nos está indicando estos números y qué nos está indicando la enorme incidencia del parasitismo intestinal? que la situación hay que combatirla inmediatamente en dos frentes:

- a) Obras de saneamiento en escala nacional.
 - b) Extensión de servicios médicos a las zonas rurales y suburbanas mediante la creación de pequeñas unidades fijas y si es necesario, también móviles.
-

Cuando nuestras condiciones sanitarias hayan mejorado y haya disminuido a un mínimum el número de costarricenses que muere sin atención médica, entonces, y sólo entonces debemos pensar en construir Hospitales de lujo. Lo que estamos haciendo ahora es planeando un edificio de tres pisos comenzando por el tercero!

El Seguro Social puede decir que la Salubridad no es de su incumbencia. El Ministerio de Salubridad dirá que nada tiene que ver con el nuevo Hospital del Seguro. Todo eso está muy bien. Y el resto de nosotros qué decimos? Ahí están los espectros del parasitismo, la desnutrición y la anemia mondos y lirondos, golpeando nuestros ojos y nuestras conciencias.

Vamos a comenzar a "tirarnos la bola" los unos a los otros cuando en buenas cuentas el pueblo de Costa Rica es uno sólo, su salud es una sola y nuestra responsabilidad colectiva una sola también? Cómo va a ser posible que abandonemos a su propia suerte a miles y miles de costarricenses modestos que se ganan la vida duramente rodeados de condiciones insalubres y quienes al mismo tiempo constituyen la obra de mano de nuestra economía? Vamos sencillamente a darles vuelta la espalda?

Me doy perfecta cuenta que es mucho más espectacular inaugurar edificios que inaugurar cafeterías y cloacas que ya están bajo tierra; y que las letrinas higiénicas que necesitamos en grandísimo número no son lugares apropiados para ofrecer recepciones, pero cuanto más importantes lo son para la salud de los costarricenses!

Hay otros problemas de Salud Pública como es el de la NUTRICION. Nuestro pueblo come mal, a veces por falta de recursos y generalmente por falta de conocimientos. Las dietas son desbalanceadas con un exceso de hidratos de carbono (harinas, dulce, etc.) Le faltan muchas albúminas y calcio, especialmente en los niños en crecimiento. Sus huesos tienen poca resistencia y se fracturan con demasiada facilidad.

Si a todo esto agregamos los parásitos intestinales que les succionan la poca vitalidad que les va quedando, nos damos cuenta de las precarias condiciones físicas en que vive y trabaja nuestro pueblo. En el caso particular de los escolares, estas condiciones son responsables del ausentismo y mal aprovechamiento de sus estudios.

IV.—EL SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL, EL SEGURO SOCIAL Y LAS UNIDADES SANITARIAS

Existen estas tres fuentes de servicios prácticamente independientes entre sí. Hasta se podría agregar una cuarta, el Servicio Médico que tiene el Instituto Nacional de Seguros.

Al coexistir varios sistemas asistenciales fatalmente se produce la duplicación y hasta triplicación de sus servicios. Creemos que ha llegado el momento de poner en buen orden esta situación con miras a bajar los costos de operación y con lo economizado, aumentar los

servicios. Esto se puede conseguir, como nos lo dijo el distinguido médico chileno Dr. Viel que nos visitó no hace mucho, mediante la venta recíproca de servicios entre instituciones. Todo es cuestión de coordinar bien su funcionamiento.

El sistema es muy sencillo: en un lugar determinado en que hay una Unidad Sanitaria, ésta puede atender los pacientes asegurados y otros que corresponderían al sistema hospitalario cargando estos servicios a las otras instituciones. En otro lugar puede presentarse el caso contrario y el cargo por servicios va en sentido inverso. A fin de mes, por ejemplo, se liquidan todas las cuentas y se pagan los saldos. Se usó únicamente un edificio y un equipo en lugar de dos o tres establecimientos similares.

FUSION DE TODOS LOS SERVICIOS ASISTENCIALES EN UNA SOLA ORGANIZACION

Sobre este tema el Dr. Fernando Trejos Escalante ha publicado un trabajo recientemente que es de sumo interés para los que se interesan por estos asuntos, y de un evidente beneficio para el país. Representa el trabajo del Dr. Trejos Escalante una verdadera meta en materia médico asistencial.

Esta universalización de los servicios representa la tendencia moderna en estas materias y ya algunos países lo han realizado.

V.—LA PROFESION MEDICA Y LA EXTENSION PROGRESIVA DE LOS ORGANISMOS ASISTENCIALES

No puede tratarse sobre instituciones médico asistenciales sin considerar las repercusiones que ellas han de tener en todas las profesiones relacionadas con la salud del hombre: médicos, dentistas, farmacéuticos, microbiólogos, técnicos varios, Servicio Social, etc. Me limitaré en esta exposición a la profesión médica.

NUMERO DE PROFESIONALES MEDICOS EN RELACION A LA POBLACION DEL PAIS

Tenemos en la actualidad una proporción aproximada de un médico por cada dos mil habitantes. La proporción varía según el desarrollo económico de un país y según el número de organizaciones asistenciales ya sean estatales, privadas o mixtas. En los Estados Unidos la proporción es de 800 habitantes por médico. En la India de 4,000.

La proporción en Costa Rica variará en los próximos 5 años por cuanto, según datos obtenidos de fuentes fidedignas hay cerca de 600 costarricenses estudiando Medicina en el extranjero en este momento.

Si el número de profesionales de la Medicina es mayor que las posibilidades del país de utilizar sus servicios en las instituciones

correspondientes, se dice que se ha pasado el "punto de saturación". Es decir, que habrá un número X de ellos que deberán forzosamente dedicarse a la práctica libre de la profesión.

Ahora bien, el problema de llenar plazas de profesionales médicos en aquellos lugares donde más se necesitan, generalmente rurales, puede abordarse en varias formas:

- a) O se deja que cada uno se busque por iniciativa propia el lugar que más le convenga;
- b) O se extienden los servicios asistenciales a zonas cada vez más apartadas de los grandes centros de población;
- c) O se procede a dar un sueldo —como hacen en El Salvador— a un profesional que convenga en irse a una zona rural, instalando él mismo su consultorio y comprometiéndose a atender determinadas necesidades de la localidad.

Es el segundo procedimiento el que mejores resultados da por cuanto estas unidades rurales bien organizadas, más accesibles para los enfermos de zonas remotas llevan a cabo la relación médico-paciente con mayor rapidez y se pueden salvar muchas vidas en esta forma. Además, al formar parte de una organización, el Dispensario rural puede enviar más fácilmente a determinado paciente a centros más grandes cuando el caso lo amerite.

DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES Y MEDIOS DE COMUNICACION

La descentralización descrita estaría supeditada por un lado a las disponibilidades de los presupuestos y por el otro a la existencia de vías de comunicación y facilidades locales: agua y electricidad. Hay comunidades rurales con gente de mucho espíritu de colaboración que muchas veces ayudan con trabajo personal o con medios económicos al establecimiento de un Dispensario en un pueblo, por cuanto ellos mismos son los más beneficiados. Necesitamos despertar en Costa Rica, el espíritu de comunidad porque aquí todo el mundo quiere que el Gobierno se encargue de todo y les den las cosas ya hechas. Aquí hay un gran campo de acción para las llamadas Juntas de Vecinos.

Se trata, pues, en último análisis de un proceso de distribución de servicios médicos en grande escala utilizando al máximo nuestros recursos humanos y tratando de eliminar la fórmula, "pacientes sin médico y médico sin pacientes".

La eliminación de esta fórmula ha sido, desde hace muchos años, un principio importante en la labor de American Medical Association (Asociación Médica Americana o Norteamericana).

La formación de un médico es cara. Hasta la fecha ello no le ha costado un centavo al país (excepto por algunas pequeñas

becas) que cuenta y contará con un número crecido de profesionales cuya formación se ha hecho con el esfuerzo económico de los particulares. La situación seguirá así hasta que salgan los primeros graduados de nuestra Escuela de Medicina en formación.

No es que tengamos ninguna obligación de colocar a los médicos jóvenes por cuanto se han graduado. Se trata sencillamente de aprovechar la presencia de los mismos para darle al país lo que tanto necesita, atención médica juiciosamente distribuida mediante una organización adecuada que veremos si somos capaces de realizar.

Para poner a funcionar esta organización necesitamos una red apropiada de caminos de penetración que sirvan para llevar (asistencia médica y educación) y para traer (productos agrícolas). Somos un país esencialmente agrícola y los caminos son las arterias y las venas de su circulación. Sin circulación no hay vida, sin producción no hay riqueza.

Vemos así cómo los problemas van convergiendo poco a poco y llegan a confundirse en uno sólo: el progreso del país. En el punto que tratamos se encontraron asistencia médica, educación y producción agrícola. Porque estas unidades rurales (como lo he visto en Chile) pueden tener también su lado educacional: educación sanitaria, educación para el hogar y hasta educación cívica. Los campesinos "sienten" que el país se preocupa de ellos y, como respuesta psicológica, colaboran con alma y corazón como lo he visto en la realidad.

CONCLUSIONES:

Para hacer todo esto se necesita distribuir muy bien los dineros evitando el derroche y las duplicaciones. Mientras pensemos en construir hospitales de lujo, mientras tengamos numerosas Embajadas la mayoría de las cuales podrían suprimirse sin que ocurriera cosa alguna, no vamos a tener dinero para ayudar a nuestro pueblo en la forma que lo necesita y con urgencia. Estamos haciendo lo del loco que andaba de frac y descalzo!

Importamos demasiados artículos de lujo que son tantas divisas que se nos van del país sin beneficio alguno. Gastamos demasiado en campañas políticas, sin ponerle un "tope" a dichos gastos. Alegremente, como la cigarra, vivimos sin guardar para el invierno.

SEGUNDA PARTE

EL CONTACTO PACIENTE . MEDICO

Por contacto paciente-médico queremos expresar el hecho aparentemente muy sencillo que el médico tenga noticias del paciente y si es posible que lo pueda examinar. Todo sistema médico asistencial tiene como primer objetivo establecer este contacto con la mayor rapidez posible. En un buen número de casos la vida del enfermo depende de la oportunidad con que ésto se haga.

En la guerra, ya sea en el campo de batalla o en una ciudad bajo bombardeo, los servicios médicos deben actuar con extrema rapidez para salvar el mayor número de víctimas posible: desde la inyección salvadora de plasma en el mismo lugar donde yace un paciente con shock traumático hasta la operación oportuna sin la cual la muerte sobreviene irremisiblemente. Otro tanto ocurre en cataclismos físicos como terremotos, inundaciones etc.

En alta mar, en buques generalmente de carga (que no llevan médico a bordo) el contacto se hace indirectamente por la radio-telegrafía con otro barco con médico o con una estación de tierra. No es raro que se pase un enfermo grave de un barco a otro en alta mar.

En territorios muy extensos con poblaciones diseminadas, como sucede en el norte de Australia, el contacto se inicia por telecomunicaciones y se completa con la ayuda de helicópteros. Así un sólo médico estratégicamente situado y muy bien equipado, atiende territorios inmensos.

Los problemas médico-asistenciales y de salud pública están tan íntimamente relacionados que no podemos separarlos (véanse nuestros artículos de LA PRENSA LIBRE el viernes 7, sábado 8 y lunes 10 de Octubre de 1960).

Para expresarlo gráficamente podemos imaginar una balanza con sus dos platillos: cuánto más se baje uno, más subirá el otro y viceversa. Es decir, cuántos más bajos o deficientes sean los servicios de salud pública, tantos más numerosos serán los enfermos. En términos económicos la situación se puede describir así: cuanto menos capital se invierta en obras sanitarias, tanto más capital se necesitará para atención médica y viceversa.

En nuestros artículos mencionados insistimos en la necesidad de llevar a cabo obras sanitarias en escala nacional o de otro modo tendremos que seguir construyendo más y más hospitales mientras se mantenga la avalancha de enfermos.

La necesidad de gastar dinero en salud pública no se comprende generalmente por una razón muy especial: cuando tenemos un enfermo en la familia nos impresionamos mucho pero cuando vemos excavar zanjas para colocar cañerías o cloacas nos quedamos absolutamente indiferentes. Nadie se entusiasma mirando una cloaca. Pero después de una operación quirúrgica exitosa el entusiasmo llega has-

ta poner tarjetas en los periódicos y bien puede suceder que algún proceso abdominal se originó en el hecho de haber comido alimentos contaminados. Estos alimentos causaron, a veces tiempo después, un proceso localizado que requirió la operación y el punto de partida de todo este largo historial pudo muy bien haber sido la falta de la cloaca!

El Dr. Solón Núñez quien por varios años fue Ministro de Salubridad, fue de los primeros en comprender estos problemas a fondo y lo podemos considerar como el iniciador de la Salud Pública en nuestro país, tal como la comprendemos ahora. Realizó muchas obras sanitarias importantes, pero nadie se entusiasmaba con sus ideas y propósitos y tuvo que remar la mayor parte del tiempo contra corriente. Si le hubiéramos dado toda la cooperación que él pedía y necesitaba, las condiciones sanitarias del país serían ahora bien diferentes.

Con las vacunaciones pasa otro tanto: no despiertan ningún entusiasmo, antes bien son a veces resistidas. Pero cuán diferente es la actitud de las personas si en medio de una epidemia vemos caer a uno o varios miembros de la familia. Entonces todas son alarmas y sobresaltos.

Por estas razones es que la Salubridad pública tropieza con tantas dificultades en nuestro medio, porque no entusiasman a nadie y solamente un país con mucha madurez puede llevar a cabo obras de esta naturaleza sin luchas ni obstáculos internos.

Para organizar servicios médico-asistenciales en un país hay que tomar en cuenta:

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| características demográficas | (núcleos de población) |
| morbilidad | (cantidad y clase de enfermos) |
| y mortalidad | (número y causas de muerte). |

Se forma así una red asistencial constituida por grandes centros hospitalarios, otros centros de tamaño mediano y pequeños dispensarios marginales o en la superficie de la red, recordándonos una rueda con su eje y radios que van hacia la periferia. Los servicios se extienden lo más posible hacia esta periferia a fin de establecer un rápido contacto paciente-médico y la red funciona también al revés, trayendo lo más rápidamente posible los casos graves hacia los centros hospitalarios grandes donde cada vez hay más recursos para atenderlos lo mejor posible y salvar el mayor número de vidas. Porque la vida humana es la riqueza más grande que tiene un país.

Veamos lo que ocurre, por ejemplo, en un caso de emergencia: si tiene lugar en San José no hay mayor problema porque contamos con todo lo necesario para atenderlo y tendrá un gran porcentaje de

probabilidades para salir bien del paso. Pero si lo mismo ocurre en un lugar lejano, ya las probabilidades son mucho más bajas y pueden inclusive llegar a cero. De aquí el 45% de muertes sin atención médica que tenemos en nuestro país.

Pasemos ahora a los casos corrientes de consulta externa en los hospitales de San José. El "amontonamiento" de pacientes nos está indicando dos cosas:

- 1) la abundancia injustificada de enfermos
- 2) la escasez de servicios médicos periféricos en cantidad suficiente.

Fallamos pues en condiciones sanitarias generales y en extensión de servicios médicos hacia la periferia. Mi impresión es que no vamos a sacar gran cosa con el nuevo Hospital de Niños y el nuevo Hospital del Seguro en cuanto se refiere a número suficiente de camas por cuanto mientras persistan las malas condiciones sanitarias generales y un platillo de la balanza siga para abajo, el otro seguirá para arriba y arriba.

SERVICIOS ASISTENCIALES versus MORTALIDAD GENERAL

Cómo vamos a explicar al país que se nos muere uno de cada dos costarricenses sin atención médica con tan diversas instituciones y con un gasto que sube bien de los cien millones de colones al año?

Antes de decir que ese es muy poco dinero debemos admitir la falta de coordinación, distribución defectuosa y en muchos casos duplicación de servicios dados por las diversas instituciones. El resultado es que en un gran número de casos el contacto paciente-médico es sumamente lento y por consiguiente la mortalidad sube.

Lo que pasa es lo siguiente: estas instituciones fueron creadas hace muchos años para llenar necesidades inmediatas y lo hicieron muy bien. Al crecer la población y sus necesidades, ellas crecieron también, pero a base de un criterio unilateral o local. Casi nadie se puso a sacar cuentas ni a ver el asunto desde un plano nacional o panorámico, tal como lo hace el estratega en una campaña militar.

Resultó entonces una serie de "cuerpos de ejército" haciendo cada uno lo que mejor le parecía pero sin tomar en cuenta el conjunto. El resultado lo tenemos ahora: una estructura desarticulada.

Para mostrar "ad absurdum" lo que estamos haciendo, tomaremos un ejemplo: supongamos que el Ferrocarril al Pacífico, en lugar de ser una sola empresa, estuviera dividida así:

Compañía Ferrocarrilera San José - Ciruelas

(con un gerente, subgerente, contador, oficinas, inspectores, talleres etc.)

Compañía Ferrocarrilera Ciruelas . Órotina
(también con gerente, contador, talleres etc.)

Compañía Ferrocarrilera Orotina . Puntarenas
(con todo su personal similar)

A ésto agregaríamos que tanto en Ciruelas como en Orotina hubieran dos estaciones distintas, una de cada compañía (con su Jefe de Estación, Despachador, cajero, secretaria etc.)

Eso precisamente tenemos en materia asistencial pues en varios lugares hay un Dispensario del Seguro y una Unidad Sanitaria, haciendo más o menos la misma cosa con una doble inversión se capitales: edificios, dos equipos, dos personales, etc.)

Para terminar con el ejemplo del Ferrocarril, cuánto creen Uds. que costaría el pasaje de San José a Puntarenas? Por lo menos cincuenta colones o más debido a los elevadísimos gastos de operación. En el caso de los servicios asistenciales no hay pasaje para subirle el precio, pero entonces se limitan los servicios hasta donde alcance "la plata". No queda otra solución.

QUE HACER?

Se trata pues de una situación que se ha ido creando por las circunstancias. El asunto es complejo pero no insoluble. Lo primero que hay que tener en la mente es que se trata de UN SOLO PROBLEMA al cual se le busca solución.

Pueden plantearse muchas de ellas, desde ligeros "ajustes" o remiendos hasta la más radical. El principio sería bajar los gastos a un mínimo y elevar la eficiencia a un máximo, como lo haría cualquier empresa privada. Pero desgraciadamente las cosas no son tan sencillas cuando se trata de cambiar una cosa ya establecida con su enorme cola de intereses creados o simplemente con la actitud mental de "la costumbre". Si el Canal de Panamá no lo hubiera hecho el ejército norteamericano no lo hace nunca ningún gobierno. Fue el General Gorgas que tuvo a su cargo el saneamiento del territorio antes que comenzaran los trabajos grandes de ingeniería.

Cambiar una cosa que anda mal es mucho más difícil que hacer una nueva: hay que comenzar por botar una casa vieja para hacer la nueva y en el proceso las cosas comienzan a ajustarse a conveniencias determinadas y no se hace lo que la técnica aconseja porque todo el mundo quiere meter el dedo en el plato. Al final, la casa vieja no se bota y la casa nueva no se hace. Entonces debemos ser suficientemente francos con nosotros mismos y admitir que si no arreglamos las cosas no es porque no sabemos o no podemos sino porque no queremos. Es cuestión únicamente de cambiar de verbo.

Supongamos por un momento que hiciéramos un contrato con una empresa privada para que ella tomara a su cargo todo lo referente a la salud pública y asistencia médica en todo el país, un pequeño país de poco más de un millón de habitantes. La empresa haría seguramente lo siguiente:

- a) una sola organización sanitaria-médico-asistencial
- b) dejando el concepto del seguro social vigente, con todos sus beneficios, las prestaciones médicas pasarían a la organización única y todo lo referente a Seguros, al Instituto Nacional de Seguros que, como su nombre lo indica, es la institución especializada para ello. Es cuestión de hacer un sub-contrato con el Instituto.

Con este "arreglo" saldrían sobrando: la Caja Costarricense del Seguro Social, el Ministerio de Salubridad, la Dirección General de Asistencia y el Sistema Hospitalario Nacional! Un amigo mío, hombre de mucha chispa, al exponerle yo este esquema mientras preparaba el borrador del presente trabajo, me dijo: "Hombre, el plan es maravilloso y sería la solución ideal. Pero al Gobierno que quiera hacerlo, lo botan!".

Examinemos a la Caja Costarricense del Seguro Social: es una institución mixta: por un lado da prestaciones médicas, por el otro, seguros. Es una institución híbrida, híbrida de nacimiento. Por qué creó el legislador este matrimonio prestaciones médicas-seguros? No lo sabemos. En todo caso, como en todo matrimonio, es muy difícil que exista un equilibrio perfecto de autoridad. Resulta siempre que uno de los dos cónyuges manda y en este caso manda la mitad no-médica del Seguro, que se ha inclinado hacia un criterio bancario-asegurador en detrimento de la otra mitad.

Daremos algunas razones para sustentar este aserto:

- 1) Con la gran cantidad de fondos que le entran a la institución se le despertaron inquietudes bancarias: presta tantos millones por aquí, tantos por allá con la idea de una sana política inversionista desde el punto de vista financiero únicamente. Pero la mejor política inversionista hubiera sido en obras sanitarias las que hubieran beneficiado al pueblo más directamente y al mismo tiempo les hubiera disminuido los gastos por prestaciones médicas. En vez de eso están pensando en un Hospital de 40 millones lo que sí es una pésima inversión, mientras no se resuelva primero el problema sanitario del país.
 - 2) En vez de prestarle a la Universidad unos cuantos millones para hacer edificios que no urgen, no han invertido un centavo en construir Dispensarios periféricos en la propia ciu-
-

dad de San José a fin de descongestionar las consultas externas del Hospital Central, con todos los inconvenientes y pérdidas de tiempo que son del dominio público.

- 3) No hay ningún médico en posición ejecutiva en el Seguro. El Jefe de Prestaciones Médicas es un simple Jefe de Sección.

Pasamos ahora específicamente al renglón Seguros. Aquí tenemos un caso típico de duplicación (a los ticos nos encanta tener servicios duplicados o triplicados o quintuplicados; tenemos no sé cuántas clases de policía!) Hay dos instituciones independientes entre sí pagando seguros: la Caja de Seguro Social (seguros de enfermedad, vejez, familiar etc.) y el Instituto Nacional de Seguros (seguros de vida, incendios, automóviles).

Los seguros son operaciones financieras en su mecanismo (de orden social en su concepción filosófica) pero tan social es un seguro ordinario de vida como un seguro de enfermedad o vejez. La única diferencia es que en el primer caso las primas las paga por completo el interesado y en el segundo también las paga el interesado, pero en mínima parte y se va formando un fondo común. El procedimiento es el mismo, lo que varía es la forma en que llega el dinero a la institución aseguradora, pero ya sea entrando por una puerta o por otra, llegamos al interior del edificio que es lo que se persigue.

Como lo hemos visto en el caso de los Hospitales y Dispensarios, la duplicación encarece enormemente los costos de operación por una burocracia supernumeraria como en el cuento del Ferrocarril a Puntarenas.

EL SEGURO SOCIAL EN ALEMANIA OCCIDENTAL

Aunque no conocemos en detalle su funcionamiento hay, sin embargo, datos muy reveladores sobre su estructura; está dirigido por una Junta Directiva integrada por 3 personas:

- un médico jefe (que la preside)
- un experto en administración
- un experto en finanzas.

Cubren a 28 (veintiocho) millones de asegurados.

Estos datos nos indican cosas muy importantes: primero que todo, los alemanes consideran la institución fundamentalmente médico —como en efecto lo es— y por lo tanto la dirige un médico. El otro punto interesante es lo escueto de la Junta Directiva, 3 personas, lo cual indica que si lo han dispuesto así es por cuanto ello es suficiente para dirigir todos los servicios que prestan a 28 millones de personas.

EL SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL ESTA DESFINANCIADO

Como si los problemas del país fueran pocos, ahora resulta que no hay suficiente dinero para cubrir los gastos del sistema hospitalario nacional. Se nombró hace poco un Comité especial para que estudiara la manera de cubrir el déficit y el Comité elaboró un proyecto urgente, casi a golpe de tambor. Dicho documento está en estudio y de no encontrarse alguna fuente de entradas no habrá fondos con qué terminar el año 1961.

El sistema hospitalario se mantiene esencialmente de la Lotería Nacional que es una fuente de entradas que estira o encoge según el vaivén caprichoso de la venta de billetes para el sorteo. Durante el Campeonato Panamericano de Fútbol las ventas de la Lotería bajaron mucho porque la gente se gastaba la plata en el Estadio. La pobreza franciscana por la cual atraviesa el sistema está llegando a un límite tal que ya no se trata de mejorar edificios o servicios sino de buscar el arroz y los frijoles para poder subsistir en un futuro inmediato. Varios de los hospitales de provincia no han podido cumplir aún con la ley que subió los sueldos mínimos a la modestísima suma de ₡ 204.00 mensuales.

Si así estamos en los centros hospitalarios (excepto el Hospital del Seguro que es el pariente rico de la familia) qué esperanzas les queda a los pobres campesinos de regiones remotas para ser atendidos cuando el propio Ministerio de Salubridad que maneja las Unidades Sanitarias, también está pasando crujiadas!

Es bueno tener presente que aún cuando se consigan los fondos (varios millones) que se necesitan con urgencia para poner al sistema hospitalario nacional sobre sus pies durante 1961, con ello lo único que se va a hacer es llenar un hueco, pero la estructura económica del sistema, con todas sus vicisitudes, quedará igual. Apenas vamos a apuntalarlo con un pie de amigo en espera de la próxima crisis.

Volvamos ahora al contacto paciente-médico.

PROGRAMAS DE EXTENSION PERIFERICA DE DISPENSARIOS

Una red de Dispensarios rurales en edificios de construcción económica lo consideramos como la más urgente necesidad asistencial del país, conjuntamente con obras sanitarias apropiadas.

Estos Dispensarios rurales podrían servir como centros accesorios de actividades tan importantes como la lucha antituberculosa, anti-venérea y anti-cancerosa, campañas de diferentes vacunaciones en la región respectiva y otras funciones como lucha anti-parasitaria, problemas de nutrición, educación sanitaria etc. Para eso es necesario un médico que resida en el mismo lugar, si es posible en un apartamento en el mismo edificio de dispensario,

Tendremos médicos en abundancia pues según publicaciones hechas por la Unión Médica Nacional hace muy poco tiempo, llegarán 253 nuevos profesionales en los próximos 3 años, lo que da un promedio de 7 mensuales, fuera de los que lleguen después. Prosiguiendo el cálculo a base de los datos existentes, para el momento en que salgan los primeros graduados de nuestra Escuela de Medicina, habrán en el país unos 900 médicos.

Nos acercamos entonces a la proporción de un médico por cada mil habitantes y fracción. Numéricamente está muy bien, pero tendremos la organización y los medios económicos para poder utilizar sus servicios? Eso depende de lo que hagamos ahora mediante un plan integral bien madurado. De otro modo el porvenir para estos jóvenes médicos es muy sombrío y yo quiero dar la voz de alarma a todas aquellas familias que, generalmente a costa de grandes sacrificios económicos, están costeadando a sus hijos estudios de Medicina en el extranjero. Podemos vernos abocados a un gravísimo problema social, tal como lo tenemos ahora con el sistema hospitalario nacional.

Qué posibilidades de trabajo van a tener los graduados de nuestra Escuela de Medicina al encontrarnos con que ya hay novecientos médicos en el país? Otra pregunta importante es que cuánto le va a costar la educación de cada uno de ellos al país? Asunto muy complejo. es éste y prefiero dejarle la palabra a las autoridades universitarias.

Tengo la impresión que nuestra Universidad toda está creciendo demasiado rápidamente y por otro lado el porvenir de nuestra fuentes de producción es bien incierto, me refiero a las principales como el café y el banano. Hay que pensar en la posibilidad de una sobre-producción de universitarios con su consecuencia el "proletariado intelectual" y finalmente si tenemos que exportarlos o se exportan ellos solos, los pierde el país y junto con ellos todo el dinero invertido en su educación. Nos empobrecemos por dos lados al mismo tiempo.

EL MEDICO GENERAL, PILAR DE LA ASISTENCIA MEDICA RURAL

Un buen sistema asistencial rural como lo necesitamos si queremos bajar el porcentaje pavoroso de 45% de muertes sin atención médica, está basado en el médico general. Este porcentaje es término medio en todo el país, pero en la realidad es mucho más alto en los campos y lugares muy alejados.

Mucho cuidado debemos tener que nuestros médicos jóvenes (me refiero específicamente a los que tienen menos de 5 años de ejercicio profesional) no vivan bajo el embrujo de las especialidades, embrujo que tiene su origen en los grandes centros en que se han

educado. Costa Rica necesita muchísimos médicos generales que se adentren en nuestro territorio para que atiendan a miles y miles de campesinos prácticamente desamparados. Ahí adquirirán valiosa práctica también y es justo que reciban una retribución de acuerdo con la importancia de sus servicios.

Esto nos llevaría a la creación de un CUERPO MEDICO RURAL que sería nuestra reserva para el futuro, ya que ellos nos reemplazarían paulatinamente y se darían cuenta cabal, por estar en la "línea de fuego", de los problemas médico-asistenciales del país. Desarrollarían un sentido social que la permanencia exclusiva en las ciudades nunca les daría. Ellos van a ser después los dirigentes de nuestro sistema asistencial y entonces su experiencia rural les será de un valor inestimable.

Por lo demás el médico general bien capacitado está en condiciones de atender con éxito la inmensa mayoría de los casos que se le presentan, teniendo además el recurso adicional de transferir los casos más graves a centros más grandes.

Pero no se crea que preconizamos enviar a nuestros médicos jóvenes a las zonas rurales así no más. Es necesario darles estímulo y oportunidades para que se superen y no crean que son médicos "desterrados". Yo les daría un mes de vacaciones al año y un mes de estadía en un hospital grande, ambos periodos con su sueldo completo. En el mes de permanencia en el Hospital se agregarían al servicio especializado de su preferencia y obtendrían tanto por su trabajo rural como por este trabajo hospitalario, una calificación que sería la base para promociones, traslados a lugares más grandes y hasta para becas en el exterior, si fuera necesario. Sería un estricto proceso de selección del todo punto de vista conveniente para ellos mismos y para el país.

A fin de reemplazar al médico rural en los dos meses de ausencia del Dispensario en que trabaje, se destinaría a otro médico que podría a su vez hacer otros reemplazos hasta completar su año de servicios y obtener las mismas oportunidades. En Alemania, por ejemplo, todo médico rural debe permanecer 6 meses en servicio de un hospital, cada tres años.

— RESUMEN —

Los trabajos que hemos publicado sobre temas médico-asistenciales en LA PRENSA LIBRE, divididos en varias ediciones por razones de su extensión creo que han demostrado los siguientes puntos:

- 1.—Que los problemas de la salud del hombre son en realidad UNO SOLO, que incluye todo lo referente a salud pública y asistencia médica.
 - 2.—Que en Costa Rica tenemos una multiplicidad de instituciones de asistencia médica de lo que resulta una estructura sumamente costosa y que está muy lejos de llenar las necesidades del país.
 - 3.—Que antes de decir que no tenemos dinero suficiente hemos de racionalizar estos servicios aprovechando al máximo nuestros recursos humanos y económicos.
 - 4.—Que en un país tan pequeño como el nuestro basta y sobra con refundir en una sola organización todo lo que tenga que ver con la salud del hombre: Medicina preventiva y curativa.
Que por la misma razón debe hacerse otro tanto con los SEGUROS.
 - 5.—Que mientras no tengamos la visión ni el coraje para realizar todo esto, el pueblo de pocos recursos que constituye la inmensa mayoría es el que sufre y seguirá sufriendo las consecuencias.
 - 6.—Que es necesario hacer conciencia nacional de estos importantes problemas.
-