

**PROBLEMAS
DE LA ASISTENCIA**

**EN DISPENSARIO
DE LA**

**CAJA
COSTARRICENSE
DE SEGURO SOCIAL**

DR. FIDEL FERNANDEZ RUBIO
San José, junio de 1974.



PROBLEMAS DE LA ASISTENCIA EN DISPENSARIO
DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

Dr. Fidel Fernández-Rubio

San José, julio 1974.-



No.

INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10100
JOSE, COSTA RICA

Entendemos que la estructura actual de la asistencia en dispensarios, en la Caja Costarricense de Seguro Social, no es ya adecuada a sus necesidades presentes, y lo será cada vez menos, aún cuando el crecimiento de su población fuese exclusivamente vegetativo. Si pensamos en los proyectos de ampliación de la población a proteger, en fecha breve, es evidente que la necesidad de cambiar ciertas estructuras, es inaplazable.

El sistema actual de afiliación y asignación de número es inadecuado, por lento, y ha quedado tan insuficiente y anacrónico que no es posible conocer en ningún momento, el número de asegurados adcritos a un ambulatorio. Y la demora e inadecuación son tales en el sistema usado de ficha perforada, que imposibilita totalmente el conocimiento de los asegurados adcritos a un centro, se ignora cuando carecen de derecho a la asistencia, y han de llevar, como justificante de su derecho, una certificación patronal. Este, lento y caro sistema puede y debe ser cambiado. Sorprende igualmente que existiendo una cédula nacional de identidad, no sea empleada ésta como número de asegurado, máxime si se considera que al ser sólo siete las provincias, quedan dígitos iniciales sobrantes para emplearlos en los casos de extranjeros, temporeros etc. El uso de la cédula y de un lista-

./.



INSTITUTO SOCIAL
PARTIDO 10195
JOSE, COSTA RICA

No.

- 2 -

do, por facultativo de Medicina General, o por centro, aligeraría la mecánica administrativa, haciéndola mucho más eficaz y a menor costo.

El sistema de historias clínicas utilizado parece igualmente inadecuado. Son demasiado premiosas para consulta ambulatoria, el número de impresos que contiene es excesivo (y se le incorporan todos los posibles modelos, aunque no vayan a usarse, desde el primer momento) lo que aumenta su tamaño, dificulta su movilización, y hace consumir un tiempo precioso a los facultativos. El número empleado no es ágil ni aporta ventajas. Sería preferible reemplazarlo por el de la cédula de identidad, como hemos señalado.

Como consecuencia de estar estructurada la asistencia con criterio no concorde con los tiempos actuales, se produce un gravísimo fenómeno. Las demoras para recibir la asistencia, - incluso de medicina general. Creemos que esto es un hecho tan serio, por las implicaciones sanitario-sociales que acarrea, de todo tipo, que debe ser subsanado, como problema que no admite demora.

Estos retrasos tan prolongados entre la petición de asistencia y su realización, están originando un hecho tremendamente significativo: que hay veces en que, tras recibir una cita,-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PANTADO 10105
JOSE, COSTA RICA

- 3 -

no se acude a la consulta el día fijado. Es decir, que la demora esta haciendo innecesaria la asistencia médica. Es decir, haciendo el único fin que justifica un seguro médico. Este problema no debiera ser ignorado, máxime si consideramos que a el se agrega la demora para recibir medicación (ya tratado en otro punto), y el retraso, aún mayor, (con cifras de meses) para recibir asistencia especializada, que equivale a carecer de ella, o que, al menos, se corre el riesgo de carecer de ella, por tardía.

No existe en los dispensarios un LIBRO DE RECLAMACIONES, con hojas numeradas y selladas, que recoja las quejas (el buzón de sugerencias no sufre esta necesidad), ni un cuerpo de Médicos Inspectores que canalicen la asistencia, y por ende, reciban e investiguen las quejas. Pero hemos podido comprobar, en la prensa, con cuanta frecuencia aparecen quejas y dramáticos llamamientos, consecuencia de esta demora en recibir asistencia, en forma muy singular, en especialidades, incluso en aquellas (oftalmólogos - etc) que tanta importancia tienen en el futuro laboral del sujeto.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10100
JOSE, COSTA RICA

No.

- 4 -

Desde un punto de vista de Seguridad Social, parecería conveniente unificar al máximo los sistemas sanitarios de cobertura de riesgos, por la disminución de gastos y aumento de eficacia que ello representa. Y aumentar al máximo el campo de protección. En esta línea es un indudable avance la tendencia a incluir otros grupos actualmente no protegidos (si se resuelven en forma correcta los problemas de censado, afiliación y cotización), pero entendemos es anacrónica una estructura independiente para los riesgos derivados de accidente de trabajo. Desde nuestro punto de vista (exclusivamente técnico), entendemos sería del más alto interés la fusión o al menos, coordinación, por todas las ventajas psicológicas, asistenciales, de aumento de eficacia y reducción de gastos que la medida acarrearía.

En forma similar sorprende la existencia de un período de carencia tan amplio desde la afiliación a la iniciación del derecho a la asistencia. Este período debería no existir, o a lo sumo, y en forma transitoria ser muchísimo más breve. No se nos oculta que el acortamiento, o mejor, la desaparición del período de carencia podría prestarse en algún caso aislado, a fraude, es decir, a una afiliación indebida, para recibir prestaciones médicas. Y si bien esto sería un hecho posible, cada vez más infrecuente (al aumentar el nivel del país y el porcentaje de pobla-

./o



No.

INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10125
JOSE, COSTA RICA

- 5 -

ción protegida), las ventajas sanitarias de toda índole que acarrearían, hacen aconsejable la adopción de esta medida. Lo que si podría admitirse, a lo sumo, es un período de carencia para las prestaciones económicas.

Debería considerarse la futura arquitectura de los dispensarios. El número de metros cuadrados empleado parece excesivo, en relación al volumen de las consultas y salas de espera. Por otra parte, algunos de los últimos centros, con planta a distinto nivel, hacen muy difícil o imposible su ampliación, y debería haberse considerado esta faceta, especialmente cuando hay previsiones de un aumento de población a proteger. En este aspecto, son de alto interés los dispensarios tipo MOEULADOS, que permiten un uso racional de espacio y ampliaciones posteriores. No creemos necesario extendernos en este capítulo, cuando existe en la Caja bibliografía y datos suficientes, como la ponencia presentada por España al Congreso de Panamá, aunque tenemos que hacer men-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10100
JOSE, COSTA RICA

No

- 6 -

ción al problema de las bodegas para medicación, y su dotación de personal, así como de las posibilidades de agilización, minimización y desaparición, aspecto ya tratado en el capítulo de prestación farmacéutica.

El control de las bajas laborales, o incapacidades laborales transitorias es inadecuado. Y no esta previsto un sistema corrector ni sancionador de abusos. En este aspecto, no debemos olvidar la trascendencia económica-social de la baja laboral, y de su pertinente indemnización económica. En muchos paises, la existencia de un cuerpo de médicos inspectores, controla la adecuación y duración de la baja, y tiene facultad para anularla, como más adelante señalamos.



INSTITUTO COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10195
JOSE, COSTA RICA

No.

- 7 -

Un factor de la máxima importancia sobre el que nunca insistimos demasiado, es la carencia de estadísticas que merezcan tal nombre. Y será muy difícil una estadística adecuada mientras - que se siga ignorando el número real de asegurados adcritos al - médico o al dispensario, al menos. Y sin ese dato esencial ign - raremos los porcentajes.

En las actuales "estadísticas" de cada centro, faltan datos del mayor interés, como es la morbilidad. Y la mecánica de su confección inadecuada, compleja y cara, y por añadidura, los datos obtenidos son prácticamente inoperantes e inútiles. Creemos esencial una estadística adecuada, con recogida de datos fiables y elaboración sencilla. Pero en tanto se siga ignorando la población protegida por cada centro (y éste ignora las bajas), fal - tará un dato esencial e insustituible. Creemos, pues, imprecin - dible, que la mecánica de afiliación sea remodelada, simplificada y agilizada.

Como hemos dicho en múltiples ocasiones, estimamos que el

./.



No.

INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10100
JOSE, COSTA RICA

- 8 -

Área médica debe quedar jerárquicamente bien delimitada de la ad
ministrativa. Y así, el control y custodia etc, de historias -
clínicas, el personal auxiliar del médico (secretarias etc) debg
rá tener dependencia jerárquica del Director Médico del centro, y
no de la esfera administrativa.-



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10100
JOSE, COSTA RICA

No.

- 9 -

Sería interesante poder volver al antiguo concepto de Médico Familiar, aunque remozado y adaptado a las condiciones de la Medicina Social actual. Es decir, que cada asegurado directo, y sus familiares con derecho a asistencia, estuviesen adscritos, en forma fija, a un determinado médico general.

No se nos oculta que en las circunstancias actuales ello no es posible en Costa Rica, donde los dispensarios ignoran, incluso, el número de los asegurados que de ellos dependen; pero es evidente que el sistema de afiliación y censo ha de variar, pues es insostenible ya en las circunstancias actuales, y lo será aún más con el crecimiento futuro, aún cuando aceptáremos que este fuese sólo de tipo vegetativo.

Con la imprescindible agilización de la mecánica de afiliación, (en la que no entramos, por ser ajena a nuestro cometido) es incluso posible comunicar las altas y bajas al facultativo correspondiente, y un listado al centro, con eliminación de la certificación patronal.

Es evidente que la figura del médico de familia conlleva ventajas indudables, al determinar una ligazón afectiva médico-enfermo, y permite un mejor conocimiento por aquel de la sicopatología del paciente y de su entorno familiar. Y es posible volver a

4/0

este concepto, incluso con libre elección de médico de familia, entre varios, por parte del asegurado, lo que puede hacerse en el momento de la afiliación inicial al sistema, (o incluso, posteriormente, cambiar de médico, con causas justificadas, y también con la posibilidad de que el facultativo pueda rechazar una adscripción, con motivos adecuados).

Además, esta libre elección de facultativo, en la forma antes dicha, estimula al médico, y en aquellos aspectos humanos (no técnicos propiamente dichos), cuyo olvido, a veces, determina descontento por parte de asegurados o beneficiarios. Y ello se verá reforzado si el abono de honorarios al médico de familia no fuese una cantidad fija, ni un tanto por hora, sino que fuese realizado por el sistema de coeficiente por familia/mes, lo que representa un estímulo crematístico directo.

Para un mejor rendimiento de este sistema sería aconsejable la división en zonas de las ciudades de cierta envergadura, a fin de que las familias adcritas a cada facultativo radiquen en una área geográfica limitada, lo que facilitaría la asistencia a domicilio, al acortar distancias.

Cuanto antecede cabe también referirlo al pediatra, que puede ser homologado a un médico de familia, pero con dedicación a la edad infantil. (Generalmente se acepta que hasta los siete (7) años, vertiendo al médico general de familia los hijos que sobrepasen esta edad).



INSTITUTO COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10199
JOSE, COSTA RICA

No.

- 11 -

Habría que tender a que el acceso del asegurado o beneficiario a la asistencia pudiese ser directo, no sólo en el caso de médico de familia y pediatra, sino también al tocólogo, pudiendo estudiarse también la conveniencia de que existiese o no los casos de oftalmólogo (graduaciones) y al odontólogo.

Hay que tener en cuenta un hecho fundamental: que no debe haber demora para acceder a la consulta. Y que la demandas de asistencia debe ser inmediatamente atendida, (con las ventajas que ello lleva consigo, de todo tipo, pero especialmente sanitarias) tanto en medicina general como especialidad.

En casos no urgentes, el asegurado o beneficiario debe acudir al dispensario o ambulatorio, a la hora fijada para su correspondiente facultativo, y ser recibido por este. Es evidente que esta meta no podría ser alcanzada con el sistema actual costarricense, por mucho que se abusase aún de pagar horas extras.

La fórmula que creemos más viable es la de que el médico de familia sea, en gran parte un médico-repartidor, o clasificador. (Y esa experiencia, aunque elemental, existe ya en San José, en el hospital infantil). Es decir, que envié una gran parte de los pacientes que recibe al especialista correspondiente. Así resultarían dos objetivos: a) no hay demora en la asistencia y b) se eleva la calidad de esta.

Analícemos, brevemente, estos puntos:

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10125
JOSE, COSTA RICA

- 12 -

a) No hay demora en la asistencia, pues el asegurado no ha de esperar citas para el médico de zona (luego veremos que tampoco para el especialista), quien, tras una breve anamnesis, retiene el enfermo para tratarlo personalmente, o lo envía para informe, o tratamiento, al especialista correspondiente. En aras de una esencial economía, convendría que la historia clínica fuese de tipo telegráfico, de una parte, y de otra, que la enfermera o secretaria estuviese en el interior (no fuera) de la consulta, y fuese la que escribiese, ordenase documentos etc. etc.

b) Se eleva la calidad de la asistencia, pues es indudable que lo será la realizada por el correspondiente especialista, y más cada día, habida cuenta de la complejidad de la medicina actual, de su tecnificación y utillaje, que hacen que gran parte de las técnicas no esten al alcance del médico general. Con esto se logra también algo de un fundamental valor el diagnóstico precoz, cuya importancia sanitaria, social y económica no hará falta resaltar.

En general, se estima que el médico de zona puede tener un cupo de 750 a 1.000 familias, a él directamente asignadas. Y aparte de su horario en el ambulatorio, debería atender también las solicitudes diurnas de visita a domicilio, a horas normales, con programación de recogida y cumplimentación de avisos.

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10125
JOSE, COSTA RICA

- 13 -

(ya que noche y festivos puede ser cubierta por el servicio especial de urgencia, de que luego hablaremos).

Es evidente que si el médico de zona ha de enviar gran parte de los pacientes que recibe a los correspondientes especialistas, habrá que disponer del número adecuado. Y aquí surge un problema en Costa Rica: No hay estadísticas validas de morbilidad, ni por necesidades de especialistas en los actuales dispensarios. Y esta falta de adecuadas estadísticas, nos impide dar un cálculo exacto de las necesidades de personal de cada especialidad, como nos ocurría al hablar de hospitales (con el agravante aquí de que la morbilidad no hospitalaria es menos homogénea aún). Sería, pues, del más alto interés una planificación adecuada, con recogida correcta de datos, y uso correcto de las estadísticas médicas, a todos niveles, como hemos destacado en múltiples sitios.

De todas formas, es evidente que el número de pacientes tributarios de cada especialidad, si bien en relación con la morbilidad, va a ser muy dispar en cada una de ellas, pero con grupos homogéneos, o similares. Una vez conocida (o estimada) la cifra de solicitud de asistencia especializada, podrían establecerse, pues, varios grupos de demanda homogénea, (lo cual facilita el cálculo de honorarios y de locales de consulta etc).



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10195
JOSE, COSTA RICA

No

- 14 -

En España, en este sentido, existen tres grupos de especialidades, que tienen adscritos los asegurados siguientes:

Especialidades del 1º grupo: 11.000 asegurados

Especialidades del 2º grupo: 22.000 asegurados

Especialidades del 3º grupo: 44.000 asegurados.

Y allí, son especialidades del primer grupo, los siguientes: análisis clínico; aparato digestivo; aparato cardio-circulatorio; cirugía general; electro-radiología; odontología; oftalmología; - otorrinolaringología; traumatología y tocología.

Al segundo grupo pertenecen:

Dermatología, ginecología, neurosiquiatría y urología.

Al tercer grupo, nutrición y secreciones internas.

La clasificación antes reseñada no es totalmente aplicable a Costa Rica, puesto que sus circunstancias geo-climáticas y la estructura de la población no es superponible con la española; pero como esquema es bien válido, siempre que el encuadre de cada especialidad a un determinado grupo sea hecho de conformidad con la demanda local de servicios.



INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
PARTADO 10133
JOSE, COSTA RICA

- 15 -

Es evidente que para una mayor adecuación de la asistencia, en este régimen no hospitalario, habrá de distribuirse, en el espacio, los adecuados locales.

Es de alto interés que la medicina familiar, que no requiere gran utillaje, radique lo más próximo posible a los domicilios de los asegurados. Y en este sentido son muy útiles pequeños ambulatorios o dispensarios, con servicios sólo de medicina general, pediatría e inyectables, bien abundantes y colocados en las zonas de población asegurada.

Se tiende a que la consulta de pediatría comience y termine con desfase sobre la de medicina general, a fin de que tanto la madre como el hijo puedan ser vistos (si fuese preciso) en el mismo día, sin interferirse en la misma hora.

En zonas rurales, donde el médico ha utilizar su propia consulta, debería recibir, un complemento de sueldo como alquiler de la misma y del correspondiente utillaje.

Como los especialistas, para ser eficaces, requieren una dotación en instrumental muy amplia, es conveniente que se concentren en ambulatorios de mayor entidad, a fin de tener en ellos todos los medios auxiliares necesarios, y que estos sean bien usados, sacándoles el rendimiento adecuado para obtener la debi-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10105
JOSE, COSTA RICA

No.

- 16 -

da amortización en el tiempo previsto. Entonces, es claro que estos ambulatorios o dispensarios de especialidad no pueden ser tan repartidos en el ámbito geográfico de una población o comarca, sino que deberían estar estratégicamente situados, tanto en el espacio (densidad de población, facilidades de desplazamiento etc) como en el tiempo (horario de autobuses, trenes de cercanías etc).

El número de especialistas de cada clase que hayan de concurrir a estos dispensarios, estará en función de la población cuya cobertura tiene encomendada el centro.

Por supuesto, que tampoco debería demorar para que un asegurado o beneficiario sea visto por el correspondiente especialista. Es decir, no hay necesidad de citas previas. El asegurado, acude provisto de un volante o nota del médico de cabecera al especialista correspondiente y a la hora que este tiene fijada, diariamente.

También aquí el médico está aligerado de trámites burocráticos, al tener a la enfermera dentro de la consulta, y disponer de historias clínicas aligeradas de datos, y por ende, más simples y rápidas que las que hemos visto en los dispensarios costarricenses visitados.

o/o



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10105
JOSE, COSTA RICA

No.

.. 17 ..

Esta estratificación asistencial, con la concentración dotacional en el utillaje que lleva aneja, representa un evidente ahorro de material, que podrá ser menor en número, de mayor calidad y posibilidades, estará mejor manejado, y con una intensidad tal que asegure su amortización. A título de ejemplo -y para citar sólo uno- consideramos el enorme número de aparatos de rayos X de 250 y 500 mA. que existen en los dispensarios y clínicas periféricas de la Caja en San José, que se usan muy por bajo de sus posibilidades, y en forma no adecuada, y durante poco tiempo, y por si esto fuese poco, la existencia de fotoseriadores (que no se usan, y que además, está demostrado que sólo sirven para control periódico, o chequeo, de escuelas, fábricas etc).

Todo esto pudo ser sustituido por 1 - 2 aparatos de 1.000 mA. situados en un solo local, con máquinas automáticas de revelado. Y dejar en los ambulatorios de medicina general y pediatría, un pequeño aparato de radioscopia, para una emergencia (máxime porque la dosis absorbida por un paciente es menor en radiografía que en radioscopia, y no hemos de hacer aquí hincapié en la importancia de los efectos a largo plazo de las radiaciones ionizantes).

Los fotoseriadores sólo deberían ser empleados en colegios-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10135
JOSE, COSTA RICA

No.

- 18 -

y empresas, en forma periódica, programada y no anárquica, con vistas a diagnóstico precoz. Por eso, su interés máximo está en unidades móviles, no fijas, que sean transportadas donde interese en cada momento.

De igual manera, cabría en pensar en la posibilidad de concentrar los servicios de análisis del Valle Central, puesto que se dispone de autoanализador -que no se emplea-. Y los análisis químicos etc., podrían hacerse con este o similar aparato, con mayor exactitud y en menor tiempo, recogiendo las muestras en los dispensarios. Y el mantenimiento del aparato, incluido conserva-
dor podría resultar más económico que la multiplicidad de personal (con sus sueldos), material, local etc.

La capa más alta, o vértice, de esta estratificación asisten
cial, estaría integrada por los llamados centros de diagnóstico y tratamiento, (que conviene sean también independientes de las con
sultas externas del hospital, para no recargar a estos), que real
mente corresponde a la suma de los conceptos de "superespeciali -
dad" y "medicina en equipo".

Estos centros resolverían grandes problemas de diagnóstico -
fino, ahorrando estancias hospitalarias (que son más caras), evi-
tando ingresos para diagnóstico, y, además, evitando estancias -

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10105
JOSE, COSTA RICA

No

- 19 -

pre-operatorias.

Si el volumen de la población no es alto, podrían estar asimiladas a las consultas externas del hospital (bien entendido, - que funcionando adecuadamente los dispensarios de especialidades, pues de otra forma, se recargarían las consultas externas de forma que los harían ineficaces).

Como es lógico, a estos centros sólo acudirían los asegurados que lo requiriesen por la índole de su proceso, enviados por los especialistas correspondientes, y en casos especiales. Y estos centros podrían estar estructurados, internamente, en forma análoga a la jerarquización de hospitales, es decir, en secciones, servicios y departamento, tal como exponíamos en el correspondiente capítulo.

Esta estructura jerarquizada, en pirámide desde los ambulatorios de medicina general, a los de especialidades y a los centros de diagnóstico, obliga, por su misma razón de ser, a una coordinación inteligente de todos los recursos sanitario-asistenciales del país, (con independencia de su propiedad o pertenencia). Lo contrario iría contra los principios fundamentales de mejor asistencia al menor costo. Duplicar o multiplicar instalaciones con el pretexto de son para accidentes de trabajo, seguro de enferme-

•/•



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10105
JOSE, COSTA RICA

No.

- 20 -

dad, beneficencia etc. etc., es disminuir la eficacia, evitar la amortización y aumentar el costo.

La importancia que hoy se otorga al factor preventivo, en todos y cada uno de sus aspectos, ha llevado a casi todos los países de Seguridad Social avanzada, a la creación de una estructura muy interesante: la de MEDICOS DEL TRABAJO Ó MEDICOS DE EMPRESA, encargados de contendar y vigilar las condiciones sico-físicas del medio de trabajo (empresas, máquinas, luz, etc) y de adecuar el trabajo al productor, y a este al puesto más idóneo. La existencia de estos Médicos del Trabajo ha representado un significativo avance en medicina social, con una manifiesta reducción de riesgos asistenciales de todo tipo.

Una jerarquización implicaría, al menos en teoría, la posibilidad de zonas conflictivas de competencia. Esto puede quedar en gran parte aliviado si se establecen, con claridad, las funciones, obligaciones, derechos etc. etc. de los facultativos, el procedimiento de selección, de sanción etc. Pero hay aspectos y matices que no pueden ser reducidos a normas, so pena de intentar una casuística exhaustiva, y siempre insuficiente. Por esto, la necesidad sentida por tantos países, de disponer de MEDICOS INSPECTORES Ó AUDITORES, que, con función tuitiva controlen, conozcan y resuel

./.



No

INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO 10100
JOSE, COSTA RICA

- 21 -

van los problemas que una mejor y más correcta asistencia plantea. Es evidente que sus componentes han de tener una suficiente y adecuada formación en técnicas de Seguridad Social, y de dirección y gestión hospitalaria. Y que no debieran practicar el ejercicio privado de la medicina. Y si este cuerpo ha de ser altamente cualificado y sobre él van a recaer las más delicadas misiones de programación, realización, control, vigilancia y resolución, no hay duda de que debería recibir unos emolumentos adecuados. Sin embargo, la existencia de tal cuerpo no representa un aumento del costo de la existencia, sino que incluso abarata a ésta, no sólo porque una planificación, coordinación y rendimiento siempre son económicos, sino incluso por otra faceta de alto interés económico-social: las incapacidades bajas injustificadas para el trabajo. Es decir, el desenmascaramiento y control del simulador.

En muchos países, el sujeto que abusa de la baja o incapacidad laboral (bien por la duración de las mismas o por su frecuencia) o que es denunciado como simulador, es sometido a control de la Inspección Médica, y el parte de baja de incapacidad laboral de ese asegurado carece de validez a efectos económicos si no lleva el conforme de la Inspección (que puede requerir, si lo estima oportuno, informe de algún especialista). Con ello se evita el abuso de inca-

./.



INSTITUTO COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10125
JOSE, COSTA RICA

No

- 22 -

pacidades transitorias, (que tanto dinero cuestan a la Seguridad Social, y malestar a la empresa y al resto de los trabajadores - honrados) y se corrigen posibles abusos de todo orden. Claro que si a estos Médicos Inspectores se les encomienda funciones de tanta trascendencia y responsabilidad, es evidente que deberán estar dotados de la máxima autoridad. Y que sus decisiones han de quedar siempre respaldadas, como norma genérica. Y tan es así, que muchos países conceden a estos médicos el carácter de Autoridad Pública, en el ejercicio de sus funciones.-



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PANTANO 10100
JOSE, COSTA RICA

No.

- 23 -

ASISTENCIA MEDICA DE URGENCIA

Aún suponiendo que la asistencia a domicilio y la planificación y estratificación de dispensarios y hospitales hubiesen alcanzado el más óptimo nivel deseable, (lo que desgraciadamente no ocurre aún), quedaría siempre una laguna asistencial, constituida por las urgencias de festivos o nocturnas. Encomendar la atención de estos casos a los facultativos que realizan la asistencia normal, no parece ser aconsejable en grandes ciudades, pues les impediría el necesario descanso, con rupturas del ritmo nictameral, y violentaría su derecho al descanso nocturno y a una libre disponibilidad de días no laborales.-

Pero es evidente que esas horas surgen problemas asistenciales, de urgencia, subjetiva u objetiva, agravados por el ancestral terror a la noche y su oscuridad. Bastaría como ejemplo ilustrante, la angustia de una madre cuyo niño despierta de noche, con alta fiebre y llanto. Y aunque se tratase de una vulgar amigdalitis (anginas) esto no lo sabe la madre, y para ella el cuadro infantil adquiere proporciones de drama vital e incluso con dimensiones cósmicas.

Tratar de encomendar esta asistencia a los médicos de guardia de hospitales, sería una solución ilógica e inadecuada. En efecto

e/o



INSTITUTO SOCIAL
PARTIDO 10100
JOSE, COSTA RICA

- 24 -

la mayor parte de estas urgencias son - o pueden ser- subjetivas en gran cuantía y además, los cuadros generalmente no son adecuados para traslado al hospital, ni para su encamamiento. En gran parte, pueden y deben ser tratados a domicilio, y algunos canalizados hacia determinado centro especializado. Lo contrario es torpece y bloquea la función del hospital.

Tratar de ignorar el problema indicado, o minimizarlo con la argucia de que un alto porcentaje de cuadros son pseudourgencias, - creemos es una postura incompatible con el concepto de medicina social, y con el respeto debido a la persona humana. Y a mayor - abundamiento, un porcentaje de estas urgencias son cuadros reales, incluso de trascendencia vital. Y el ignorar este hecho sería contrario al concepto ético de una medicina global, e incluso, y aunque la salud esta por encima del dinero, resultaría caro, por el aumento de mortalidad, falta de productividad, alargamiento del proceso curativo, prevalencia, morbilidad, incapacidad laboral transitorias etc etc; asén de un descontento y descrédito ampliamente justificado, al dejarse sin asistencia durante más del 50% del tiempo real, a una población que está pagando cuotas, precisamente para recibir atención y asistencia médico-farmacéutica.



COMITÉ DE SIGUINTE SOCIAL
PARTIDO SOCIALISTA
JOSE, COSTA RICA

No.

- 25 -

Estos problemas se acrecientan en función directa a la importancia del núcleo ciudadano, por las distancias que el hecho urbanístico impone, y por la deshumanización de los contactos personales que condiciona la masificación y el espacio. Por eso el problema de la urgencia médica nocturna o festiva incrementa su importancia, condicionante e impactante, en función geométrica - el tamaño, densidad y distancias de la urbe. Pero es precisamente este conjunto de coyunturas, a priori adversas, las que pueden y deben ser utilizadas para lograr un sistema eficaz, de alto rendimiento en salud y satisfacción (en problemas sanitarios el dinero gastado siempre es rentable, y creemos que es muy caro el ahorro de plata). A mayor abundamiento, la estructura geo-urbana del Valle Central de Costa Rica, con alineación en meseta, sin puertos montañosos aislantes, con clima isotérmico, y montañas próximas que permiten y facilitan la comunicación por radio, incluso en bandas moduladas o laterales de cualquier frecuencia, es la más idónea para la implantación de un sistema de atención médica para urgencias nocturnas y de feriados, que más adelante expondremos. Habida cuenta de que el costo del servicio que proponemos es prácticamente constante e independiente del porcentaje de población protegida, sería del más alto inte -

o/o



COMITÉ DE SERVICIO SOCIAL
PARTIDO LIBERACION
JOSE, COSTA RICA

No.

- 26 -

rés -sanitario y económico- coordinarlo con otras entidades (Salubridad, Accidentes de Trabajo, Hoteles etc) con lo cual se bajaría significativamente el costo por asistencia.

La amplia experiencia europea, especialmente española en esta materia de Servicios de Urgencia podría concretarse en la planificación siguiente:

1.- Un Centro Directivo, emplazado en un Hospital Ambulatorio, - Dispensario, u otro tipo de local, dotado de un número suficiente y adecuado de líneas telefónicas (preferentemente, con un número fácilmente memorizable) y de una emisora de potencia (W) y frecuencia (Hz) adecuados al área a cubrir.

Este Centro Directivo tendría las misiones siguientes:

- Recibir, telefónicamente, las solicitudes de asistencia efectuando una telegráfica anamnesis, encaminada a obtener una previa idea del caso, y a confirmar los datos de localización del domicilio.

- Transmitir, por radio, al automóvil más cercano al domicilio del solicitante, la demanda de asistencia, y la exacta dirección, así como los datos orientativos de la anamnesis efectuada. Para ello, ha de disponer de un plano de la ciudad, a escala adecuada, donde se señale la situación de los vehículos.

- Conocer las disponibilidades de camas de cada hospital, y en-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTADO 10105
JOSE, COSTA RICA

No.

- 27 -

cada momento, así como las especiales características de cada uno de ellos.

- Controlar las asistencias realizadas, el tiempo invertido, y la idoneidad de la urgencia.
- Desarrollar todas las funciones de planificación, dirección, administración, suministros, coordinación etc. que el servicio requiere.

2.- Una adecuada serie de Unidades Móviles constituidas cada una por un automóvil de fácil mantenimiento y bajo consumo, dotados de un emisor-receptor en la misma banda que el Centro Directivo, y provistos, además, de una camilla y de un botiquín de urgencia, provisto de medicación suficiente, bien estudiada, y donde se tiende a que la parenteral sea del tipo autoinyectable. En dicho automóvil (carro), aparte del sanitario conductor, va un médico.

El funcionamiento práctico, es el siguiente:

Localizado (por el Centro Directivo) el domicilio desde el cual se demanda la asistencia, se avisa por radio al automóvil más próximo (y a este fin cada carro lleva un número de identificación), que se desplaza al sitio correspondiente. El médico realiza la visita, y en el caso lo requiere, entrega o aplica la medicación pre-

./.



INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL
PARTIDO FOISS
JOSE, COSTA RICA

No.

-- 28 --

ción (no lleva recetas -que haría perder un tiempo precioso en localizar una farmacia- sino específicos). Hay que destacar que este servicio es para asistencias urgentes médico-farmacéuticas, y por tanto, no parece aconsejable que extienda bajas laborales, (o partes de incapacidad laboral transitoria).

En el supuesto de que la sintomatología o el diagnóstico del paciente requiera un ingreso en hospital, el mismo automóvil, (que incluso va provisto de camilla) le transportaría al hospital que, por radio, le indicase el Centro Directivo, de acuerdo al diagnóstico, estado del paciente, distancias y disponibilidad de camas.

La situación de los automóviles en el ámbito geográfico de la urbe, ha de ser cuidadosamente estudiado (e incluso retocado en la práctica) de tal forma que facilite el rápido desplazamiento a todos los puntos de la zona que cada vehículo tenga asignada, y sea factible la rápida asistencia.

La cantidad de automóviles-patrullas ha de variar según la estructura de la población, sus líneas de comunicación, distancias máximas (en Km. y en tiempo) y su densidad de tránsito.

Por otra parte, la densidad de solicitudes de asistencia que recibe el Centro Directivo es muy distinta según un claro ritmo horario (p.e.e., máxima a la finalización de partidos de fútbol interesantes televisados, y mínima durante la transmisión del mismo).

./.



Estos datos son muy similares en todos los países, pero presentan variantes locales que habrá que considerar e incluso retocar con la práctica.

Menos de insistir en que un servicio de este tipo debe abarcar la totalidad del ámbito geográfico de la población (o de varias si sus límites son confluentes). Por ello, recalcaremos la necesidad de coordinar y concertar con organismos que tienen necesidades asistenciales similares. Esto rebaja costos y aumenta la eficacia, y desde el punto de vista médico es igual una fractura de fémur ocurrida en el trabajo, o en el propio domicilio, p.e.

Es evidente que un servicio de este tipo sólo estará justificado en urbes de suficiente cuantía, o cuando están próximas. Pero sería imposible y anti-económico generalizarlas a las pequeñas.

Por otra parte, en las pequeñas ciudades todo el mundo se conoce, y son menores las distancias, y el número de urgencias (al ser menor la población). Entonces, la asistencia de urgencia puede quedar encomendada al propio médico de familia, o pediatra, que podrían turnarse, si hubiese número suficiente, (y percibiendo por ello una remuneración complementaria adecuada). Y en este sentido hemos de recalcar que si se zonifican los médicos de familia y pediatras, su labor de asistencia -normal, y de urgencia- quedará -facilitada, ya que el ámbito geográfico estaría entonces significativamente reducido.-