



Asociación Costarricense de Hospitales

MEMORIA
DEL
CUARTO CONGRESO
NACIONAL DE HOSPITALES

14 - 15 Y 16 DE JULIO

1960

San José - Costa Rica

I N D I C E

	<u>PAGINA</u>
INVOCACION DEL SEÑOR ARZOBISPO DE SAN JOSE, MONSEÑOR CARLOS H. RODRIGUEZ QUIROS	1
DISCURSO DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION COSTARRI- CENSE DE HOSPITALES, DR. JUAN GUILLERMO ORTIZ GUIER	4
DISCURSO OFICIAL DE APERTURA PRONUNCIADO POR EL SE- ÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, LIC. MARIO ECHANDI JIMENEZ	6
ANALISIS DE LAS CONCLUSIONES DE LOS TRES CONGRESOS- ANTERIORES POR EL SEÑOR OSCAR VARGAS BELLO.....	8
ANALISIS DE LAS CONCLUSIONES DE LOS TRES CONGRESOS- ANTERIORES POR EL SEÑOR JAIME BARRANTES BERMUDEZ ..	13
 GOBIERNO HOSPITALARIO	
 Lic. Antonio Arroyo Alfaro. Presidente Junta Protección Social de Alajuela	 18
Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier. Director Hos- pital "Carlos Luis Valverde Vega", San Ramón .	23
Sr. Jorge Esquivel Villalobos. Supervisor de Administración Hospitalaria. Consejo Técnico de Asistencia	28
Dr. José Enrique Sotela Montagné. Ex-Director de Asistencia	31
Mr. Joseph J. Doney. Consultor Hospitalario - Punto IV	35
 PROYECTO DE LEY DE PERSONAL HOSPITALARIO	
 Lic. Antonio Arroyo Alfaro, Presidente Junta - Protección Social de Alajuela y Sr. Alfredo Orozco Solano, Administrador Hospital San Ra- fael de Alajuela.	
 CAPITULO I Disposiciones Generales	 40
CAPITULO II Del Ingreso al Servicio Hospi- talarío	41
CAPITULO III De la Selección de Personal...	42

	<u>PAGINA</u>
CAPITULO IV De la Clasificación de Empleos	44
CAPITULO V De los Derechos del Personal.	44
CAPITULO VI Obligaciones del Personal ...	46
CAPITULO VII Sanciones Disciplinarias	48
CAPITULO VIII De la evaluación del personal	51
CAPITULO IX De los ascensos y estímulos..	52
CAPITULO X Clasificación y valoración de puestos	53
CAPITULO XI Otros beneficios sociales....	54
CAPITULO XII Del estímulo a las Asociaciones	55

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

<u>Evolución de las obligaciones del Estado para con el enfermo institucional. Sr. Arturo Arias Jiménez, Auditor del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social</u>	56
<u>El enfermo, como ente afectado por la dolencia física. Dr. Edgar Chaverri Escalante, Director Hospital de Grecia</u>	65
<u>Dr. Lenín Sáenz Jiménez, Primer Médico Asistente Sanatorio Carlos Durán</u>	76
<u>El Hospital, como instrumento de recuperación del paciente. Sr. Rodolfo Meza Peralta, Jefe Administrativo del Hospital San Rafael de Puntarenas</u>	85
<u>Situación Económica Real de los Hospitales. Sr. Arturo Arias Jiménez, Auditor del Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social</u>	89

RECOMENDACIONES, ACUERDOS Y VOTOS

Sobre comisión de Gobierno Hospitalario	98
Sobre comisión de Ley de Personal Hospitalario	100
Sobre comisión de Situación Económica de los Hospitales	101

	<u>PAGINA</u>
Votos	102
PALABRAS DEL DR. JUAN GUILLERMO ORTIZ GUIER, Presidente de la Asociación Costarricense de Hospitales.	104
DISCURSO DE CLAUSURA. Dr. José Manuel Quirce Morales, Ministro de Salubridad Pública	106
NOMINA DE PERSONAL DE LA SECRETARIA GENERAL	112

PROGRAMA DEL
CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

TEMARIO:

- I. Inauguración Oficial
- II. Análisis Conclusiones Congresos Anteriores
- III. Gobierno Hospitalario
- IV. Proyecto Ley Personal Hospitalario
- V. Situación Económica de los Hospitales
- VI. Informe de Comisiones - Clausura

ASAMBLEA ORDINARIA DE LA ASOCIACION

TEMARIO:

- I. Ratificación de los acuerdos del IV Congreso
- II. Informes de Labores
- III. Plan de Subsidios y Mutualidad
- IV. Elección Nuevos Miembros Directiva
- V. Recepción y Baile

14 - 15 y 16 de Julio de 1960
San José - Costa Rica

COMITE ORGANIZADOR

FINANZAS

Dr. José Enrique Sotela Montagné
Sr. Arturo Arias Jiménez

PROGRAMA

Dr. Juan Gmo. Ortiz Guier.
Dr. Fernando.A. Quirós Madrigal.
Sr. Joseph J. Doney.
Enf. Srta. Angela Roses Comellas.
Sr. Arnulfo Carmona Benavides.

PUBLICIDAD

Sra. Mercedes Mejía Rojas.
Sr. German Sojo Arias.
Sra. Rosario de Hazera.
Sr. Gordon Houser.

RECEPCION Y RESTEJOS

Sr. Oscar Vargas Bello.
Sr. Alfredo Orozco Solano.
Sr. Carlos Luis Jiménez Maffio.
Srta. Estelia Marín Murillo.
Sra. Margarita Salazar M.

SECRETARIO GENERAL

Lic. Jaime Barrantes Bermúdez.

PRESIDENTES HONORARIOS DE LA ASOCIACION

COSTARRICENSE DE HOSPITALES:

- Dr. Máximo TERAN VALLS. Ex-Ministro de Salubridad Pública de Costa Rica.-
- Dr. Antonio PEÑA CHAVARRIA. Director General del Hospital San Juan de Dios.-
- Dr. Raúl BLANCO CERVANTES. Director de la Lucha Antituberculosa de Costa Rica.
- Dr. Carlos SAENZ HERRERA. Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.-
- Dr. Fernando ESCALANTE PRADILLA. Ex-Director General de Asistencia Médico Social de Costa Rica.-
- Ing. Charles S. PINEO. Director del Servicio Cooperativo Inter-Americano de Salubridad Pública en Costa Rica.
- Sr. Gordon A. FRIESEN. Presidente de la Firma Gordon A. Friesen Asociados. Consultores Hospitalarios.-

JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACION COSTARRICENSE DE HOSPITALES

1959 - 1960

Presidente Efectivo:

Dr. Juan Gmo. Ortíz Guier.

Presidente Electo:

Dr. Máximo Terán Valls.

Ex-Presidente:

Dr. Carlos Arrea B.

Tesorero:

Sr. Arturo Arias Jiménez.

Secretario:

Sr. Arnulfo Carmona Benavides.

Fiscal:

Dr. Noé Conejo Solís.

Primer Vocal:

Sr. Alfredo Orozco Solano.

Segundo Vocal:

Sr. Mario Rodríguez Urpí.

Tercer Vocal:

Srta. Margarita Umaña Montero.

Primer Suplente:

Sr. Carlos Luis Jiménez M.

Segundo Suplente:

Sra. Mercedes Mejía Rojas.

Tercer Suplente:

Sra. Estelia Marín M.

C O N F E R E N C I S T A S

GOBIERNO HOSPITALARIO

1. Lic. Antonio Arroyo Alfaro.
2. Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier.
3. Don Jorge Esquivel Villalobos.
4. Dr. José Enrique Sotela Montagné.
5. Cons. Joseph J. Doney.

PROYECTO DE LEY PERSONAL HOSPITALARIO

1. Lic. Antonio Arroyo Alfaro.
2. Don Alfredo Orozco Solano.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

1. Don Arturo Arias Jiménez.
2. Dr. Lenín Sáenz Jiménez.
3. Dr. Edgar Chaverrí Escalante.
4. Sr. Rodolfo Meza Peralta.

PRESIDENTES DE SESIONES

SESION DE INAUGURACION

Dr. José Ml. Quirce Morales.
Dr. Juan Gmo. Ortíz Guier.

SESION: GOBIERNO HOSPITALARIO

Dr. Julio César Ovares Arias.
Sr. Rodrigo Valverde Vega.
Dr. Antonio Peña Chavarría.

SESION: PROYECTO DE LEY PERSONAL HOSPITALARIO

Lic. Franklin Solórzano Salas.
Don Andrés Brenes Mata.
Srta. Estelia Marín Murillo.

SESION: SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Dr. Carmelo Calvosa Chacón.
Sr. Alfredo Echandi Jiménez.
Dr. Fernando Trejos Escalante.

SESION PLENARIA - CLAUSURA

Dr. Máximo Terán Valls.
Srta. Angela Roses Comella.
Lic. Rodrigo Fournier Guevara.

INTEGRACION DE LAS COMISIONES DE TRABAJO

GOBIERNO HOSPITALARIO

Presidente: Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier
Relator : Sr. Arnulfo Carmona Benavides

Lic. Antonio Arroyo Alfaro
Dr. José Enrique Sotela Montagne
Don Jorge Esquivel Villalobos
Cons. Joseph J. Doney
Sra. Susana Mora v. de Asís
Dr. Noé Conejo Solís
Sr. Oscar Vargas Bello
Srta. Estelia Marín Murillo
Dr. Julio C. Ovares Arias

LEY PERSONAL HOSPITALARIO

Presidente: Dr. Carlos Sáenz Herrera
Relator : Sr. Alfonso Figuer Gómez

Lic. Antonio Arroyo Alfaro
Sr. Alfredo Orozco Solano
Sra. Juanita Rodríguez González
Sr. Alfonso Figuer Gómez
Sr. Oscar Zamora Sevilla
Sr. Julio Bejarano Murillo
Sr. José J. Coto Moya
Sr. Andrés Brenes Mata
Dr. Carlos Sáenz Herrera

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Presidente: Dr. Lenín Sáenz Jiménez
Relator : Sr. Arnulfo Carmona Benavides

Sr. Arturo Arias Jiménez
Dr. Lenín Sáenz Jiménez
Dr. Edgar Chaverri Escalante
Sr. Rodolfo Meza Peralta
Lic. Luis Ramírez Villalobos
Sr. Ricardo Barquero Hidalgo
Sr. Carlos Paniagua Vargas
Dr. Noé Conejo Solís
Sr. Arnulfo Carmona Benavides
Sr. Carlos Luis Jiménez Maffio

INVOCACION DEL ILMO. Y REVMO. MONSEÑOR CARLOS HUMBERTO RODRIGUEZ QUIROS, ARZOBISPO DE SAN JOSE, CON MOTIVO DEL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES.

Cábeme el distinguido honor de hacer la invocación, al celebrarse el Cuarto Congreso Nacional de Hospitales. Y lo hago en mi calidad de Arzobispo, con suma complacencia. Unas palabras no están por demás para darle contenido interpretativo a esta invocación. A quiéñ hemos de invocar, sino al que hizo al hombre, a Dios!

De todas las obras de la naturaleza, la principal es el hombre, que reúne todas las perfecciones que el Creador ha esparcido en toda la creación. Los griegos le llamaban el "microscopo", porque comprendía todas las maravillas del reino mineral, del reino vegetal, del reino intelectual y del reino puramente espiritual, teniendo el hombre en su organismo, y en su alma, en la materia organizada y en el espíritu, todas las perfecciones que Dios sacó de la nada con su poder omnipotente.

En un Congreso de Hospitales, pensamos necesariamente en el defecto de esta naturaleza. Crea Dios al hombre, y el hombre es sujeto a la enfermedad y a la miseria. Y, la labor que hacen las sociedades organizadas para poner remedio a esas enfermedades y miserias humanas, bajo el aspecto hospitalario, es algo tan grande, que recibiendo la obra de Dios, une lo que se llama el Poder Omnipotente Divino que crea al hombre, y el esfuerzo del hombre por redimirse asimismo, saliendo de tanta miseria y de tanta pobreza, sobre todo, de estas deficiencias de la naturaleza que no pueden venir de Dios y que nos dice la revelación, que vienen de las mismas deficiencias morales del hombre. Por eso, en el siglo veinte, después de tantas centurias del cristianismo y viendo que, en la razón misma del cristianismo, leyendo la vida del Redentor, observamos que tuvo una predilección por las miserias humanas, y que trató de curar y disipar esas miserias con

sus milagros, poniendo remedio a ellas, devolviendo la salud a los hombres, pensamos que, en la obra hospitalaria, no hay nada más que ponga de relieve la unión de todos los esfuerzos del hombre en los órdenes económico, moral, espiritual intelectual y sobrenatural.

Los primeros hospitales de que nos habla la historia, fueron tres. Uno instituido por Fabiola, quien murió en el año 399, a fines del cuarto siglo. El otro por el Obispo de Cesarea, en Capadocia, San Basilio. Después de éstos, siguieron una cantidad de hospitales infundados por la caridad cristiana, que dimana precisamente de ese cuidado que Jesucristo tuvo por poner remedio a todas las miserias humanas, y finalmente, ya como punto de contacto entre las instituciones antiguas y las modernas, el famoso Hospital de Inocencio Tercero en la Edad Media, en Roma, que todavía es una gran institución, el Hospital del Espíritu Santo, en la Ciudad Eterna. Y siempre, a través de los siglos, vamos viendo que la Iglesia hace esfuerzos poderosos para que la caridad, que es el amor sobrenatural, se incline y ponga remedio a las miserias humanas. Ahora, en los días actuales, donde tenemos el desarrollo de la técnica, que ha surgido el desenvolvimiento de la ciencia médica, y que tenemos tantos medios de la abundancia para poder juntarnos y poner remedio a esas miserias humanas, quiero que la Invocación, al iniciarse este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales Nacionales sea, que Dios bendiga la buena voluntad de todos nuestros médicos, de los poderes públicos que tratan también con la erogación económica y con la asistencia médica, al cuerpo de médicos y al cuerpo también de enfermeras, a las religiosas, que representan la acción de la Iglesia con su caridad, con el amor sobrenatural consolando los sufrimientos de los enfermos. Que todos estos actos sean bendecidos por Dios y que, en este Cuarto Congreso, esa bendición acompañe a todos los que en él han de venir a trabajar, despertando en todos ellos esos nobles ideales y poniendo en juego esa caridad sobrenatural que es amor.

PALABRAS DEL DR. JUAN GUILLERMO ORTIZ GUIER, PRESIDENTE DE LA ASOCIACION COSTARRICENSE DE HOSPITALES EN LA INAUGURACION DEL CUARTO CONGRESO DE HOSPITALES.-

Excmo. señor Arzobispo de San José, Señor Presidente de la República, Señor Ministro de Salubridad Pública, Señor Director General de Asistencia Médico Social, Señoras, Señores: Sean estas primeras palabras, para expresar la más calurosa bienvenida a todos los presentes a este máximo evento hospitalario como es la celebración del Cuarto Congreso de estas Instituciones Asistenciales.

Ha correspondido siempre a la Asociación Costarricense de Hospitales, patrocinar la organización de estos Congresos desde su creación, laborando con empeño y dedicación y luchando por mejorar el sistema hospitalario del país, con el objeto de ofrecer una mejor atención a nuestros pacientes. Los anteriores Congresos dejaron hondas enseñanzas y señalaron nuevos derroteros que miraban hacia una constante evolución de mejoramiento; contamos para ese entonces con la colaboración de conferencistas de otras nacionalidades, los cuales sembraron en campo propicio en compañía de los primeros organizadores nacionales y hoy recogemos parte de ese fruto. Este Cuarto Congreso se levanta esencialmente con elementos costarricenses, pues nuestro deseo de superación ha madurado bastante y en esta oportunidad trataremos nuestros propios problemas, con el objeto de analizar y encontrar las soluciones más convenientes para llevarlas a una feliz realización. Esperamos que han de contribuir a tal finalidad todas las entidades y autoridades correspondientes, las últimas haciendo que se dicten las leyes que se estimen necesarias y las otras cooperando con celo y entusiasmo a la fiel realización de todos los proyectos. Con tal objeto hemos invitado especialmente a las entidades y personas presentes y hago ahora un llamamiento a la Prensa Nacional, para que siga prestando su apoyo dando a conocer nuestras inquietudes al pueblo costarricense, pues sin la ayuda de todos y cada uno de nuestros ciudadanos

El amor, es el remedio efectivo de todos los males, porque la técnica da mucho, pero el amor es el que consume; el amor es el que completa y el amor es el que pone el remedio definitivo, porque llega al alma!

Termino, después de exponer estos pensamientos que son los que nos lleva a la caridad del corazón de Cristo, implorando su bendición para todos los presentes y para todas sus actividades durante este Cuarto Congreso.

no podríamos cristalizar esta lucha en pro de la salud. Quienes hemos vivido la organización de este evento, encontramos la más decidida colaboración personal e institucional por lo cual congratulo a unos y otros como participantes en estas actividades de las cuales ha de brotar la luz que llene a cabalidad las necesidades del enfermo hospitalario. Hago votos porque esa claridad que surgirá de vuestras mentes preocupadas por tan nobles problemas se traduzca en hechos efectivos cumpliendo así con la misión del Cuarto Congreso Nacional de Hospitales.

En nombre de la Asociación Costarricense y en el mío propio como Presidente de la misma, quiero expresar nuestro profundo agradecimiento a quienes han contribuido y contribuirán con sus valiosos trabajos, la organización de este evento o su estimable presencia al éxito de estos pocos pero valiosos días de labores.

DISCURSO OFICIAL DE APERTURA DEL EXCMO. SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPUBLICA, LIC. MARIO ECHANDI JIMENEZ, CON MOTIVO DEL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES.-

Debo agradecer en lo más íntimo y en la forma más sincera, la invitación que se me ha hecho para asistir por segunda vez, a un Congreso de Hospitales.

Ustedes saben que, por venir de quien vengo, casi puedo decir que soy parte de un hospital. Mi padre, que llegó a los 65 años, le dió su esfuerzo con cariño inigualable, durante 46 años y medio, a la Junta de Protección Social de San José. Y se dió como un médico, sino en la capacidad, sí en la devoción al Hospital San Juan de Dios.

De ahí vengo, y cuando a mí se me habla de hospitales, elevo mi memoria, elevo mi pensamiento y elevo mi mirar al cielo y le pido inspiración a mi padre, para que desde la posición que hoy ocupo, me dé la luz suficiente para ayudar a los que viven al servicio de la humanidad, llevándole su sabiduría, llevándole su amor, al que viene a ocupar una cama en un hospital.

Al llegar aquí y llevarme a ver una exposición, el Dr. Peña Chavarría me hacía en pocas palabras, el relato de la congoja que hoy se vive, y me hacía referencia a lo que ya es casi una realidad, porque la maduración, el estudio y la realidad, han llevado a unos y otros a una organización única de hospitales del país. No puede el país seguir viviendo, luchando una institución con otra, como si la salud pública tuviera nombre propio de la Caja del Seguro Social, de la Junta de Protección Social o del Ministerio de Salud Pública. Si no se van uniendo los esfuerzos de unos y otros, termina por romperse unos con otros en perjuicio de la salud pública, en perjuicio de ese mismo ciudadano que viene a un **hospital** en busca de su salud perdida.

Los gráficos que me entregaron hablan por sí solos. Mientras la renta de la lotería va subiendo a una suma de 21 millones, desde once, el gasto de hospitales, el gasto de Salubridad Pública, subió de once y medio o doce, a casi los 33 millones. El

Gobierno está en la obligación, no solo porque también hay hombres que ahí piensan en la salud de su pueblo, sino porque la Constitución, en uno y otro artículo, cuando menos en el que habla de los seguros sociales, establece la obligación de parte del Estado, de cooperar en los problemas de salud pública.

El Ministerio lucha por una medicina preventiva. El Hospital ya recibe lo que no pudo preveer el Ministerio de Salubridad Pública. Al Estado le siguen pidiendo y pidiendo, como si fueran inagotables sus recursos económicos. Creo que no es posible, ni por este gobierno, ni por los que siguen, seguir entregando subvenciones y subvenciones, porque no hay de donde tomar. Y, si de este estudio de hoy, y del de mañana y del de los pocos días, que decía el Dr. Ortiz Guier, pueden sacar ustedes conclusiones y unificar servicios, rebajos en el costo mejorando la atención hospitalaria, le habrán hecho un inmenso beneficio no solo a la economía del país, porque habrán ayudado al Gobierno a salir adelante en su obligación de prestar esta ayuda, sino que habrán tomado el problema desde la mano, en la forma más alta.

Realmente, para el Gobierno Central es alentador ver que los que tienen en sus manos con la mayor responsabilidad, la resolución de este problema, se reúnen en este Cuarto Congreso, para buscarle solución. Estoy seguro que el patriotismo, el amor a su profesión, va a orientar los trabajos y las decisiones en beneficio de todos.

Al agradecer de nuevo la invitación, declaro oficialmente inaugurado el Cuarto Congreso Nacional de Hospitales.

ANALISIS DE LAS CONCLUSIONES DE LOS TRES CONGRESOS ANTERIORES.
DISCURSO PRONUNCIADO POR EL Sr. OSCAR VARGAS BÉLLO.-

Bajo los mejores auspicios se inicia hoy el Cuarto Congreso Nacional de Hospitales. Recién termina el solemne acto inaugural en que el señor Presidente de la República tuvo a su cargo la apertura oficial de este evento y su Excelencia Reverendísima, Monseñor Carlos Humberto Rodríguez Quirós, invocó del Supremo Hacedor, otorgar luz e inspiración a los que aquí reunidos unificamos esfuerzos para buscar solución satisfactoria a los problemas relacionados con el Sistema Hospitalario Nacional, que figuran en la agenda del Congreso.

Preside esta primera jornada el señor Ministro de Salubridad Pública, Dr. José Manuel Quirce y, aunque le sabemos plenamente identificado con nuestras inquietudes todas, antes de entrar a referirme a la parte del tema que me corresponde, me permito formular respetuosa instancia para que continúe brindándonos su valiosa ayuda en el afán que nos ocupa, entre otros, de encontrar la fórmula que permita llevar a nuestros Hospitales a la condición en que todos anhelamos verles colocados, terminando con la situación de angustia económica que se ha venido agravando conforme amplían y mejoran servicios e instalaciones, sin que aumenten proporcionalmente sus ingresos.

Es por esta preocupación compartida por todos los que, en una u otra forma, tenemos relación con ellos que a diferencia de los tres Congresos anteriormente celebrados y sin subestimar su importancia, al elaborar el programa del que aquí nos reúne se prescindió de la participación de conferencistas, para dedicarlo al análisis de tres temas que por su indiscutible importancia, colmarán de asistentes este anfiteatro durante las jonadas restantes.

Miembros de las Juntas de Protección Social, Directores, Administradores y Funcionarios del Sistema Hospitalario, se encuentran entre los distinguidos expositores que tendrán a su cargo esos temas y habiéndoles visto robarle muchas horas al descanso

durante muchas noches para dedicarlas al ímprobo trabajo que significa su preparación, quiero desde ahora proponer que al elaborar la reseña correspondiente conste en ella el voto de reconocimiento a que son acreedores.

Procede referirse a la tarea realizada en los tres Congresos anteriores y lo haré brevemente para no restar tiempo al Lic. Jaime Barrantes, quien la enfocará con mayor amplitud.

Primer Congreso:

En el acuerdo VII de la sesión celebrada el 24 de Octubre de 1956 por el Comité del Programa de Coordinación Hospitalaria consta la autorización otorgada a la firma "Gordon A. Friesen Asociados" para disponer la celebración del primer Congreso Nacional de Hospitales, que se verificó el 10 de noviembre de ese año en el edificio del Hospital Nacional para Tuberculosis.

Como parte del programa se celebraron dos Seminarios a saber: Coordinación Hospitalaria y Enfermería.

Segundo Congreso:

Durante los días 21 y 22 de junio de 1957, auspiciado por la Dirección General de Asistencia Médico-Social, tuvo lugar el Segundo Congreso Nacional de Hospitales y al Dr. Carlos Arrea Baixench corresponde la mayor parte del éxito alcanzado en esa oportunidad.

Temas de indiscutible importancia fueron objeto de atención y así se desarrollaron los relacionados con funciones Educativas en el Hospital, Organización de Hospitales, Funciones del Servicio de Enfermería, Organización del Cuerpo Médico y Centralización de Servicios.

Afortunado remate de este Congreso debe considerarse la integración de la Primera Directiva de la Asociación Costarricense de Hospitales, que viera la luz con ese evento, y que al cumplir tres años de existencia ha crecido, fortaleciéndose en forma constante, hasta llegar a ocupar puesto de primera línea en las actividades que nos son propias. La novel Organización tiene a su

haber una espléndida hoja de servicios en beneficio de las Instituciones y del empleado hospitalario. A su cargo ha estado la organización de los dos últimos Congresos, éste inclusive, y es digna de que todos procuremos su engrandecimiento allegando el mayor número posible de asociados, ofreciéndole sin tasa el apoyo que requiere.

Tercer Congreso:

Como queda dicho, correspondió a la Asociación Costarricense de Hospitales realizar el Tercer Congreso que se celebró del 24 al 27 de julio de 1958 en este mismo sitio.

Nuevamente asuntos de mucho interés ocupan el temario correspondiente y se trata sobre Coordinación de Servicios de Salud, Organización y Funcionamiento del Servicio de Enfermería, Juntas de Gobierno, Organización del Cuerpo Médico y Servicio Social.

A mediados del año pasado debió celebrarse el Cuarto Congreso Nacional de Hospitales, que no llegó a verificarse por circunstancias especiales. Se consideró la posibilidad de efectuar un Congreso Centroamericano, que debió desecharse. En su lugar la Asociación promovió un certamen para elegir una Reina de Simpatía del Sistema Hospitalario, como forma de recaudar fondos para impulsar la obra apenas iniciada de un Hogar para Rehabilitación de Niños Poliomiélicos.

Llegamos así al Congreso que hoy se inicia, del que esperamos los mejores y positivos resultados.

Seguidamente el Lic. Barrantes tendrá a su cargo el análisis de las conclusiones de los Congresos anteriores. Conoceremos entonces, en detalle, todas y cada una de las que se acordaron, podremos saber concretamente cuáles de ellas pasaron al campo de las realizaciones y cuáles en cambio continúan siendo letra muerta en las reseñas.

Finalizada su exposición y abierta la oportunidad a los comentarios, procede que analicemos las causas que pueden haber dado lugar a que no se ejecuten las disposiciones. Mucho di-

nero y el consecuente esfuerzo significa la celebración de un Congreso de este tipo para que algunas o muchas conclusiones duerman con las Memorias correspondientes en los archivos de las Instituciones.

Básica importancia tienen las deliberaciones de este tipo en que pueden ser objeto de discusión el análisis y revisión de sistemas de trabajo, normas y pautas de organización, elaboración de planes y proyectos y en las que tienen cabida tantos otros asuntos que deben hacernos pensar en la necesidad de procurar la aplicación efectiva de los acuerdos y conclusiones.

A falta de una Secretaría Permanente debe considerarse la posibilidad de que las recomendaciones del Congreso -que deben limitarse a la medida lógica de las posibilidades- sean acogidas por la Asociación Costarricense de Hospitales, que constituye el organismo específico que en colaboración con las dependencias oficiales pueden inducir al mejoramiento de las Instituciones.

Recogidas por la Asociación corresponderá este a un nuevo estudio antes de prodeder a finalizarlas hacia el rumbo correspondiente, sea éste la Caja Costarricense de Seguro Social o la Dirección General de Asistencia Médico Social con el fin de que una y otra determinen las posibilidades de aplicación, que las más de las veces encontrarán el escollo insalvable de la limitación y recursos, que constituye en muchos casos la razón que invalida acuerdos y conclusiones.

Debemos considerar que al Titular del Ministerio de Salubridad Pública corresponde la dirección de los problemas atinentes a la Salud Pública y al conocimiento del señor Ministro llegarán oportunamente las recomendaciones y acuerdos en procura del respaldo que requieren. Afortunadamente repito, nuestras preocupaciones son compartidas por el Dr. Quirce que una vez formado juicio sobre los asuntos que se sometan a su resolución, si así fuere necesario, los elevará a conocimiento del Consejo de Gobierno

para llegar más tarde a la Asamblea Legislativa si ésta debe legislar al respecto.

Los asuntos que absorberán la atención de este Congreso me han hecho referirme a la situación presente al terminar con la forma general en que deben conducirse las situaciones que nos afectan y que puede conducir a dar efectividad a las conclusiones.

Ofrecí ser breve y no quiero extenderme para dar lugar al Lic. Barrantes y no retardar su interesante exposición y los comentarios subsiguientes.

ANÁLISIS DE LAS CONCLUSIONES DE LOS TRES CONGRESOS ANTERIORES.
DISCURSO PRONUNCIADO POR EL LIC. JAIME BARRANTES BERMUDEZ.-

Con motivo de la distinción recaída en mi persona, para analizar y comentar las resoluciones de los tres anteriores congresos hospitalarios y cuyo cuarto evento inauguramos solemnemente esta mañana, me hace pensar, en lo tocante al examen de la materia, en el papel primordial y en la naturaleza que desempeñan en nuestro medio, las instituciones hospitalarias. En función de los objetivos fundamentales que día a día cumplen y consolidan sus sistemas, es que trataré de llevar adelante la reseña del tema que se me ha encargado.

Cuando en el mes de noviembre de 1956, bajo los auspicios del programa de coordinación Hospitalaria y la colaboración de la firma Gordon A. Friesen Asociados, se celebró el primer congreso de esta naturaleza, renació, así lo calificamos, el supremo interés en pro de las realizaciones de un concierto de inquietudes que han venido y todavía siguen girando, alrededor de los centros asistenciales.

Se habló con propiedad en esa ocasión de que:

1). Había escasez de enfermeras graduadas en Costa Rica y que la distribución de las mismas en los tres turnos era deficiente.

2). Que las líneas de autoridad en materia de enfermería no estaban claras, lo que equivale a admitir, que no existía una reglamentación funcional al respecto, que fuera objeto de aplicación en todos los centros hospitalarios.

3). Que casi no existía la supervisión en el cuidado de enfermería de los centros asistenciales costarricenses, y que la necesidad de lograr ese objetivo, mejoraría ampliamente las funciones que realiza dicho servicio. Y, por último, se estableció que no había en esa oportunidad enfermeras hospitalarias con una preparación en supervisión.

En materia de administración hospitalaria, si bien es cierto que de sus resoluciones y recomendaciones no se desprenden de el enfoque integral de sus objetivos, se llegó a proponer a través del estudio de seminarios, la estandarización de procedimientos estadísticos y contables, así como ciertas sugerencias en materia de gobierno de personal, destacándose la necesidad de descripciones y especificaciones de trabajo primero y evaluación del mismo después, -aparte de desarrollar una escala de promociones y salarios y dedicar más tiempo y atención a los problemas de la organización humana.

Si tomamos en consideración que se trataba de una primera experiencia en ese campo, por llevar a buen éxito la solución de problemas básicos en todo centro hospitalario y si todavía partimos del principio general de que, dondequiera que se cristalicen los esfuerzos, con el sano propósito de alcanzar fines pre-establecidos, tenemos que admitir que los procedimientos y las medidas recomendadas, aún cuando no hubieran llegado todas ellas a la consecución efectiva de los modelos propuestos, significó un progreso que no podemos descartar, porque como dije al principio, despertó en realidad el deseo de colaboración con sentido de grupo, en la solución de los problemas que se presentan a diario en los servicios que el hospital debe suministrar. Y aun cuando es de suma importancia poder analizar, si el tiempo se encargó de valorizar ese esfuerzo colectivo, mediante programas de capacitación, estandarización de procedimientos, adiestramiento preciso en el campo recomendado, etc., etc., es necesario quizá, que pasemos a contemplar, cómo se orientó el Segundo Congreso Nacional de Hospitales, para tener mejores instrumentos de juicio en lo que respecta a nuestro tema.

En el mes de junio de 1957, auspiciado por la Dirección General de Asistencia Médico Social y con el asesoramiento de la firma Gordon A. Friesen Asociados, tuvo celebración el segundo evento de esta naturaleza, siempre inspirado, como manifes-

tación esencial de la preocupación que surge en el campo de la medicina, sea el de la salud y recuperación del paciente, pero con rumbo específico, ya que se trató de organizar el programa, de tal manera que cubriera, a través de conferencias dictadas por eminentes personalidades en la materia, las diferentes etapas de los problemas hospitalarios, desde su iniciación en el estudio del planeamiento y la construcción de un hospital, hasta los delicados problemas de su personal y la prestación eficiente de los servicios especializados. A través de esas conferencias, los esfuerzos se orientaron a resaltar los beneficios que derivan los pacientes de una buena organización hospitalaria, discutiendo con máximo interés los distintos tipos de especializaciones, entre ellos, el institucional, el puramente hospitalario y el médico individual.

Las conclusiones del Segundo Congreso de Hospitales, quizá por la amplitud de los temas enfocados, representan un mosaico de generalidades, que a título de canalizarlo, habría que tocar diferentes organismos, ya que los problemas planteados pueden tener, según su naturaleza, diversas soluciones. La necesidad de coordinar en mejor forma los servicios asistenciales en el país y la importancia que en ese momento despertaba el planeamiento hospitalario coordinado, hizo posible esa gama de disposiciones, más de tipo general, que de estímulo a la solución de problemas específicos. Para dar una visión más objetiva de lo dicho anteriormente, examinemos rápidamente los siete puntos principales de las recomendaciones finales.

1. Considerar al paciente como principal elemento del hospital.
2. Conceder la debida importancia al planeamiento hospitalario coordinado.
3. Elevar el nivel económico y cultural de las enfermeras.

4. Necesidad de una mejor distribución del cuerpo médico.
5. Revisión de los reglamentos de las instituciones hospitalarias.
6. Establecimientos de:
 - a) Coordinación de facilidades de farmacia, lavandería y otros;
 - b) Plan de mantenimiento preventivo;
 - c) Implantación de un formulario único para los hospitales; y
7. Aumentar la educación en servicio de los hospitales con algunas sugerencias concretas en este campo.

Durante los últimos días de julio de 1958, y bajo los auspicios de la Asociación Costarricense de Hospitales, organismo que vió su luz, como inquietud del primer evento, tuvo verificación el Tercer Congreso Nacional. Las experiencias de los dos anteriores congresos, hizo posible una mejor orientación de sus finalidades, ya que se enfocaron problemas básicos en esos centros y en cuya discusión se refleja por primera vez la participación activa de las autoridades médicas y administrativas del sistema hospitalario nacional.

Fue así como sus miembros, basados en el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud, de que la salud del hombre debe atenderse en forma integral, expresaron que la independencia funcional de los servicios preventivos, curativos y de bienestar social, no sólo resulta antieconómico, sino que por razones obvias, limita su eficacia, recomendando la re-estructuración del comité de coordinación de programas hospitalarios, a fin de darle fundamento legal, que garantizara su autonomía e independencia de acción, y, además, incluir gradualmente en esa coordinación, organismos relacionados con actividades sociales y económicas para una verdadera integración de servicios de salud de la comunidad.

Es justo manifestar que con el mismo entusiasmo que ha venido caracterizando el estudio de otros temas, también se pasó revista a la organización y funcionamiento de los servicios de enfermería, la integración de las juntas de gobierno de las instituciones hospitalarias y la financiación de los servicios médico-asistenciales, pero es importante destacar, la declaración de principios acordada por el tercer congreso nacional de hospitales, porque a través de sus postulados, se refleja el acervo de experiencia y de entusiasmo por estudiar y resolver los problemas que giran alrededor de cada hospital.

Haciendo una breve reseña de la dinámica que caracterizan estas actividades y que ya tienen calidad de imperativo en nuestro medio, tenemos que admitir con gran satisfacción el progreso alcanzado. Ojalá que esa experiencia de muchos no se pierda por el desconocimiento y la indiferencia de pocos. Concluyendo puedo decir que algunas de las recomendaciones han llegado a feliz término, otras no. Las razones son obvias, porque todos pertenecemos a una misma familia y nos conocemos bastante bien.

En lo que sí debemos insistir es, que en esa mezcla de tradición institucional, tan llena de filones espirituales, más los conocimientos propios que podemos aportar para la solución de los problemas, que como común denominador nos preocupan, perduren siempre en nuestros corazones para bien de los propósitos, que hoy, una vez más, nos tiene aquí reunidos.

GOBIERNO HOSPITALARIO

Lic. Antonio Arroyo Alfaro
Presidente Junta Protección
Social de Alajuela.-

El tema referente al gobierno de los hospitales tiene una importancia práctica muy grande y merece que sea objeto de una exposición sistematizada por los verdaderos entendidos en este asunto y divulgado ampliamente entre todas las personas que laboran en los hospitales. Este comentario sin valor solo persigue comunicar algunas inquietudes que han sido sugeridas por el tiempo en que he estado vinculado a la administración de un hospital de Provincia, conociendo con interés y buena voluntad sus problemas.

Aunque es verdad que la falta de medios económicos es problema casi generalizado y crónico de toda institución del estado, al menos entre nosotros, en el caso concreto de los hospitales puede considerarse como uno de los problemas más importantes. El costo de operación es alto aun cuando si se le mira en detalle puede no serlo. Requiere un centro de estos, mucho personal; mucho equipo y accesorios; y sostener un gasto fuerte en medicinas y alimentación. El monto de estos gastos tiende a aumentar año con año por muchas razones, entre otras porque periódicamente se ofrecen nuevos equipos, porque el costo de los medicamentos sube, porque también los salarios aumentan.

La urgencia de medios económicos proviene del hecho indiscutible de que no puede atenderse a medias un servicio de esta naturaleza. Porque si nosotros deseamos contar con algo bueno completo y eficiente, debemos pagarlo en su valor.

Una de las recomendaciones o acuerdos que convendría se tomara en este Congreso de Hospitales podría versar sobre este problema económico que atañe a todos los interesados en la cuestión hospitalaria y que interesa a todo el país. Ese acuerdo puede consistir en dar apoyo a todo proyecto e iniciativa que tienda a mejorar o a resolver los problemas económicos del sistema hospitalario.

Tanto las asociaciones gremiales hospitalarias como las Juntas de Protección Social, y en general, quienes están interesados en la buena marcha

GOBIERNO HOSPITALARIO

I PARTE

Consideraciones legales sobre Gobierno Hospitalario.

Lic. Antonio Arroyo Alfaro, Presidente Junta de Protección Social de Alajuela.

II PARTE

Algunos aspectos de la Dirección Médica en el Gobierno Hospitalario.

Dr. Juan Guillermo Ortíz Guier, Director Hospital "Carlos Luis Valverde Vega", San Ramón

III PARTE

Administración de Hospitales.

Sr. Jorge Esquivel Villalobos, Supervisor de Administración Hospitalaria, Consejo Técnico de Asistencia.

IV PARTE

Relaciones y problemas de las Juntas de Protección Social, con la Dirección General de Asistencia.

Dr. José Enrique Sotela Montagné, Ex-Director General de Asistencia.

V PARTE

Consideraciones Generales.

Sr. Joseph J. Doney, Consultor Hospitalario, Punto IV.

del sistema, tienen enfrente un problema importante a resolver, cual es, el de convencer tanto a la opinión pública como a los funcionarios encargados de la cuestión hacendaria en el país, de la urgente necesidad de resolver los problemas económicos de estos centros que tienen que ver con la salud de los ciudadanos. A ellos hay que hacerles evidente que en la jerarquica de las necesidades públicas, la referente a la salud debe ocupar toda preferencia. Y que la solución de esos problemas o la mejora de los servicios hospitalarios que va en bien de todos nosotros, requiere como inicio fundamental el de conceder más disponibilidades a los organismos médico asistenciales.

A cambio de esa petición debe ofrecerse a la vez que estos dineros se emplearán con economía e inteligencia en lograr mayor eficiencia al más bajo costo posible. En este aspecto debe insistirse desde un principio no solo porque así debe ser, sino porque conviene que se sepa que se procura hacer lo mejor posible.

Nuestra junta de Alajuela sugirió el año pasado el establecimiento provisional de un seguro bipartita a cargo únicamente de patronos y obreros pero de aplicación inmediata, como un medio de poner sobre todos los ciudadanos el costo de operación de los hospitales sobre el mismo sistema de seguro de enfermedad con caracter de general y obligatorio. Y en estos últimos meses tanto el director como el administrador de nuestro hospital, han venido trabajando en una comisión preocupada por conseguir más ingresos para los hospitales. Pero aprovechando la oportunidad que da este Congreso para congregar a todas las personas interesadas en esta clase de problemas, es bueno insistir en este asunto para hacer ver que la solución que se indique como la más conveniente, para que triunfe necesita el apoyo decidido de todos, pues si algo se dificulta en el país es lo referente a la adquisición de medios económicos. Para mí, lo más importante es convencer al país de lo mucho que le conviene que los hospitales estén bien financiados.

El hospital es un centro de servicios a la disposición de la salud y la vida de todos los ciudadanos. Un buen edificio y un equipo completo, no bastan para curar, sino que evidentemente, es el servicio que realiza el personal el que resulta decisivo en la eficiencia de un centro de salud.

En esto hay otro problema de muchísima importancia para este Congreso, que conviene tenga su solución. Por eso mismo quizás, los organizadores de este evento decidieron incluir como tema el referente a la ley de personal del sistema hospitalario. Si pudiera resumirse la solución de este problema para fijarse una meta o plan de trabajo, me parece que todo debe reducirse a pedir una mejora de la situación del empleado hospitalario, para poder exigir a cambio de ella, una selección cuidadosa del personal y una eficiencia muy grande en el servicio.

Como es obligatorio incluir dentro del sistema del servicio civil a todo el personal hospitalario, se ha sugerido hacer la selección a base de idoneidad y competencia, poniendo como organismo asesor de la dirección del servicio civil a un comité de personal que conviene esté integrado por persona vinculadas y conocedoras de las cuestiones hospitalarias. La selección del personal puede ser tanto más cuidadosa y provechosa cuanto más beneficios se concedan a los empleados hospitalarios. Debe llegarse al convencimiento de que conviene mucho dar más jerarquía al servidor de los hospitales que a los demás, como medio necesario de poder seleccionar mejor el personal. La cuestión referente a los sueldos debe resolverse recomendando un aumento justo en los mismos y acompañarlo con un sistema de estímulos y beneficios a fin de que el servidor se encuentre satisfecho y bien dispuesto a laborar. En lo personal, desde luego hay que exigir al servidor, capacidad, preparación, espíritu de servicio, abnegación, responsabilidad y buenas costumbres.

Sería muy bueno que no solo se exigieran conocimientos al ingresar al puesto sino que a la vez se estableciera como obligatorio para todo servidor el estar recibiendo o haciendo estudios y cursos sistemáticos.

Una buena manera de lograr tal propósito podría ser la de que Asistencia, en San José creara un departamento encargado de preparar y dirigir cursos por correspondencia, que fueran a su vez, dirigidos en cada centro de trabajo por personal idóneo. El resultado obtenido en estos cursos podría servir como una de las bases para recomendar aumentos de sueldos y ascensos, pues parece que sería de mucha conveniencia el estar haciendo calificación de los servicios de los servidores como una manera de estimular su esfuerzo y competencia.

Las Juntas de Protección Social que tienen a su cargo la responsabilidad de la administración, se encuentran limitadas por el poco tiempo, relativamente hablando que tienen para dedicar a estos asuntos y por la limitación de conocimientos médicos. Pareciera que la mejor manera de suplir esas deficiencias en beneficio de los servicios, consiste en ampliar el radio de acción y la actividad del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y de la Dirección General de Asistencia. Eso conviene también porque podría hacerse adelantar más a todos los hospitales de una manera más eficiente y uniforme, en varios aspectos. Por ejemplo:

La cuestión de selección de personal, evaluación de servicios, clasificación de puestos, recomendación de ascensos, control del expediente personal, imposición de medidas disciplinarias, podría ser muy bien manejado por un departamento de personal centralizado que maneje la cuestión de toda la República.

El difícil problema de fijación de sueldos que requiere tener un conocimiento exacto de la labor encargada a cada servidor; de su trabajo, habilidad, responsabilidad, y riesgo; de su eficiencia y esfuerzo podría ser dirigido por un organismo centralizado, también. Las Juntas de Protección como encargadas de dirigir la administración tendrían en esos departamentos unos organismos asesores, y ellas, las Juntas, vendrían a ser en última instancia quienes resuelven con base en las recomendaciones de esos departamentos.

El hecho de que lo referente a personal se maneje desde una oficina centralizada, apareja muchas ventajas. La creación del expediente personal, permite un conocimiento exacto de los antecedentes del servidor para efectos de un ascenso o estímulo más justo. Da oportunidad de conseguir mejor personal para todos los hospitales porque podría servir a manera de bolsa de trabajo indicando qué personas puede ser recomendadas para un ascenso. La calificación de servicios hecha periódicamente a base de criterio técnico, ha de servir para ajustar los aumentos de sueldos y la concesión de otros beneficios y estímulos a un aumento en la eficiencia y en el esfuerzo del servidor. Se lograría de esa manera hacer corresponder el aumento del sueldo a un aumento de beneficio para el hospital.

Esas posibilidades de mejora pueden llevarse a cabo de manera más fácil y con mejores resultados como antes dije, si una oficina centralizada

es la que lleva a cabo esas tareas. Y las Juntas mismas en su actividad diaria, sienten por eso mismo la necesidad de que el Consejo Técnico y la Dirección de Asistencia sean fortalecidas para que tome a su cargo esa tarea. Nos parece necesario que el adelanto se logre de manera uniforme en todos los hospitales a la vez.

Para terminar solo me queda enviar una felicitación muy sincera a quienes han organizado este Congreso y expresar mi agradecimiento por habernos dado la oportunidad de comunicar algunas de nuestras inquietudes.

GOBIERNO HOSPITALARIO

Dr. Juan Guillermo Ortiz
Guier: Director Hospital
Carlos Luis Valverde Vega
San Ramón.-

El tema es muy amplio para ser tratado en una forma completa en una sesión con tiempo limitado; por lo tanto hemos escogido tres aspectos del mismo, que consideramos de vital importancia, por la serie de problemas que en nuestro medio presentan.

Siendo en nuestro país el Poder Ejecutivo quien hace los nombramientos de los señores miembros de la Junta de Protección Social, a través de la Dirección General de Asistencia Médico Social, en la mayoría de los hospitales del país donde no existe Patronato, consideramos de vital importancia que sea oído el parecer del Director del Hospital en la citada Dirección General, para que las personas que sean escogidas reúnan los requisitos indispensables, para ser un buen miembro de Junta, como los siguientes:

Que haya representación de las diversas secciones o aspectos e intereses de la comunidad.

Que sean personas de muchos y variados intereses vocacionales.

Que sean gentes de gran conciencia de las costumbres y demandas de la comunidad.

Que hayan demostrado lealtad, valor de convicciones y sobre todas las cosas, voluntad de servir a sus semejantes.

En fin que sean personas, que como el Sr. Administrador estadounidense Leonard J. Zimet, expresara en el Congreso pasado, de una integridad indiscutible y honrados, pero al mismo tiempo con gran conocimiento de las necesidades de salud de la comunidad y con gran deseo de colaborar con las entidades técnicas del hospital, escuchando y dándoles el lugar a aquellas personas o departamentos que tengan el conocimiento científico que los acredita.

Así pues, la Dirección General de Asistencia, asesorada por el Director hospitalario que conoce mejor el ambiente local, por vivir en él, debe ser uno de los principales medios, de información, oígame bien, de información para la integración de Juntas de Protección Social.

Por lo tanto consideramos que debe asistir a todas las reuniones de la misma, con voz, aunque no tenga derecho a voto, pues toda resolución de

la Junta Directiva repercutirá en la organización del hospital que él dirige. Debe cuidar el Médico Director de que no haya interferencias a su autoridad delegada, lo cual vendría en detrimento de las operaciones diarias del hospital. Al mismo tiempo debe mantener informada a la Junta, de la labor realizada, de la organización presente y de los planeamientos para el futuro de todos los departamentos del mismo.

Es conveniente también, que la Dirección ayude a la Junta, para que ésta planeé las normas y política a llevar, bien asesorada a través no solamente de ella, sino también de los comités que tenga el hospital en diversos aspectos, tales como el de credenciales médicas, etc., y por medio de los Consejos Técnico y Administrativo.

Consideramos obligación del Director, para mantener sus buenas relaciones con la Junta, suministrar literatura educativa sobre nuevas ideas de funcionamiento de éstas, tales como trabajos realizados en el país o fuera de él. En pocas palabras, podríamos decir que entre más contribuya la Dirección del hospital a ampliar los conocimientos en funciones técnicas de los miembros de la Junta, mejor serán sus relaciones, beneficiando con ello a la institución.

En nuestro medio, muchos de los problemas y divergencias que surgen entre el Director y las Juntas son el resultado de la falta de conocimiento de sus propias funciones, por lo que estamos muy de acuerdo con el Doctor Enrique Sotela Montagné en el hecho de que se elabore un amplio manual que describa las funciones de ambos.

Pensamos que en general, una buena organización hospitalaria, planeada técnicamente, es la mejor base para una buena relación. Y, para que ésta sea mantenida en constante evolución hacia un mejoramiento, es necesario que tanto el Director como la Junta, se mantengan en un proceso educativo en este amplio campo de la conducción de hospitales.

Al respecto sugerimos que se lleven a cabo seminarios o reuniones conjuntas, por lo menos una vez al año, de todos los directores y miembros de Juntas, con carácter obligatorio, con el único objeto de ampliar conocimientos. A este respecto, los congresos de hospitales organizados por la Asociación Costarricense, han contribuido y contribuyen como en el caso presente a tal objeto, pero estas conferencias a que hacemos referencia deben ser planeadas por la Dirección General de Asistencia Médico Social, a quien

en definitiva corresponde resolver cuando se presentan diferencias.

También nos parece conveniente que exista un comité permanente, formado por ejemplo, por dos directores de hospitales y dos miembros de Juntas Directivas, para ayudar en su asesoramiento a la Dirección General de Asistencia en los conflictos gubernamentales que surjen en un hospital y a mantener una organización técnica y funcional para la mejor marcha del Sistema Hospitalario. Este comité se podría reunir con el Director General una vez al mes y conocer con él, los problemas respectivos.

El Consejo Administrativo en nuestros Hospitales, está formado por el Director, la Madre Superiora y el Jefe Administrativo, jugando un papel básico en el gobierno hospitalario. A él llegan todos los problemas de orden administrativo del mismo y es el lugar donde primero se ventilan las necesidades internas, antes de pasar para su aprobación o modificación a la Junta Directiva.

De su buen funcionamiento depende en gran parte la buena marcha del hospital, y de sus actuaciones, las relaciones entre la Dirección Médica y la Junta de Protección Social, pues es el Médico Directo el responsable de que el Consejo se reúna periódicamente. Si no se hace así y en él no se resuelven tales asuntos internos, éstos serán de conocimiento de la Junta, de la comunidad, etc., porque si no hay solución, resulta un caos de quejas constantes de pacientes y personal.

Tiene el deber el Director pues, de escuchar y estudiar los problemas que el Administrador o la Ecónoma planteen, para resolverlos armónicamente. Por lo tanto es fundamental que éste cuida de la armonía y coordinación constante para tener éxito en sus labores.

Es primordial el conocimiento de las funciones asignadas a cada una de estas tres personas y es básico el hecho de que la autoridad delegada en el Administrador y la Ecónoma, sea respetada por el Director, así como a la Dirección también se le respeta.

Cuando no ha habido esta armonía o no conoce cada uno la limitación de sus funciones, hemos visto el fracaso de una organización.

Siendo el Director en nuestro medio, quien coordina la parte administrativa con las diferentes secciones técnicas, como departamento médico, de enfermería, etc., es deber de él, empapado de todos los problemas técnicos, llevar a la administración las necesidades y colaborar con el Administrador,

a través de los jefes de departamento, para que se lleven a cabo felizmente las disposiciones pertinentes hacia un buen funcionamiento de la institución. Con este objeto son convenientes las reuniones con los directores departamentales para conocer sus problemas y solicitar colaboración.

Es de suma importancia que las actas que se levanten de estas sesiones, sean transmitidas cuanto antes a la Junta Directiva y a la Dirección General de Asistencia, con el objeto de mantenerlos informados del movimiento en los diferentes aspectos.

Consideramos que así se contribuye a la buena relación, no solo del Administrador con la Junta, sino también de la Ecónoma con ésta. Los acuerdos que en las sesiones se tomen, deben ser el fiel reflejo de las inquietudes y resoluciones que a diario, en forma dinámica vive el Consejo Administrativo.

Es necesario que éste estudie las experiencias pasadas, los problemas del presente y los planteamientos para el futuro. Con el objeto de progresar diariamente y adquirir nuevos conocimientos, el Director de Hospital debe tratar de que los integrantes del Consejo adquieran nuevas experiencias en la literatura respectiva y contribuyan con su asistencia a las reuniones de Directores y Administradores que con tanto acierto organiza la Dirección General de Asistencia Médico Social.

Es fundamental que quien dirige un Hospital, tenga un estrecho contacto con cada uno de los jefes técnicos, pues a través de ellos y en su autoridad delegada estriba el éxito, siempre y cuando el Director coordine todos los departamentos entre sí. Si no hay coordinación, no hay dirección.

El Cuerpo Médico es uno de los que menos organización tiene, y consideramos como uno de los deberes principales del Director Médico, con el gobierno hospitalario, el procurar una buena organización de éste, fomentando la misma entre sus colegas, para que de ellos mismos nazca escrita una redacción de normas.

Una buena relación del Director con los jefes de servicios tratando de llevar a cabo sus aspiraciones siempre que estén coordinadas con el resto de las actividades del hospital y con la política general del mismo, se traduce en un buen gobierno hospitalario si estos anhelos son llevados a través de las actas del Consejo Técnico, a la Junta Directiva, la cual escuchará la voz del Director para su aprobación final con ese conocimiento

que los miembros directivos hayan adquirido en su deseo de superarse día con día, lo cual debe ser aspiración de todo funcionario que forma parte de una de las instituciones que más valiosos servicios presta a la humanidad, como es un Centro Hospitalario.

GOBIERNO HOSPITALARIO

Sr. Jorge Esquivel Villalobos.
Supervisor de Administración
Hospitalaria, Consejo Técnico
de Asistencia.

Siempre que se habla sobre temas hospitalarios resulta interesante mencionar la **transformación** que han experimentado los hospitales, principalmente en el último medio siglo, en que se han convertido de la "casa de la muerte" como se les llamaba, en una institución que, respondiendo al progreso de la época - además del objetivo de defender, fomentar o restituir la salud de los enfermos - cumple con programas educacionales y de investigación. Tiene suma importancia observar esta evolución porque explica la incorporación dentro del campo hospitalario de los principios de Medicina Preventiva, la Estadística y Auditoría Médicas, Relaciones Públicas, Rehabilitación y Reorientación de los enfermos, el Servicio Social, la Administración y otras nuevas funciones como consecuencia lógica de los amplios fines que la sociedad de nuestros días les ha confiado a los hospitales.

La Administración Hospitalaria tiene ya su campo definido, como una función tendiente a disponer que se presten los mejores servicios dentro de un concepto de estricta economía; economía bien entendida que no puede referirse a restar facilidades o a evadir obligaciones. Es una función encaminada hacia un orden de equilibrio entre las posibilidades financieras de la institución y el empleo de los recursos técnicos y administrativos en forma apropiada para procurar el mayor número de servicios de buena calidad a costo razonable.

La Administración de los Hospitales, al igual que en otra empresa cualquiera, es una función repartida entre la cabeza y sus miembros, cuyos resultados comparten la Junta de Gobierno, la Dirección Médica, la Jefatura Administrativa y todos los demás Servicios, unos con mayor responsabilidad que otros, siendo innegable que todos participen en el éxito o el fracaso.

Organización.-

Como fundamento para una eficiente administración es indispensable una sólida organización, planeada y coordinada, a la cual se le ha fijado de antemano un objetivo y una finalidad.

No es posible pensar en el buen funcionamiento de una máquina cuya estructura es débil y sus engranajes han sido mal colocados. Concluimos,

entonces en que, para obtener buenos resultados de la gestión administrativa, debemos contar primero con buena organización.

Llamamos buena organización al resultado de un proceso por el cual se establece la descentralización de funciones, asignación de los deberes y atribuciones de las diferentes áreas de trabajo debidamente coordinadas, junto a un sistema de jerarquía, producto de la adecuada delegación de autoridad que requiere cada puesto de acuerdo con las responsabilidades a él inherentes.

Gráficamente podemos representar todo el proceso de organización en forma de pirámide, donde el vértice está ocupado por quien tiene a su cargo la dirección del Hospital y la base formada por el conjunto de trabajadores que desempeñan tareas individuales, constituyendo el nivel de menor responsabilidad y el límite de la delegación de autoridad.

Entre la cúspide y la base de esta representación piramidal se encuentran los cargos de jefaturas con sus relaciones colaterales de coordinación, asegurando el uso de los canales regulares de relación vertical entre la Dirección y el último de los empleados o en sentido contrario. Son, por decirlo así, los caminos cuidadosamente trazados para transitar del vértice a la base o en sentido inverso, respetando el orden jerárquico.

Funcionalmente se dice que la autoridad fluye de arriba hacia abajo. Se inicia entonces la delegación de autoridad en la Junta de Gobierno que es donde reside la máxima autoridad; la Junta otorga parte de ella a la Dirección Médica y parte al Administrador y Jefes Departamentales de donde pasa al personal subalterno. No sucede así con la responsabilidad que no se puede delegar ni evadir; cada cargo la tiene asignada de acuerdo con el grado de jerarquía. En este doble mecanismo de delegación de autoridad y asignación de la responsabilidad de cada cargo, debe existir una adecuada correspondencia que resumimos diciendo que no puede haber responsabilidad sin el grado necesario de autoridad.

Los Administradores de nuestros Hospitales.-

En nuestro sistema hospitalario los Administradores o Jefes Administrativos, llamados también en otros países Intendentes, Asistentes del Superintendente, etc., ocupan en la organización un cargo inmediato después del Médico Director en el campo Administrativo, con la responsabilidad de

canalizar a través de su departamento las actividades que se desarrollan en el hospital. Esas actividades son típicamente las que se relacionan con los haberes y propiedades de la institución, finanzas y operaciones contables, mantenimiento del edificio, equipo e instalaciones, comunicaciones, transportes, suministros, disciplina y demás asuntos referentes a las acciones del personal. Es una función amplia y delicada sobre todo cuando se refiere a hacer cumplir las disposiciones en el grupo de los servicios llamados técnicos, porque se interpreta como una ingerencia extraña, cuando en realidad es deber del Administrador mantener estrecho contacto con ellos para mejor coordinación del trabajo.

Durante las visitas que realizamos a los hospitales hemos podido constatar el trastorno que en algunos de ellos ocasiona este problema, hasta llegar a repercutir negativamente en la eficiencia de los servicios que presta. Esta sola razón nos obliga a realizar un breve análisis del problema.

1. La organización existente no se ajusta a los principios anotados en la primera parte de esta exposición.
2. Es posible que exista la necesidad de establecer medios de capacitación para los dirigentes y funcionarios de los hospitales sobre cuestiones de Gobierno y Jefatura Administrativa, para conocer sus propios derechos y deberes.
3. Muy pocos de nuestros Hospitales tienen normas escritas que garanticen que el personal pueda hacer labor de equipo con conocimiento exacto de sus funciones, con clara definición de las líneas de autoridad y coordinación.
4. El Reglamento General de Hospitales vigente, en los capítulos correspondientes a señalar las obligaciones de un grupo de funcionarios, ya resulta inadecuado e inoperante en algunos aspectos.
5. No hay uniformidad para conceder la autoridad necesaria a los funcionarios que ejercen jefatura, para el desempeño de sus cargos. Esta situación varía de acuerdo con el criterio de los directivos de cada Institución.
6. Creemos por otra parte, que aun cuando es fácil reconocer que en estos asuntos juegan papel importante la capacidad y preparación de las personas que tienen responsabilidades de importancia, exis-

te el grave peligro que en el momento en que cambien esas cualidades personales, se carezca de medios que garanticen un sistema uniforme y continuo como sería una reglamentación escrita que, salvaguardando los principios de organización, coordinación y dirección, aseguren la eficiencia de la labor administrativa.

La enumeración que hemos hecho lleva como fin dejarla en manos de la Comisión respectiva de este Congreso para que si lo tiene a bien, formule las conclusiones y recomendaciones que juzgue convenientes.

GOBIERNO HOSPITALARIO

Dr. José E. Sotela Montagné. Ex-director General de Asistencia.

Cuando ocupé el cargo de Director General de Asistencia, tuve oportunidad de intervenir en numerosos problemas atribuibles al actual Sistema de Gobierno Hospitalario. Para conocimiento y provecho de todos ustedes, estimo conveniente relatar en esta oportunidad algunos casos muy significativos.

El capítulo que se me ha encomendado se refiere a las relaciones y problemas entre las Juntas de Protección Social y la Dirección de Asistencia. Analizaré brevemente la importancia que tiene para las Instituciones Hospitalarias las buenas relaciones entre ambos Organismos, para ocuparme luego de los problemas a que he hecho alusión.

Recordarán que el artículo segundo del Reglamento General de Juntas Directivas de Protección Social, establece que éstas serán nombradas por el Poder Ejecutivo OIDO EL PARECER DE LA DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA MEDICO-SOCIAL.

Pues bien; nuestro primer paso al asumir aquella posición, fué el intentar desterrar la política electorera del Sistema Hospitalario Nacional. Quienes tienen a su cargo el manejo de un Centro Asistencial, deben tener en mente sólo una idea: Servir al enfermo lo mejor posible. Pero para que

ello suceda realmente así, es preciso que exista armonía, coordinación y comprensión, entre el personal que labora en la Institución, la Junta de Protección Social y la Dirección General de Asistencia.

Incansablemente nos trasladamos a todos los lugares del país en donde, por haber vencido el período de gobierno para el que fué nombrada, teníamos que reintegrar una nueva Junta de Protección Social. Recomendamos la reelección de quienes habían servido eficientemente, sin detenernos a preguntar por su color político. Procuramos llenar los nuevos cargos con gente interesada en los problemas de salud pública, tomando en cuenta sólomente sus méritos cívicos y no el partido de su simpatía.

Lamentablemente no todas las personas capaces y conocedoras de los problemas médico-asistenciales estaban dispuestas a servir. Frecuentemente obtuvimos la misma respuesta en nuestras giras: No, muchas gracias, ya yo pasé por esas!. Aún resentían las consecuencias de campañas políticas anteriores. Por ello es preciso reconocer el entusiasmo y agradecer el desinterés, de todos aquellos que, abandonando algunas veces sus actividades personales, han venido laborando en beneficio de la colectividad.

No nos detengamos más en este punto. Sólo puedo asegurarles que, si poco queda por hacer, es mucho lo que habrá que realizar para no volver atrás.

Las buenas relaciones, nacidas en parte por las visitas que periódicamente han venido realizando los funcionarios de la Dirección a los hospitales, así como las reuniones de Médicos Directores y Jefes Administrativos, han permitido prever oportunamente una serie de problemas que hubieran afectado el buen Gobierno de los Hospitales.

Pero no todo fue satisfactorio. No siempre las Juntas gobernaron con acierto. Numerosos problemas demuestran que el actual sistema tiene fallas, que es preciso corregir.

Alguna Junta, por ejemplo, impuso su derecho por encima del criterio de la Dirección de Asistencia. Abundaron los argumentos para justificar aquella determinación, pero no por abundantes tuvieron nunca el peso de la razón para que los aceptásemos. Contra lo acordado por el Consejo Técnico de Asistencia Médico-Social, aquella Junta mantuvo en su puesto al Director del Hospital.

Y es que la Ley de Asistencia no le otorga a la Dirección ni al Consejo Técnico adjunto, autoridad suficiente para el desempeño de sus funciones. Le impone la obligación de dirigir técnicamente a las Instituciones del Sistema Hospitalario, pero no la facultad para suspender o remover al personal que, por falta probada de capacidad, puede exponer la buena marcha de la Institución con el consiguiente perjuicio para los habitantes de la localidad.

Efectivamente la Dirección de Asistencia tiene el derecho de objetar, dentro de los diez días siguientes al recibo del Acta, cualquier acuerdo que considere violatorio de las disposiciones legales o reglamentarias, o de las normas que haya dictado el Consejo.

Ese artículo de la Ley permite frenar algunas decisiones que pudieran ser violatorias de las disposiciones administrativas generales; pero en cuanto al nombramiento del personal técnico, como resulta imposible pronosticar la capacidad organizadora de una persona, cuando el tiempo ha permitido hacer un juicio más exacto, el derecho de objeción ya se perdió.

Otras veces la situación fue a la inversa: la Junta no imponía su voluntad, sino que, dejándose llevar por las recomendaciones del Médico Director o del Jefe Administrativo, aprobaba complaciente todo lo que éstos le proponían. Así vimos llegar a nuestro escritorio por ejemplo, solicitudes por instrumental quirúrgico no sólo de un costo fabuloso, sino de ninguna utilidad en el pequeño hospital que las solicitaba.

Es muy frecuente que, por tener cuentas pendientes de pago debido a un sobregiro en la partida presupuestal correspondiente, las Juntas solicitan al Consejo Técnico un auxilio económico a fin de reforzar mediante presupuesto extraordinario la partida agotada. Sin embargo algunas veces destinaban sólo parte de ese auxilio en el propósito mencionado en la solicitud, y el resto era aplicado a otras necesidades del Hospital; que si bien requerían atención, impedían cancelar en su totalidad el crédito establecido dejando por lo tanto sin resolver el problema planteado, pero sobre todo, habiendo burlado el propósito con que el Consejo extendió la ayuda económica.

Y se preguntarán ustedes, cómo es posible esto?. Muy sencillo. No debemos confundir el presupuesto de una Institución con las disponibilida-

des reales de la misma. Los ingresos, no importa su procedencia, van a una caja común de donde se financian los egresos. Y así, frecuentemente vemos que hospitales que tienen en su presupuesto la autorización para adquirir instrumental médico-quirúrgico por ejemplo, por la suma de cien mil colones, no tienen el dinero efectivo para hacer frente a los pagos. Esto puede ocurrir porque las entradas presupuestas pueden no haber ingresado en la forma deseada, o bien estar atrasadas en su recaudación. Lo cierto es que en un momento dado puede existir el permiso para gastar, pero no el dinero para pagar. Y entonces, sin irrespeter los procedimientos legales puesto que se reforzó contablemente la partida sobregirada, el dinero depositado tuvo muchas veces otro destino que aquel que dispuso de buena fé el Consejo Técnico de Asistencia.

El tema que se me ha solicitado exponer se refiere exclusivamente a las Juntas de Protección Social. No me corresponde por lo tanto analizar los problemas que, en su sistema de Gobierno Hospitalario, pueda tener la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para terminar, sólo insistiremos una vez más en lo que tantas veces se ha dicho: Es preciso revisar el Reglamento General de Hospitales, definiendo más claramente los derechos y obligaciones de las Juntas Directivas, del personal técnico, así como de la Institución misma para con la Dirección de Asistencia.

Si el Sistema Hospitalario Nacional no va a sufrir de inmediato, el cambio radical que la reorganización hospitalaria propuesta recientemente acarrearía, sería conveniente fortalecer mediante reforma a la Ley de Asistencia, la autoridad que tiene la Organización que la representa.

GOBIERNO HOSPITALARIO

Joseph J. Doney
Consultor Hospitalario
Punto IV.-

Ha sido un honor y un verdadero privilegio el ser invitado para participar en este Congreso de la Asociación Costarricense de Hospitales, como miembro del grupo que presenta en forma de "panel" el tema sobre gobierno hospitalario. Sinceramente creo que muchas personas dedicadas al campo de la atención médica en Costa Rica deben ser objeto de felicitaciones por el obvio progreso que se realiza en todos los aspectos relativos a los programas de salud.

Como último conferenciante sobre este asunto de Gobierno Hospitalario, intentaré presentar, de la manera más breve posible, un resumen del tema, según ha sido presentado por el "panel", y destacar ciertas esferas que muestran ser problemas, con el fin de someterlas a consideración de comisión.

He estado en vuestro país apenas por lapso de unos pocos meses y recientemente un consultor hospitalario en el Canadá me preguntó "Cuáles cree usted que son las principales diferencias en cuanto a los problemas de manejo aquí y aquellos existentes en América del Norte?". Después de reflexionar un tanto contesté "La principal diferencia es que los problemas aquí son en español en vez de inglés." Las disertaciones que hemos escuchado esta tarde. sirven para hacer resaltar la universalidad de los problemas en manejo de hospitales. Tal vez, en gran parte, esto es resultado de las bases comunes de la tecnología en el cuidado médico que a su vez trae como consecuencia estructuras muy semejantes en el manejo para efectos de implantación de tal tecnología. Así las cosas, uno no se sorprende de encontrar que en Costa Rica este tema tan profundamente significativo se encuentre figurando en nuestra orden del día para esta reunión.

La relación entre Juntas, médicos y ejecutivos de manejo de hospitales nunca ha sido estable y estoica, y no estoy seguro de que lo será. Esta inquietud, este desvelo refleja la complejidad de un hospital - en función, organización y en manejo, y es aquí donde nos abocamos inmediatamente a una de las esferas de problemas, como bien se refirió a ella el señor Esquivel; la de los patrones de organización. Un patrón de organización para manejo tiene solamente un propósito, a saber, el de proveer un mecanismo formal con el fin de alcanzar las metas de la institución - en nuestro caso, - Brindar el mejor cuidado posible a los pacientes. No obstante, en manejo de hospita

les frecuentemente encontramos que hay dos, y no uno solo, patrones de autoridad y organización. El vértice de cada patrón cambia para reflejar el problema y la meta. Existirá una organización de manejo formal para dar solución a problemas generales de un hospital y existe un patrón informal, pero no menos autoritario, con el médico en el vértice para resolver problemas de tratamiento médico. Cómo se puede desarrollar la organización de manera que el manejo y los intereses profesionales estén integrados y en conformidad con las metas aceptadas por la institución?

Cómo se pueden definir los papeles precisos y, hay en realidad una necesidad de definir estos papeles de la Junta, del médico y de la parte de manejo?. Si es así, cómo podemos educar a todos aquéllos a quienes les concierne en cuanto al papel de otros y de sí mismo?.

Es un hecho generalmente aceptado que las Juntas tienen la responsabilidad total y final para cada fase de la operación de los hospitales (estandards o normas, financiación, programas y facilidades físicas, para mencionar las más fundamentales). El grado en que los hospitales contribuyen con programas de atención médica refleja las actitudes y funciones de las Juntas. Aún algunos aspectos directos de cuidados clínicos, como lo ha indicado el Doctor Sotela, pueden y frecuentemente están influenciados por decisiones de las Juntas de los hospitales. Históricamente, el papel del hospital ha cambiado notablemente durante este siglo, pero la responsabilidad y la función de la Junta del hospital no ha cambiado. Con la complejidad de organización y función del hospital moderno hoy día, tenemos que preguntarnos si el papel actual desempeñado por la Junta es realista, está al día. Esto es de gran interés cuando se piensa en los patrones de administración de cuidados médicos que emergen aquí en Costa Rica y los desarrollos clínico-médicos en esta era de propulsión a chorro. Deberá la Junta con su presente y usual composición retener la responsabilidad total o deberá limitarse a puramente al dominio de las finanzas y facilidades físicas?. Qué deberá ser el papel de cada directivo individual?.

Encontramos connotaciones de este problema en las frecuentes demandas de que deben nombrarse médicos en ejercicio a formar parte de las Juntas, en lugar de personal laico, que representa el lado de los consumidores de atención del paciente y no los proveedores. Inherente a esta demanda está el ansia por una autoridad concreta con el fin de dirigir los recursos total

les de la institución hacia la provisión del mejor cuidado médico. A pesar de todo, debemos ser cautelosos de que este sea un interés en lo que se refiere a servicio del paciente y no sea únicamente un interés de naturaleza egoísta. Deberá la representación de la Junta inclinarse o estar orientada a médicos o a los consumidores de atención?. No tendrían los cuerpos médicos bien organizados una mejor repercusión en el manejo clínico de la institución y a la vez no se ajustarían mejor a la estructura del manejo total lo cual sería aceptable a todos quienes están involucrados en el gobierno hospitalario?. Un cuerpo médico organizado apropiadamente proporcionaría un método para comunicar las necesidades clínicas del mismo a la Junta por medio del uso de un comité mixto de la Junta y del cuerpo médico. Este mismo comité tendría también el corolario necesario de transmitir información de la Junta de regreso al cuerpo médico.

Nuestros miembros del "panel" han señalado, por medio de ejemplos y en teoría, la naturaleza de algunos de los problemas en manejo que han confrontado en sus respectivos campos del trabajo en la salud. Pareciera que las relaciones de Junta de Gobierno y Manejo, en lo que atañe a la Junta, podrían mejorarse por medio del desarrollo de un método más apropiado de selección con referencia a cualidades, idoneidad, interés en actividades de bienestar social y disponibilidad de tiempo para dedicar a la actividad hospitalaria. Además, hay una marcada necesidad de desarrollar un mecanismo educativo para miembros de las Juntas de los hospitales con el fin de que las responsabilidades, como lo son las de una entidad que traza la política a seguir, sean comprendidas a cabalidad. La función de trazar la política no incluye la función ejecutiva o de manejo que debe ser delegada completa y totalmente a un Ejecutivo de Manejo. Los directivos de Junta deben ser estimulados a participar en todas las actividades hospitalarias, actividades de asociaciones y no deben restringir sus intereses puramente a su propia institución.

La Asociación Costarricense de Hospitales tanto como las agencias gubernamentales deben tomar un papel activo en la formulación de seminarios, publicaciones y conferencias con el propósito de informar y estimular a los miembros de las Juntas. Y no olvidemos a estas alturas, que la función educativa no se limita con exclusividad para las Juntas. Hay una decisiva necesidad de ampliar los conocimientos de todos los Ejecutivos en Manejo de

una manera continuada por medio de mecanismos como los sugeridos previamente y a través del uso de asesoramiento de las agencias nacionales y de cada cual en forma recíproca. No es un defecto de la Junta cuando el problema se circunscribe a una falta básica de conocimiento. Es un defecto en el manejo que ha faltado a llenar una de sus funciones.

Hay una buena razón de vez en cuando, para examinar la organización de manejo existente dentro de un hospital. Estará sirviendo su propósito y estará realmente funcionando o será algo que solamente existe en papel?. Al escuchar estas disertaciones hoy me ha impresionado un hilo que corre en todos los temas, y lo llamaría un problema en comunicaciones. Este triunvirato que existe en el mundo de los hospitales de Junta Directiva, cuerpo médico y ejecutivo de manejo debe comunicarse efectiva y constantemente el uno con el otro y con otros grupos externos. Es indispensable para un buen manejo interno que solamente implanta la política de gobierno, la unidad de ideas, de pensamiento y de acción. Esta unidad puede controlarse por medio del uso de manuales sobre normas escritas y procedimientos de manejo que darán vitalidad a la política de los cuerpos de gobierno. También es pertinente, en este punto, indicar que las comunicaciones deben verificarse entre las partes correspondientes. Frecuentemente, hay en los hospitales una mala interpretación de parte de los médicos en ejercicio, tanto como de parte de las Juntas, con respecto a organización para comunicaciones del manejo y organización en cuanto a formulación de la política y normas. Por esta razón se hace necesario de que algún grupo defina el papel de las Juntas, médicos y ejecutivos de manejo

Sugiero también, que se haga un examen de los cuadros de organización con miras a determinar dos puntos:

1. Es ésta una organización formal que se concentra y dirige todos los esfuerzos a un mejor cuidado del paciente, o es un monstruo de dos o tres cabezas que conduce a un esfuerzo confuso y malgastado?.
2. Su patrón existente de comunicaciones, según está reflejado en los organogramas, proporciona realmente un medio de expresión para todos los grupos - hacia arriba y hacia abajo?. En otras palabras, proporciona su organización de manejo y delinea autoridad, responsabilidad y canales de comunicación sobre una base formal?.

Ustedes saben, un ejecutivo de hospital es lo que más próximo se encuentra a un dirigente político. Un hospital es un remolino de corrientes cruzadas de intereses, grupos de presión internos y externos, intriga e intereses creados. Exige la más grande agudeza y perspicacia y conocimientos de relaciones políticas con el fin de lograr armonía y eficiencia sin sacrificar el servicio al paciente. Si ustedes no lo creen así, entonces será mejor que tomen otro vistazo cuando regresen a sus casas. Ustedes, que se encuentran en posiciones de manejo deben desarrollar formas y medios basados en las ciencias del comportamiento para manejar estos problemas agudos de relaciones personales dentro de la atmósfera institucional. Se han verificado grandes campañas políticas y eficientes organizaciones unicamente fundadas en la sicología aplicada y en el uso de las ciencias del comportamiento con el propósito de obtener control y alcanzar las metas institucionales. Como lo he escuchado de boca del doctor Peña repetidas veces. Administración "es un problema humano", un asunto de personas e inter-relaciones, y en ninguna parte se toma más complicado que en una organización hospitalaria. La esencia de esta disertación en forma de "panel" se puede resumir en muy pocas palabras. Cuál es la mejor forma de definir y delimitar el papel de la Junta, los médicos y el ejecutivo de manejo a su apropiada relación, teniendo en cuenta que la autoridad y responsabilidad final debe permanecer al nivel de la entidad legal - la Junta. Esta es la pregunta que ponemos en manos de la comisión.

PROYECTO DE LEY DE PERSONAL HOSPITALARIO

Lic. Antonio Arroyo Alfaro
Sr. Alfredo Orozco Solano

CAPITULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1º.- Esta ley y los reglamentos que en el futuro se dicten, regularán las relaciones entre todo el personal del Sistema Hospitalario Nacional y sus entidades patronales, con el doble propósito de garantizar la eficiencia y el mejor servicio de todos los centros del Sistema Hospitalario y proteger y garantizar sus servidores.

Artículo 2º.- Para los efectos de esta ley se consideran servidores del Sistema Hospitalario Nacional, a todos aquellos que realicen labores en hospitales, clínicas, preventorios, en departamentos y oficinas administrativas anexas y en general a todos aquellos que intervienen en trabajos relacionados con las labores hospitalarias, y cuyos servicios son remunerados por el Estado o por los organismos que constituyen el sistema hospitalario, y que fueron debidamente nombrados de acuerdo con las leyes y reglamentos vigentes.

Artículo 3º.- El Ministerio de Salubridad Pública; el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social; las Juntas de Protección Social del país, y todas las demás entidades que tienen a su cargo el gobierno o la administración de centros que forman parte del sistema hospitalario, deben ajustarse a lo dispuesto en la presente ley en lo que respecta a integración, mantenimiento, remoción y sanciones del personal. Actuarán en coordinación con la Dirección General de Servicio Civil, de acuerdo con lo dispuesto en su Estatuto, su reglamento y leyes conexas, y con base en esta ley en todo lo referente a personal. Cada entidad de las citadas se considera patrono de sus empleados.

En los casos no previstos expresamente por esta Ley y sus Reglamentos y Leyes conexas, se aplicará supletoriamente las disposiciones de la legislación del Servicio Civil.

CAPITULO II

Del Ingreso al Servicio Hospitalario

Artículo 4º.- Todo empleado al servicio del sistema hospitalario debe llenar por lo menos, los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 18 años;
- b) Poseer aptitud moral y física y tener vocación para el servicio que va a prestar, lo que se comprobará mediante la información correspondientes y con certificaciones del Registro Judicial de Delincuentes, de los Archivos Nacionales, del Gabinete de Identificación y exámenes médicos y de laboratorio que comprueben buena salud;
- c) Los médicos, además de su título, deben estar incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de la República, salvo el caso de que estén haciendo el internado, en cuyo supuesto podrá concedérseles un plazo prudencial de tres meses para que se incorporen, en casos muy calificados;
- d) Los jefes de los Departamentos de laboratorio, farmacia y de contabilidad deben ser titulados y estar debidamente incorporados a los colegios correspondientes;
- e) Las enfermeras deben ser tituladas y estar debidamente autorizadas para el ejercicio de su cargo. Deben llenar los demás requisitos exigidos por el artículo 20 del Estatuto del Servicio Civil y 9 del Reglamento de dicha ley;

Para ejercer los cargos indicados en los incisos d) y e), podrá no obstante, ser nombrada una persona no titulada, si ninguna con título ha solicitado ese puesto o si no ha sido posible conseguir un servidor con tal requisito, debiendo en todo caso darse preferencia a aquellos que reúnan más estudios, experiencia y requisitos personales según examen de cada caso concreto.

Los requisitos de título y de autorización no serán exigibles a quienes desempeñen puestos interinamente por un mes o término menor, pero en todo caso, deberá darse preferencia a los titulados o autorizados.

Artículo 5º.- Las personas que no reuniendo los requisitos a que se ha hecho referencia estén desempeñando actualmente alguna función u ocupando algún puesto a satisfacción de sus superiores, podrán continuar sirviendo, y podrán ser ascendidas o reelectas.

Artículo 6º.- No pueden ser nombrados para desempeñar cargos o empleos dentro del sistema hospitalario: las personas impedidas física o mentalmente; los procesados; los condenados por delitos; los que acostumbren a embriagarse; los que estén padeciendo alguna enfermedad infectocontagiosa; o cualquier otra que a juicio de los funcionarios encargados de nombrar hagan sus servicios inconvenientes o contraproducentes. En general, no se permitirá servir dentro del Hospital a todas aquellas personas que no observen en su vida privada excelente conducta o tengan antecedentes de dudosa moralidad, u observen hábitos o costumbres que revelen que es inconveniente. No obstante, podrán ser nombradas personas que sufran de algún impedimento físico, cuando evidentemente éste no les impedirá cumplir con sus obligaciones.

Artículo 7º.- Para mantener al día su expediente personal, cada empleado está en la obligación de suministrar los datos necesarios.

CAPITULO III

De la Selección de Personal

Artículo 8º.- La selección de personal se hará por medio de pruebas de idoneidad, a las que se admitirá únicamente a quienes satisfagan los requisitos indicados en el artículo 4 de esta ley. La preparación y calificación de todas las pruebas deberán ser hechas por un comité de personal de nombramiento del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, el cual se considerará como organismo asesor de la Dirección del Servicio Civil, para los efectos indicados en el artículo 22 del Estatuto de Servicio Civil.

Artículo 9º.- El Comité de Personal, a su vez, podrá delegar parte o todas sus funciones en otros comités o en administradores o Directores de Hospitales, cuando por la distancia o cualquier otro motivo justo, considere de mayor conveniencia y beneficio delegar sus funciones en otros organismos. De todas maneras se procurará uniformar y controlar la preparación y calificación de las pruebas para garantizar la eficiencia y el mejor servicio en todos los centros hospitalarios y asistenciales del país.

Artículo 10.- Para llenar una vacante, la Entidad Patronal respectiva deberá enviar solicitud al Comité de Personal, indicándoles las condiciones y requisitos del servidor que se necesita y la naturaleza del cargo.

Artículo 11.- El Comité de Personal enviará a la oficina solicitante, a la mayor brevedad posible una nómina de candidatos más idóneos, con indicación de las preferencias a que tienen derecho. El Comité de Personal podrá hacer concursos cuando lo creyere conveniente para poder llenar las vacantes que se produzcan. Y para su mejor servicio, mantendrá un archivo de expedientes de personal con el récord de todos los empleados y funcionarios hospitalarios. Para manter al día ese expediente, es obligación de toda Entidad Patronal comunicar al Comité de Personal todo hecho o acto relativo a cualquier empleado, a fin de que se anote y se archive en su expediente.

Artículo 12.- El Jefe o la entidad designada por la ley para hacer los nombramientos de personal, en cada dependencia, deberá escoger el nuevo empleado entre los tres primeros candidatos de la nómina de elegibles que le presentará el Comité de Personal, salvo que tenga motivos suficientes para objetar esa lista, en cuyo caso deberá dirigirse de nuevo al Comité de Personal para que envíe nueva nómina. Si esta oficina considera que las razones son atendibles, repondrá la nómina, y si no lo estima así, pasará el asunto a la Dirección General del Servicio Civil para que resuelva.

Artículo 13.- En los casos de urgencia, podrán hacerse nombramientos interinos por el tiempo necesario para que llegue el sustituto.

Artículo 14.- Todo nombramiento se entiende hecho por un período de prueba de tres meses. Dentro de ese lapso podrá ser removido el empleado o funcionario, si se estimare por la entidad que lo nombró que no reúne las condiciones y requisitos o no es apto o conveniente para el puesto.

Artículo 15.- Toda persona, que desee ingresar a servir dentro del sistema hospitalario, deberá ajustarse a lo que disponen los artículos 21 y siguientes del Estatuto del Servicio Civil y el 15 del Reglamento de dicho Estatuto, en lo que fueren aplicables y no contradigan esta ley, presentando la solicitud correspondiente con sus atestados en la misma oficina donde desea trabajar. Esta oficina remitirá esos documentos con un informe privado al Comité de Personal en San José para que se tramite esa solicitud y se resuelva.

CAPITULO IV

De la Clasificación de Empleos

Artículo 16.- Para uso de todo el Sistema Hospitalario Nacional, será el Comité de Personal, quien elaborará y mantendrá al día un Manual Descriptivo de Empleos del Personal del Sistema Hospitalario, el cual lo llevará a cabo en colaboración con los departamentos correspondientes de la Dirección General del Servicio Civil. Ese manual se hará de acuerdo con lo que se ordena en el Capítulo III del Estatuto del Servicio Civil.

CAPITULO V

De los Derechos del Personal

Artículo 17.- Son derechos de quienes trabajan dentro del Sistema Hospitalario Nacional los siguientes:

- a) Conservarán sus cargos mientras reúnan los requisitos y condiciones exigidas al hacer su nombramiento;
- b) No podrán ser despedidos de sus cargos a menos que incurran en causal de despido, de acuerdo con lo que dispone el Código de Trabajo o por reducción forzosa de servicios, ya sea por falta de fondos o por conseguir una mejor organización de los mismos;
- c) No podrán ser trasladados sin su consentimiento a puestos de inferior categoría o a lugares diferentes si con ello se les causa un perjuicio evidente;
- d) Podrán participar en los concursos que el servicio demande y obtener promociones y mejoramientos por méritos;
- e) Disfrutarán de vacaciones de conformidad con el inciso b) del artículo 37 del Estatuto del Servicio Civil y el Reglamento de Trabajo de cada dependencia o institución;
- f) Sus labores se efectuarán de acuerdo con las órdenes y decisiones de los jefes o departamentos encargados de la administración o gobierno pero procurando mantenerlos en las mejores condiciones posibles y de acuerdo con las leyes de trabajo;
- g) Podrán disfrutar de permisos o licencias ocasionales con goce de salario o sin él, según se establece en esta ley y en los reglamentos de trabajo de cada dependencia;
- h) Podrán gozar de licencias para asistir a cursos de estudio, siempre que los mismos sean de beneficio para la institución en que trabaja, y que no se perjudique el buen servicio en un todo de acuerdo con los reglamentos de trabajo de cada dependencia;
- i) Recibirán periódicamente copia de sus calificaciones por sus servicios y éstas se tomarán en cuenta para mejorarlos en sus posiciones;
- j) Si cesaren en sus funciones por supresión del empleo, tendrán derecho a prestaciones como si hubieren sido despedidos injustificadamente;

- k) Tendrán derecho a un sueldo adicional en el mes de diciembre de cada año, excepto si han servido menos de un año, en cuyo caso les corresponderá una suma proporcional al tiempo servido;
- l) Cuando el salario del empleado sea menor de trescientos colones al mes, tendrá derecho a un subsidio mensual por cada hijo menor de quince años a su cargo, que será fijado prudencialmente;
- m) Tendrán derecho a disfrutar del retiro con pensión de acuerdo con la ley que se dicte.

CAPITULO VI

Obligaciones del Personal

Artículo 18.- Son obligaciones del personal:

- a) Dar cumplimiento a las leyes y reglamentos vigentes, a las órdenes y resoluciones dictadas por la Entidad Patronal y cumplir las obligaciones inherentes a sus cargos;
- b) Permanecer en su puesto durante toda la jornada y no separarse de él sino en los casos en que previamente le ha sido concedido permiso por motivos justificados;
- c) Guardar absoluta discreción sobre asuntos personales de los enfermos, que conozcan en el desempeño de sus labores y sobre asuntos relacionados con su trabajo;
- d) Cumplir con sus trabajos, acatar todas las órdenes dadas por sus superiores, llenar su cometido, realizar sus funciones y deberes poniendo en sus servicios el mayor cuidado y esmero, con plena responsabilidad y conocimiento de lo sagrado y noble del servicio que está prestando, actuar compenetrado en todo momento del espíritu de servicio, sacrificio y vocación que requiere el laborar dentro del ámbito de un centro hospitalario;
- e) Llegar puntualmente a su trabajo y aun cuando la jornada haya llegado a su término, no abandonar sus tareas si éstas no se han terminado y no puedan dejarse inconclusas,

- o si por dejarlas pudiere ponerse en peligro la salud o la vida de una persona. Trabajar horas extraordinarias en los casos de urgencia o de necesidad;
- f) Asistir a las conferencias y reuniones para que fueren convocados por los superiores aun cuando sean en horas no laborables;
 - g) Acatar con todo cuidado y esmero las órdenes e indicaciones de los superiores;
 - h) Hacer uso del equipo y accesorio en forma mesurada y prudente, informando de todo daño o deterioro que sufiere;
 - i) Cuidar del edificio, sus muebles, útiles, equipos y accesorios, procurando se conserven en buen estado;
 - j) Llevar con esmero y en debida forma los libros, registro y archivos que se les encomienden;
 - k) Avisar con la anticipación debida a su jefe la ausencia motivada y justificarla debidamente cuando fuere posible;
 - l) Observar una vida privada correcta en todo sentido;
 - m) Dar muy buen trato a los enfermos, visitantes y a los compañeros de trabajo;
 - n) Cumplir todas las órdenes sobre cuestiones sanitarias y presentarse a trabajo con decoro, limpieza y debidamente uniformados;
 - ñ) Permanecer en su puesto hasta quince días después de presentada la renuncia, salvo el caso de que le fuere aceptada antes;
 - o) Rehusar dádivas y obsequios que se les ofrezcan como retribución por actos inherentes a sus empleos;
 - p) Aceptar como laborables todos los días del año.

Artículo 19.- Es deber fundamental de todo servidor prestar su colaboración con verdadero espíritu de sacrificio teniendo en mira la naturaleza delicadísima de la función hospitalaria, que requiere dar más de lo que normalmente se exige de todo servidor, y llenar ese ámbito con toda responsabilidad y convicción. En los casos de urgencia o emergencia, deben todos los servidores hospitalarios dar su colaboración sin negativa ni reticencia alguna.

Artículo 20.- Es prohibido a todo empleado:

- a) Inmiscuirse en asuntos privados o públicos que puedan comprometer o perjudicar el buen funcionamiento de los centros donde laboran;
- b) Ejercer cualquier oficio o comercio que le impida cumplir con puntualidad y a cabalidad con sus funciones, o ejercer fuera de su trabajo actividades que menoscaben su dignidad;
- c) Dar trato negligente, imprudente, desconsiderado o grosero a los enfermos o a las personas que acuden a los centros hospitalarios;
- d) Realizar cualquier actividad dentro de las horas de labor sin permiso de los superiores, que sea ajena a sus deberes, y que pueda causar perjuicio o trastorno a las actividades de la institución, centro o dependencia;
- e) Hacer uso del derecho de huelga o recurrir a cualquier medio o actividad para defender sus derechos sociales, cuando con ello se pueda perjudicar el buen funcionamiento de la institución;
- f) Concurrir a actividades que riñan con la moral y las buenas costumbres;
- g) Dirigir ataques contra las creencias religiosas de los enfermos o visitas, o de sus compañeros de trabajo;
- h) Es prohibido a todo empleado hacer manifestaciones políticas-electoral dentro de la institución.

CAPITULO VII

Sanciones Disciplinarias

Artículo 21.- La Comisión de una falta por cualquier empleado o funcionario obliga a levantar la información escrita en averiguación y comprobación de los hechos a fin de imponer al responsable la sanción a que se ha hecho acreedor.

Artículo 22.- De toda queja o denuncia contra cualquier empleado, se levantará la información correspondiente en el centro donde presta sus funciones por el jefe de esa dependencia, cuando considere que por la gravedad de la falta debe llenarse ese procedimiento.

Artículo 23.- El jefe de esa dependencia determinará qué prueba debe recibirse en averiguación de los hechos y su gravedad, y practicará todas las diligencias necesarias y recibirá declaraciones.

Artículo 24.- El empleado contra quien se dirige la queja o denuncia será oído dentro de la información y se le concederá un plazo de diez días hábiles para que ofrezca sus pruebas. La información debe completarse con la prueba de defensa que se considere pertinente.

Artículo 25.- Si el acusado aceptare el cargo o no presentare prueba alguna, se considerará que renuncia a su defensa y la información se continuará sin su intervención.

Artículo 26.- Instruido el caso, lista y completada la información, se pasará al Comité de Personal para que lo resuelva e imponga la sanción al acusado o lo declare no responsable.

Artículo 27.- Del fallo se notificará al acusado, quien podrá apelar dentro de cinco días hábiles ante el tribunal del Servicio Civil.

Artículo 28.- El Tribunal podrá recibir toda la prueba que desee para mejor proveer y una vez hecho, con estudio de lo actuado, resolverá en definitiva, dictando un pronunciamiento tanto en cuanto a los hechos, como a la responsabilidad del acusado y al monto y naturaleza de la pena impuesta.

Artículo 29.- El empleado declarado inocente o que fuere absuelto, será repuesto en su destino, si hubiere sido suspendido.

Artículo 30.- Las gestiones de despido serán tramitadas de acuerdo con el artículo 43 del Estatuto del Servicio Civil y el artículo 90 de su Reglamento.

Artículo 31.- Las faltas en que puede incurrir el personal e considerarán leves o graves.

Las faltas leves serán castigadas con amonestación oral o escrita. Las graves, con suspensión temporal del trabajo, sin goce de sueldo, traslado, degradación de puesto, o despido.

Todas las sanciones que se impongan a los empleados o funcionarios deben ser comunicadas por escrito de inmediato al Comité de Personal para que las inscriba en el expediente personal del castigado. Persona que ha sido destituida del puesto por una falta grave no podrá ser empleada en ninguna otra institución hospitalaria, salvo que un año después de cometida la falta se instruya un expediente de vida y costumbres y el Comité de Personal decida rehabilitarla para laborar dentro del Sistema Hospitalario, atendiendo a justos y excepcionales motivos. Las sanciones de todo orden que se impongan deberán ser tomadas en cuenta para calificar los servicios, para ascensos, fijación de sueldos y conceder de rechos o ventajas a los empleados.

Artículo 32.- Son faltas graves:

- a) El abandono del puesto o empleo.
- b) La violación dolosa de las leyes y reglamentos
- c) La imprudencia, negligencia u omisión inexcusable en el cumplimiento de los deberes a su cargo
- d) La desobediencia y el desacato a los superiores jerárquicos
- e) El incurrir en inexactitudes o falsedades al consignar datos en los registros, archivos, informes, planillas o en cualquier otro documento oficial
- f) La embriaguez habitual o periódica y cualquier otro acto contrario a la moral y a las buenas costumbres, o llevar una vida privada impropia
- g) La venta fraudulenta del sueldo.

- h) Faltar al deber de discreción sobre asuntos profesionales de los enfermos y sobre asuntos relacionados con su trabajo
- i) Todas las demás determinadas en el artículo 81 del Código de Trabajo y el inciso d) del Art. 41 del Estatuto del Servicio Civil.
- j) Cualquier otra infracción que se califique como tal.

Artículo 33.- Son faltas leves al incumplimiento de los deberes y obligaciones, o el incurrir en las prohibiciones que la ley determina que no estén expresamente calificadas como faltas graves en el artículo anterior.-

Artículo 34.- La comisión de una falta grave o varias faltas leves, a juicio de los superiores del empleado dará motivo para su destitución inmediata, o para levantar la información correspondiente a fin de imponer la sanción que proceda de acuerdo con las leyes y reglamentos aplicables.-

Artículo 35.- No procederá el despido del personal regido por la presente ley sin que se siga el trámite de despido que indica el Capítulo IX del Estatuto de Servicio Civil, mientras la evaluación de sus servicios sea muy buena. En el caso de una evaluación inferior, no procederá el despido sin la previa cancelación efectiva de las prestaciones que le corresponden de conformidad con el Código de Trabajo.

Artículo 36.- En casos graves y urgentes podrá acordarle la suspensión provisional del trabajador contra quien se sigue información por haber cometido una falta.-

CAPITULO VIII

De la evaluación del personal

Artículo 37.- La evaluación de los servicios del personal se hará periód-

dicamente, conforme se determine en el reglamento de esta ley. La calificación de los servicios será hecha por la entidad patronal con base en - los datos que obran en el expediente personal y en el informe que suministre el superior inmediato. Esa evaluación debe ser tomada en cuenta para recomendar ascensos, aumentos de sueldo, o conceder cualquier otra ventaja o beneficio. De una calificación que el interesado considere injusta podrá conocer el Comité de Personal cuando así lo pida el interesado dentro del término de cinco días a partir de la fecha en que le fuera notificada.-

CAPITULO IX

De los ascensos y estímulos

Artículo 38.- Los ascensos en los puestos, se harán por la entidad patronal previa consulta al Comité de Personal tomando en cuenta de manera necesaria los estudios hechos por el empleado o funcionario, su eficiencia, evidenciada por las calificaciones o por los informes de - sus superiores; su antigüedad, su seriedad, responsabilidad y espíritu de servicio, siempre que los candidatos al ascenso llenen los requisitos de la clase a que van a ser promovidos.

Artículo 39.- Los aumentos de sueldo, solamente podrán concederse, cuando las posibilidades económicas de la institución lo permititan, e indispensablemente se darán cuando se compruebe que el trabajo e - fectivamente está mal remunerado en relación con el esfuerzo, habilidad o riesgo que requieren; o cuando se evidencia un aumento en el rendimiento o mejora en la habilidad y capacidad del trabajador. También debe tomarse en cuenta el aumento en el costo de la vida.

Artículo 40.- Para estimular el mejor desempeño en sus actividades, las entidades patronales procurarán establecer premios, distinciones, aumentos de sueldo y cualquiera otra ventaja o beneficio para sus empleados o funcionarios que se distinguieren en el trabajo, por su es - fuerzo, comportamiento, sentido de responsabilidad, espíritu de servicio,

habilidad y rendimiento.

Artículo 41.- Los ascensos se harán tomando en cuenta a todos los inter
sados siguiendo en lo que fuere aplicable el trámite que -
se establece para la selección del personal. En esos concursos puede par
ticipar cualquier persona que reúna los requisitos exigidos para el ingre
so. En todo caso de ascenso es aplicable un período de prueba de tres me
ses.

CAPITULO X

Clasificación y valoración de puestos

Artículo 42.- El Sistema Hospitalario Nacional tendrá una clasificación-
de puestos propia, que se hará tomando en cuenta la natura
leza de sus funciones.

Artículo 43.- Se clasificarán por separado los puestos de medicos, enfer
meras, técnicos, y empleados administrativos. Se agrupar-
rán en grados determinados, tomando en cuenta, estudios, habilidad, impor
tancia, dificultad, responsabilidad y valor del trabajo.

Artículo 44.- El Manuel Descriptivo de Empleos que para el Sistema Hospi-
talario deba ser elaborado, lo redactará la Dirección Gene-
ral del Servicio Civil contando para ese fin con la colaboración necesa -
ria de un comité de seis miembros nombrado por mitades por el Ministerio-
de Salubridad Pública y el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

Artículo 45.- La fijación de sueldos se hará de acuerdo con la clasifica
ción de puestos y la escala de salarios respectiva. El -
Consejo Técnico, como organismo coordinador y director, procurará que en-
igualdad de puestos se produzca la mayor uniformidad y equiparación de -
sueldos entre las fijaciones que hagan las distintas Juntas de Protección
Social, instituciones y dependencias que funcionan en el país permitiend-
o sugiriendo únicamente aquellas diferencias en el monto de los mismos -

que se deban a zonas o distancias, incomodidad, responsabilidad y demás - motivos que justifiquen esa diferenciación.

Artículo 46.- La fijación de sueldos básicos de todo el personal hospitalario deberá ser hecha por una comisión permanente nombrada para ese fin por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, que será la encargada de estudiar y acordar cualquier variación de sueldos.

Artículo 47.- Las Juntas de Protección Social y demás entidades patronales encargadas de la administración de algún centro hospitalario, están obligadas a acatar esas fijaciones básicas de sueldo. Podrán sin embargo acordar aumentos en aquellos casos en que se justifique previa consulta con la Comisión de Salarios nombrada por el Consejo Técnico. La comisión de Salarios solamente podrá acordar aumento de salario cuando se cuente con las posibilidades económicas en las Juntas de Protección y demás entidades patronales.

Artículo 48.- Los organismos encargados del gobierno del sistema hospitalario procurarán contar con los fondos suficientes a fin de que el personal tenga siempre una remuneración adecuada que corresponda a lo importante y delicado de su función. No permitirán que sus sueldos sean inferiores a los que se devengan en dependencias oficiales de menor jerarquía o importancia. Periódicamente se harán aumentos de sueldos. Y con ellos se debe ejercer una política de estímulo que sea medio adecuado para mejorar los servicios hospitalarios.

CAPITULO XI

Otros Beneficios Sociales

Artículo 49.- Las licencias con goce de sueldo solamente podrán ser concedidas por los siguientes motivos:

- a) Por matrimonio del empleado, hasta por una semana.
- b) Por enfermedad grave de los padres, hijos, hermanos o conyugues hasta por ocho días, por defunción de cualquiera de esas personas, por tres días.

- c) Por motivos de fuerza mayor y en casos justificados a juicio de la entidad patronal.

Las licencias sin goce de sueldo podrán ser concedidas por períodos mayores, por la entidad patronal en casos justificados, siempre y cuando la concesión del permiso no cause entorpecimiento en las labores.

En casos urgentes, los administradores podrán conceder permisos hasta por tres días, mientras las entidades patronales conocen del caso.

Artículo 50.- La entidad patronal fijará las fechas en que los trabajadores disfrutarán de sus vacaciones procurando distribuir las en el curso de todo el año de manera que no se entorpezcan las labores.

Artículo 51.- Los trabajadores que resultaren agraciados con una beca o con la posibilidad de hacer estudios especiales de utilidad para la entidad patronal, podrán obtener permiso de ausentarse del trabajo hasta por un año, prorrogable, según los requisitos del estudio, la aplicación del becario y la conveniencia de la institución, previo contrato firmado entre la entidad patronal y el trabajador de acuerdo con las disposiciones legales que rijan la materia.

CAPITULO XIII

Del estímulo a las Asociaciones

Artículo 52.- Las entidades patronales permitirán y estimularán el desarrollo de asociaciones de trabajadores siempre y cuando sus actividades se ajusten a las leyes, y tiendan al cumplimiento de sus fines culturales y de mejoramiento. Permitirán el desarrollo de sus actividades dentro de los centros de trabajo, bajo la condición de que no interrumpen las labores ni causen molestias o dificultades.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Sr. Arturo Arias Jiménez, Auditor Consejo Técnico Asistencia Médico Social.

Vamos a iniciar nuestra exposición en este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales, con la evolución de las obligaciones del Estado, para con el enfermo hospitalario, desde el punto de vista de un problema de carácter nacional.

Si los seres humanos no estuviéramos expuestos al quebranto de la salud, no existiera el enfermo y por ende, tampoco el hospital; pero somos el resultado de una materia endémica y por ello, hemos de recurrir a todos los medios necesarios para encontrar el rápido alivio, aún a costa de los mayores sacrificios o morimos de inmediato y como todo ser tiene derecho a vivir y a disfrutar de la mayor felicidad, dentro de la esfera social en que desarrolla sus actividades, esto es, a un mínimo de las satisfacciones en la vida, por ello se procura los mejores medios y en esa lucha por la subsistencia, nace y muere el hombre, dejando una serie de investigaciones científicas, de inquietudes latentes, de trabajos materiales, de principios doctrinarios en el campo político, religioso, cultural, etc., en beneficio de la comunidad a que pertenece.

El derecho a la salud, es un concepto constitucional de toda comunidad jurídicamente organizada, legalmente llamada El Estado y los gobernantes están en la obligación de procurarla a sus gobernados; figura entre los derechos del hombre después de la época feudal y así nació este tipo de prestación, organizándose el hospital de sistema intramuros, en donde se atendía al enfermo del momento; es decir, contrario al sistema moderno, cuya política abierta comprende la atención integral del paciente, a través del diagnóstico precoz y los programas de Salud Pública y como es bien sabido, ésta no sólo se obtiene mediante la medicina preventiva o curativa, sino que requiere también varios factores comunales, como condiciones higiénicas de vivienda, métodos de trabajo, sistemas de alimentación, aspectos educacionales, emotivos, etc. Todo un conjunto de actividades participan, en el concierto de las inquietudes por establecer las condiciones físicas del hombre, dentro de los principios sociales que encarnan y -

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

I PARTE

Evolución de las obligaciones del Estado, para con el enfermo institucional.-

Don Arturo Arias Jiménez. Auditor del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

II PARTE

El enfermo, como ente afectado por la dolencia física.

Dres. Edgar Chaverri Escalante, Director Hospital de Grecia y León Sáenz Jiménez, Primer Médico Asistente Sanatorio Carlos Durán.

III PARTE

El Hospital, como instrumento de recuperación del paciente.

Don Rodolfo Meza Peralta, Jefe Administrativo del Hospital San Rafael de Puntarenas.

IV PARTE

Situación económica real de los hospitales.

Don Arturo Arias Jiménez. Auditor del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

V PARTE

CONCLUSIONES .

Bajo la responsabilidad de todos los miembros de la Comisión, previa discusión pormenorizada.

personifican a La Nación y en él deben de tomar parte muy activa los individuos y las organizaciones y en Costa Rica, esa participación data desde la segunda mitad del siglo pasado, en que grupos de personas de buena voluntad integraban las recordadas Juntas de Caridad, inspiradas en el amor vicentino.

De acuerdo con los principios fundamentales de protección y progreso social, dentro de las normas jurídicas en que descansa la soberanía del Estado, la función hospitalaria, tanto en su orientación técnica como en el campo de organización administrativa, ocupa su puesto en el rol de la evolución y en nuestro medio, la hemos visto progresar más rápidamente en los últimos diez años y hoy, la palabra "Hospital" comienza a ser sinónimo de vida y no resignación para emprender el viaje hacia a la sala de la morgue, gracias al avance de la medicina moderna, a la capacitación del personal, a la creación de nuevos organismos, al acondiciona miento de las plantas físicas de los edificios, a la adquisición de modernos y costosos equipos, pero sobre todo, a la comprensión de la comunidad y muy en particular, con raras excepciones, del paciente hacia a la obra hospitalaria. Desde luego, todo ello, dentro de las marcadas limitacio nes financieras actuales.

Hemos de recordar que aún llegamos al comienzo del siglo, con resabios del concepto de un Estado que originariamente descansaba en la familia y en los poderes del jefe de la misma, que se extendían des pués a los patriarcas de la tribu y la gens, esto es, aún tratábamos la mayoría de los asuntos nacionales como en familia. Bastaron largos treinta años de Administración Pública, para quedar cimentadas las bases de nuestra democracia; seis lustros comprendidos de 1906 a 1936 y a su final, Costa Rica tuvo un resurgimiento, con el comienzo de la mecanización de algunas de las actividades de gobierno, lo que permitió abrir nuevas vías de comunicación para llevar a las zonas rurales mayor instrucción y se levantaron escuelas y unidades sanitarias, se proyectaron puentes y carreteras en la meseta central; se llevaron a cabo otras obras materiales e importantes, como la electrificación del ferrocarril y la construcción de edificios públicos. Ello fue el resultado de una nueva disciplina en la política gubernamental y hacemos énfasis en este proceso de evolución es-

tatal porque precisamente, fue en esa época en que promulgó la primera legislación reguladora, entre el Poder Central y la gestión hospitalaria nacional, cuya ley firmó el distinguido doctor don Antonio Peña Chavarría, - Secretario de Estado del gobierno del Lic. don León Cortés Castro. No - pretendemos hacer historia de hechos políticos, sino traerlos a la memo - ria de las nuevas generaciones, como justo reconocimiento al valor moral - y cívico, para quienes tuvieron la visión de orientar mejor las cuestio - nes hospitalarias del país.

Desde el 11 de noviembre de 1936, el concepto de caridad pa - ra con el enfermo institucional, se transformó en una obligación por par - te del Estado de Gobierno, volviéndose a los apostolados que inspiraron - el mandato legislativo, bajo la administración del Dr. José María Castro - Madriz, época en que estas inquietudes tomaron cuerpo y esencia bajo los - auspicios de la Iglesia Católica, no sólo en la ciudad Capital, sino en - el resto de las otras provincias, allá por los años de 1875 y 1877; todo - ello, dentro de los conceptos patriarcales en que se desarrollaban los a - contecimientos de la Costa Rica de ayer.

Después del año 36 hasta 1950, siguió un período de transi - ción sin importancia directa para nuestros centros hospitalarios de aquel entonces, debido a la difícil situación financiera del país, a consecuen - cia de la segunda guerra mundial que tanto afectó la economía nacional.

Sin embargo, ese ciclo fue de una enorme importancia para el - desarrollo de nuestras actividades sobre salud pública, por cuanto en ese - lapso se creó el Régimen de Seguro Social, se organizó técnicamente la Es - cuela de Enfermería y se otorgaron las Garantías Sociales. No hay duda de que todos estos acontecimientos de gran trascendencia política para el - país, vinieron en cierta forma a cambiar en parte la profesión médica y a - establecer una filosofía diferente entre el médico y el cliente; dando una mayor oportunidad al Estado, para intervenir dentro de los principios de - la justicia social, en la salud de los ciudadanos.

Pasaron los años y vinieron otras legislaciones más, lográndo - se una mayor orientación de la asistencia hospitalaria; se distribuyeron - los dineros de la lotería nacional y se clasificaron los servicios asisten

ciales por categorías técnicas, de acuerdo con el tipo de institución; se equiparon mejor los hospitales y fueron organizadas las consultas externas; se otorgó una mayor capacidad técnica al personal; se levantaron construcciones para viviendas de médicos en zonas rurales y entraron a funcionar los centros de asistencia médica en algunos cantones lejanos. Se llevaron a cabo las construcciones de los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital Nacional para Tuberculosis, igualmente los Centros Hospitalarios de San Ramón, Liberia y Grecia; en varias zonas rurales se construyeron maternidades y se emplearon los hospitales de Cartago, Heredia, Alajuela y Ciudad Quesada; nuevos pabellones se construyeron en el San Juan de Dios. Al incrementarse las actividades agrícolas del litoral del pacífico, entraron a funcionar los hospitales de Golfito, Puerto Cortés y Quepos y varios Dispensarios en las zonas bananeras; se abrieron Centros de Salud de carácter particular y pasó el Hospital de Limón al Gobierno Central. Se acondicionó el Sanatorio para enfermos mentales en el Cantón de La Unión y el nuevo edificio de la Maternidad Carit, se planeó con miras a un centro de estudio obstétrico.

En la actualidad, se contruye el Hospital Nacional de Niños y el Centro de Rehabilitación para Poliomiélticos; se remodela el Hospital del Cantón de Pérez Zeledón, luego se iniciarán las ampliaciones del Hospital de Puerto Cortés; con la construcción del edificio para la Cruz Roja Costarricense, se completa la zona hospitalaria nacional; por aparte se construyen Dispensarios por cuenta de la Caja Costarricense de Seguro Social y se proyecta su Hospital Central; se estudia además, la planificación del Hospital de Nicoya.

Hemos de aceptar que en nuestro país, no existe unificación en los servicios hospitalarios y a ello debemos de llegar en un futuro, a través del Régimen de Seguridad Social, en provecho de la población enferma y en beneficio de la economía nacional. Es un buen principio de toda política cooperativista, el aunar esfuerzos y reducir los gastos de operación; una asistencia médica institucional íntegra y equilibrada, requiere la cristalización de esas bases fundamentales; en la actualidad tenemos por un lado la organización de los servicios preventivos en manos del Ministerio de Salubridad Pública y por otro, los servicios curativos, los -

que a la vez están clasificados entre: a) centros privados, tal es el caso de los hospitales de la Compañía Bananera y las Clínicas Particulares; b) la Caja Costarricense de Seguro Social, también con instituciones hospitalarias y finalmente, c) los hospitales bajo la administración de las Juntas de Protección Social del país, supervisados técnicamente por la Dirección General de Asistencia y su Consejo Técnico y que precisamente, sobre la difícil situación monetaria de estos últimos, versa el tema de fondo que estamos desarrollando en esta oportunidad y cuyo desequilibrio económico está originado, por cuanto la población crece rápidamente, los servicios se aumentan como consecuencia lógica y dentro de muy poco tiempo, el aspecto financiero de estos organismos se hará insostenible y por ello urge buscar de inmediato la solución al problema, no debemos esperar el caos económico, es preciso encontrar NUEVAS FUENTES de ingreso y paralelo debemos de contar con la opinión pública, no se trata de un problema aislado, su resolución corresponde por igual a todos los costarricenses y debe abordarse en escala nacional.

A pesar de la obligación del Estado para garantizar asistencia médica a todos los habitantes, los mencionados hospitales nacionales han venido funcionando en forma descentralizada de la gestión del Gobierno de la República, ya que entendemos por Administración del Poder Central, la coordinación del conjunto de los medios de acción para hacer posible el incremento de las actividades de la industria, la banca, el comercio, la agricultura y la ganadería; el desarrollo de los planes de construcciones de edificios públicos, puentes y carreteras; la orientación de las inquietudes pedagógicas y los programas educacionales; el respeto y la garantía de los derechos humanos, de los principios de justicia y de defensa nacional; la recaudación de tributos, tasaciones e impuestos; etc. Es decir, todo el conjunto armonioso de las actividades que forman la Administración Pública, regulada por la existencia de códigos, leyes, reglamentos y disposiciones de carácter legal, cuya orientación técnica queda resumida en el llamado Derecho Administrativo.

Pero contrario a estos principios, tenemos la acción descentralizada, tal es el caso entre otros organismos, el de las Juntas Directivas de Protección Social, que como entidades organizadas al servicio -

de la comunidad, tienen administrativamente bajo su control económico la asistencia institucional de enfermos, cuyos hospitales prestan los servicios dentro de las limitaciones financieras, gozando cada organismo hospitalario de cierta independencia funcional y de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, pero divorciados del engranaje de la maquinaria gubernamental del Poder Central.

Dentro de los conceptos legalistas sobre la terminología administrativa de la acción pública, saltan algunas dudas sobre la definición de semi-autonomía de las instituciones estatales, pero es lo cierto, que hay obligaciones de urgencia que atender y deberes inmediatos que cumplir, que parecieran estar mejor encomendados en manos de quienes tienen que estudiarlos, con miras hacia los positivos intereses locales de cada comunidad aislada, por estar en mayor contacto con sus propios problemas y cuyas soluciones tienen la vigilancia de la opinión pública y la fiscalización de las dependencias contraloras; en tanto, no venga una nueva orientación de los servicios médico-asistenciales. Tal es el caso de nuestros centros hospitalarios cuyos Miembros Directores, sienten sublimación-espíritual al servir los puestos en las Juntas Directivas. Condiciones éstas, de inspiración democrática, que no calzan en los regímenes dictatoriales, los que no conciben la idea de la descentralización del Poder Administrativo y sólo aceptan la teoría de la fuerza, que otorga carácter jurídico a toda potestad superior, con facultades para hacerce obedecer, apartándose de los principios filosóficos sobre el origen del Estado como un derecho divino que hace derivar de Dios la autoridad soberana. Pero no nos vamos a tener en consideraciones de este tipo, ni a entrar en los análisis de las ventajas, beneficios o defectos que ofrecen nuestros sistemas actuales de trabajo, sino procurar mejores medios para el logro de la financiación de una mayor atención del paciente hospitalizado y volviendo nuevamente al punto de partida, del año de 1936, fin de un letargo de actividad en la acción de gobierno estatal, hacia la transformación evolutiva del progreso contemporáneo, según lo demuestran las siguientes cifras comparativas de los presupuestos de la República y de los hospitales nacionales, al inicio de cada una de las Administraciones Públicas, durante los últimos veintidós años:

<u>PERIODO</u>	<u>PRESUP.NACIONAL</u>	<u>PRESUP.HOSPIT.</u>
año de 1936	₡ 32.553.545.45	₡ 3.329.938.43
año de 1940	43.768.211.63	4.060.885.28
año de 1944	68.765.246.74	6.131.067.01
año de 1948	120.352.207.29	10.799.344.39
año de 1949	131.538.572.95	10.351.757.15
año de 1953	201.156.022.99	23.045.036.32
año de 1958	324.504.933.40	32.317.061.31

Si analizamos serenamente las anteriores cifras presupuestarias, encontramos que el Sistema Hospitalario bajo el gobierno de las Juntas Directivas de Protección Social, ha evolucionado dentro de cierto ritmo de progreso de las actividades del Poder Central y cuyos presupuestos se aumentaron en ambos casos, al final de veinte años de Administración Pública, casi en diez veces más; no obstante, el alto costo de la medicina moderna, que viene a reducir notablemente la estancia hospitalaria y a reintegrar en menor tiempo al paciente a sus labores normales, en beneficio directo de la economía nacional.

Costa Rica contaba en 1936 con una población de 591.862 habitantes y disponía de 16 centros de salud nacionales y 3 particulares; nuestra población actual es de 1.148.441, existen en total 43 instituciones de este tipo con 5.746 camas. Aparte de las Unidades Sanitarias a cargo del propio Ministerio de Salubridad Pública; de los Dispensarios de la Cía. Bananera de Costa Rica y de la Caja Costarricense de Seguro Social y de los Centros de Rehabilitación del Instituto Nacional de Seguros Durante el año anterior se atendieron 122.972 enfermos en los hospitales de Costa Rica, con un total de estancias reales que alcanzaron a 1.777.187 distribuidas en la siguiente forma:

INSTITUCIONES PARTICULARES	59.628	ESTANCIAS
CAJA COSTARRIC.SEGURO SOCIAL	138.757	ESTANCIAS
HOSPITALES NACIONALES	1.578.802	ESTANCIAS

Nuestras fuentes estadísticas nos están señalando que más de ciento veinte mil personas ocuparon el año pasado las camas hospitalarias

y con base en esa información, encontramos la realidad de los principios de evolución de las obligaciones del Estado, para con el enfermo institucional, al ascender a millón y medio de estancias que ocasionaron los pacientes que en nuestros hospitales nacionales recibieron atención médica, según la siguiente clasificación:

San Juan de Dios	34.928	enfermos con	541.503	estancias
Hospitales Regionales	35.078	" "	305.403	"
Hospitales Periféricos	13.299	" "	106.598	"
Maternidades Rurales	5.367	" "	17.344	"
Asist.Méd.Especializada	8.689	" "	607.954	"

En un interesante estudio sobre salud pública preparado por el distinguido doctor don Fernando Trejos Escalante, dado a conocer a las autoridades en materia hospitalaria, se cita la cuantiosa suma de setenta y tres millones de colones que se invierten en estas actividades y sin embargo, el 45% de la población muere sin atención médica; son estos problemas de gravedad extrema para Costa Rica y que deben ser resueltos de urgencia por los costarricenses; aún cuando para ello, sufra una total transformación los sistemas establecidos en la actualidad y se unifiquen los esfuerzos, en aras de una mayor atención médica para la población enferma desvalida y que ni siquiera tiene el privilegio de contar con un patrono-fijo, ya que del censo agro-pecuario se desprende que existen una gran cantidad de pequeños agricultores que labran hoy su parcela de terreno, para comer mañana y que están condenados a morir sin la atención médica, según en el interesante planteamiento del Dr. Trejos Escalante, presentado a la Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social.

RESUMEN DEL PRIMER PUNTO A CARGO DEL

SR. ARTURO ARIAS JIMENEZ

- 1º.- En el transcurso de los últimos 20 años ha ido variando el concepto del enfermo institucional, dejando de ser - la dávida caritativa para transformarse en una obliga - ción por parte del Estado.
- 2º.- Durante los últimos cuatro lustros, los hospitales han evolucionado técnicamente en forma superior a su desenvol - vimiento económico.
- 3º.- Ante el aumento de la población y de la necesidad de ma yores servicios asistenciales, se hace necesaria la bús queda de nuevas fuentes de ingresos.
- 4º.- A falta de unificación para la prestación de asistencia hospitalaria, se está incurriendo en la multiplicación - de esfuerzos y gastos. En el futuro, lo ideal sería - llegar a la unificación de servicios, previos los estu - dios específicos.
- 5º.- Existe una super-población de enfermos en el grupo de - Hospitales económicamente más débiles.
- 6º.- A pesar de que el Estado ha asumido hasta ahora la fun - ción de guardián de la salud pública, sus recursos eco - nómicos no le han permitido llenar a cabalidad esta fun ción social.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Dr. Edgar Chaverri Escalante, Di
rector del Hospital de Grecia.-

La medicina primitiva es eterna. Los primeros indicios de su práctica se remontan 10.000 años en la historia del hombre y sin embargo en algunas regiones de Africa, Asia, Sudamérica, Australia, en ciertas islas del Pacífico, o entre las tribus indias esquimales de norteamérica, la medicina primitiva aún continúa siendo practicada. El progreso de la medicina no ha sido uniforme. La cultura de algunas de las sociedades que han persistido hasta el presente, no ha evolucionado mucho desde la edad de piedra, y es razonable suponer que, en sus prácticas médicas, han conservado muchas de las características de sus predecesores prehistóricos.

Los arqueólogos y etnólogos califican de primitivas a las tribus o unidades sociales que carecen de idioma escrito, y poseen una tecnología muy simple. A pesar de que las culturas primitivas que existen en la actualidad son muy diversas, la práctica de la medicina en ellas parece consistir de unos pocos elementos fundamentales, que conservan su similitud en las distintas culturas, y varían solamente en la forma en que son agrupados; estos elementos, son muy diferentes de aquellos que integran los sistemas científicos que han aparecido con el progreso de la civilización.

Los miembros de las sociedades primitivas no distinguen entre medicina, magia y religión. Inicialmente, y tal como lo hacemos nosotros, tratan a la enfermedad casualmente, utilizando distintos remedios caseros, pero sin recurrir a teorías especiales, ni a practicantes; pero cuando estas medicinas fracasan, recurren a medios muy diferentes de aquellos que utilizamos nosotros. Mientras nosotros creemos que la enfermedad y la muerte son resultados de causas naturales, el hombre primitivo las considera casi completamente obra de agentes sobrenaturales, como son los dioses, los fantasmas y los hechiceros. Los fantasmas y espíritus son provocados por el descuido o la inobservancia de las reglas sagradas por parte del paciente o su familia; los hechiceros son movidos por la en

vidia, o por disputas sobre la propiedad.

Las enfermedades son causadas, proyectando mágicamente espíritus u objetos dentro del cuerpo de la víctima, secuestrando algunas de sus almas, o mediante algún otro medio irracional.

En consecuencia, es lógico inferir que el diagnóstico de una enfermedad que tiene por causa dichos fenómenos sobrenaturales, no puede ser formulado mediante la sola observación y examen del paciente. El médico primitivo debe utilizar procedimientos sobrenaturales; recurre entonces a todas las técnicas de la adivinación consagradas por el tiempo (de las que aún se valen los individuos supersticiosos de nuestra propia sociedad), como son: la magia, los estados de éxtasis, la contemplación de los astros, el temblor manual y la interpretación de los sueños.

También es lógico suponer que para combatir, aplacar o dominar estas fuerzas sobrenaturales, el tratamiento debe ser igualmente de carácter sobrenatural, como lo son las ceremonias magicorreligiosas. Por lo general, estas ceremonias, que consisten fundamentalmente en oraciones y conjuros, contienen también elementos de carácter psicoterapéutico. El hombre primitivo es extraordinariamente susceptible a la sugestión, lo que explica su intensa respuesta a los encantamientos, hechizos y demás recursos de la magia; y el temor que les inspira la violación de las reglas prohibitivas.

Los medios naturales utilizados, son los baños, los eméticos, los purgantes, el masaje, la sangría, y la aplicación de ventosas; los medicamentos de origen herbario también son empleados durante el curso de numerosas ceremonias.

La Farmacia primitiva abarca una desconcertante mezcolanza de unas pocas drogas sumamente eficaces, y una gran cantidad de otras que probablemente son completamente inútiles. Algunas de estas drogas, que la medicina moderna conoce gracias al hombre primitivo, y continúan siendo utilizadas en la práctica actual, son la cáscara sagrada, la cocaína, la picrotoxina, la estrofantina, la emetina, el curare, la efedrina, y la reserpina; esta última recientemente introducida.

Es necesario recordar, sin embargo, que el médico primitivo-

utilizaba las drogas bajo formas muy impuras, y no con criterio empírico, sino como elementos de actividad mágica dentro de un complejo ritual. No solamente el enfermo, sino también los miembros de la familia, los invitados, y aún el mismo médico, ingerían las drogas.

Es indudable que una parte considerable del éxito de la medicina primitiva se debe a la psicoterapia. La confesión y la sugestión, gozan actualmente de creciente prestigio en nuestro propio sistema médico. La medicina primitiva no distingue entre enfermedad física o mental, es evidente que las ceremonias mágicas y religiosas, en las que participan la familia y la comunidad, brindan al paciente un intenso sentimiento de seguridad. En estas condiciones es de esperar una mejoría en el estado psíquico y físico del enfermo, la cual, al estimular los mecanismos de defensa, contribuiría a vencer hasta a las mismas enfermedades bacterianas.

Asimismo la medicina preventiva tiene su lugar en las prácticas primitivas, que en este caso también se vale de fórmulas magicorreligiosas, como las ceremonias y los amuletos. Algunas prácticas, como los baños diaforéticos, los purgantes, la circuncisión, las prohibiciones en materia alimenticia o sexual, y el encubrimiento o entierro de los excrementos, favorecen incuestionablemente a la salud personal y colectiva. La escarificación ritual incluye algunas veces la inmunización contra la viruela.

El médico en la sociedad primitiva, es fundamentalmente sacerdote o exorcista. Comparativamente es un erudito, pues conoce mejor que los demás individuos el mundo sobrenatural, tanto, que algunas veces tiene poder sobre él.

Frecuentemente es el único profesional en una sociedad no diferenciada. No es un farsante ni un psicópta, como algunas veces se ha supuesto erróneamente. Sus prácticas mágicas o ilusionistas tienen valor simbólico, y siguen las normas rigurosas de un ritual bien establecido.

Según los antropólogos, es tan sincero en sus actos como lo es el médico moderno.

Las primeras recetas de que se tiene conocimiento -- existen en los llamados "papiros médicos", entre los que figura el de Eberg, probablemente escrito allá por 1.550 antes de Jesucristo.

En el Deuteronomio figuran ya, señaladas por el primer gran legislador, Moisés medidas de higiene que eran obligatorias entre el pueblo judío.

Después, cuando el pensamiento del hombre se sintió seguro y pudo contar con la lógica en su apoyo, tuvo la osadía - de querer penetrar los secretos de la naturaleza y conocer el origen de las cosas y la terapéutica como la medicina toda, pasó de las manos de sacerdotes a las de los filósofos (auge de la medicina griega).

En aquellos tiempos, como ahora también los métodos curativos se orientaban de acuerdo con las ideas dominantes acerca de la naturaleza de la enfermedad, y si la terapéutica actual tiene como sus principales bases la fisiopatología y la farmacodinamia, en la antigüedad tomaba en consideración las teorías de los cuerpos extraños, la de los humores pecantes y, sobre todo, - las ideas místico-religiosa que imperaban.

De acuerdo con las ideas tan generalizadas de los - fluidos extraños, la mayoría de los recursos terapéuticos tenían por objeto la expulsión de la sangre alterada, de los humores corrompidos; por eso se utilizaban con tanta frecuencia las sangrías, se administraban con exceso los purgantes, eméticos, - sudoríficos y diuréticos.

Y fue precisamente que aparecieran genios como Hipócrates para que se le diera a la naturaleza humana el papel que el corresponde en la curación de las enfermedades. El viejo médico de Cos decía; "La actividad del médico debe limitarse a favorecer la fuerza natural curativa." y con sobre de justicia recomendó tratamientos prudentes utilizar pocos medicamentos y dar especial atención a las prescripciones higiéncio-dietéticas.

Galeno, otro de los grandes representantes de la medicina, sigue en sus prácticas las normas señaladas por Hipócrates. Son dignas de recordarse sus ideas acerca de la diferenciación de la terapéutica en etiología y sintomática. Señaló lineamientos para la dosificación, preparación y empleo de gran número de medicamentos y marcó los principios de la doctrina después llamada alopática (contratia, Contralis).

En el tenebroso período de la Edad Media, la terapéutica como la medicina toda, se encuentra confinada en el más burdo empirismo, en amigable consorcio con la magia, con la alguimia. El Médico medioeval y la medicina monástica nada aportan a las ideas terapéuticas.

De esta oscura época figuran entre los recursos terapéuticos: las invocaciones a los santos protectores, el culto por las reliquias, el empleo de complicadas preparaciones con hierbas cultivadas en los monasterios, la curación de la escrófula al ser tocada por la mano de los reyes, etc. etc.

El impulso considerable que en materia médica caracteriza el siglo XVI se debe a un suceso político de extraordinaria importancia, el descubrimiento del continente americano, que incorporó al arsenal terapéutico gran número de fármacos desconocidos hasta entonces y a la aparición de otro luminar de la medicina, Paracelso, que rompió abiertamente con la tradición milenaria, sembró la semilla del descontento, impulsó la l dura filosófica que deja al espíritu su libertad e iniciativa y despertando al médico de su tiempo del letargo en que se encontraba en materia de terapéutica, inició la observación, y aun cuando muy rudimentaria, la experimentación.

A Paracelso debe considerársele como un verdadero reformador del arte médico. Introdujo la química en la medicina. Decía. "el objeto de la química no hacer el oro, sino preparar los medicamentos." Consideró al cuerpo humano como una combinación de sustancias químicas; por eso en estado patológi-

co necesita de remedios químicos.

A pesar de que en aquellas remotas edades se nos presenta la terapéutica como un todo informe salido de la supertición, no debe olvidarse que de esas épocas poseemos el descubrimiento de algunas drogas activas naturales que, como el opio, las quinas, la ipecacuana, la digital, etc. son medicamentos preciosos que han podido soportar la acción demoledora de los siglos y se utilizan en la actualidad en los mismos padecimientos, con lo cual se ha demostrado la sagacidad de los terapeutas de aquellos tiempos.

Entre las pocas adquisiciones útiles, de los siglos XVI, XVII y XVIII, apenas si influyeron en la marcha de la terapéutica, y eso a pesar de que en ese período encontramos nombres que llenan una época: Harvey, por ejemplo.

En el año de 1641 aparece la Pharmacope Médico-Physica, publicada por Schroeder, en la que se encuentran reunidos miles de medicamentos todavía sin ninguna base científica.

Sin embargo, debemos mencionar, el siglo XVII, algunas modificaciones terapéuticas de Sydenham, basadas en las concepciones biológicas de Van Helmont; a Stahl, creando, el animismo y la expectación vigilante; la transfusión sanguínea, iniciada por Denis en 1667 y la primera inyección intravenosa que se debe a Mayor, profesor el Kiel, el 1688. En el siglo XVIII bueno es recordar el nombre de Hoffman y la iniciación de los estudios de crenoterapia, de hidroterapia y de electroterapia.

Pero todavía en 1836 la terapéutica consistía casi exclusivamente en el empleo de la sangría, de los purgantes y de medicamentos como el opio, el alcohol, el antimonio, el mercurio, el yoduro de potasio, etc. el empleo casi exclusivo de estas medicaciones y su aplicación completamente empírica trajeron el descrédito para esos recursos y el más completo escepticismo en terapéutica.

No podía ser de otra manera, puesto que la medicina

toda en aquella época descansaba en las teorías de la inflamación y en las comprobaciones anatomopatológicas, en los trastornos lesionales que se comprobaban Postmortem.

Todo este período primitivo, empírico de la historia de la terapéutica, se extiende desde el nacimiento de la medicina hasta el primer tercio del siglo XIX.

Se abre un nuevo período con Rodolfo Buchheim (1820-1879) quien, apartándose por completo de la terapéutica clínica, se dedica a la investigación de los procesos fisiológicos que resultan del empleo de los medicamentos; es el verdadero creador de la farmacología experimental y no se limita a determinar la acción de los medicamentos, sino a investigar el porqué de su acción. Es necesario mencionar por la misma época a Magendie (1783-1855) y a Claudio Bernard (1813-1878) quienes también en el laboratorio realizan importantísimos trabajos de farmacología, que desde entonces se considera como una rama de la medicina experimental.

Claudio Bernard termina con las ideas de la fuerza e impone el determinismo, haciendo entrar a la biología en el cuadro de las ciencias experimentales. La medicina experimental, científica, tiene como base fundamental la fisiología. La medicina científica, experimental, debe hacer la aplicación rigurosa del razonamiento a los hechos que le suministran la observación y la experimentación. El método experimental, dice Claudio Bernard, no es más que un razonamiento con cuya ayuda sometemos metódicamente nuestras ideas a la experiencia de los hechos.

La medicina experimental debe comprender tres partes fundamentales: fisiología, patología, y terapéutica. La primera nos da el conocimiento de los fenómenos de la vida en estado normal, nos sirve de orientación para procurar mantener las condiciones normales de la propia vida y conservar la salud; la segunda la enseñanza de los cuadros abstractos de las enfermedades y sus causas, nos facilita el poder prevenirlas y nos sirve de guía pa-

ra la tercera, que nos permite combatir sus efectos mediante la aplificación de los diferentes recursos terapéuticos.

La medicina experimental no necesita tener ligas con sistemas; no será vitalista ni humoral; será simplemente la ciencia que trata de encontrar las causas inmediatas de los fenómenos de la vida, tanto fisiológica como patológica. Sólo después de conocer las enfermedades, de poder ocasionarlas a voluntad y de estar en aptitud de conocer el mecanismo de la acción de los medicamentos, se estará autorizado para emplearlos.

Con el advenimiento de la farmacología terminará lo que podríamos llamar el negativismo en terapéutica. A ello contribuyó la introducción de medicamentos tan importantes como los alcaloides, la iniciación de la inmunoterapia, el empleo sistemático de las prescripciones de orden diético; a este respecto hay que recordar que los estudios de Levoisier y de Magendie pusieron los cimientos sobre los que más tarde se levantaría el metabolismo con todo su amplio desenvolvimiento para marcar las bases incommovibles de la moderna dietoterapia.

Y si bien es cierto que los recursos de orden diético, como los de orden físico, fueron conocidos desde la antigüedad y que tanto Hipócrates como Galeno tomaban muy en cuenta la alimentación de los enfermos y que en la época de los griegos y de los romanos floreció la fisioterapia, no lo es menos que esta importante rama de la terapéutica a llegado a alcanzar su completo desenvolvimiento hasta en los últimos años.

Al siglo XIX se le ha llamado , no sin razón la era de los alcaloides: en efecto, en 1803 Derosne aisla una sustancia cristalizada que denomina sal de opio y a la que unos años después, 1806 Serturner estudiara mejor; en 1809, Vauquelin entrevé la nicotina, 1817 Robiquet descubre la narcotina, Pelletier la emetina, - en 1818 Meissner aisla la veratrina y Pelletier y Caventon la estrinina; en 1819 y 1820 los propios investigadores descubren la brucina, la cinconina, la quinina y Runge señala la cafeína; en 1831 Gei

ger aisla la conicina; en 1855 Gaedeke la cocaína.

Avanzando todavía más la ciencia farmacológica en el si glo XX, se organiza la síntesis química y con ella, la posibilidad de modificar las fórmulas estructurales de las sustancias, soldando nuevos radicales, amputando otros. Y así, una vez conocida la propiedad farmacodinámicas de los medicamentos, se puede, por modificaciones de su fórmula, preparar nuevos compuestos en los que persisten las propiedades terapéuticas y se anulan aquellas tóxicas o indeseables.

Antes, la terapéutica había sido misteriosa, mística, empírica, en la actualidad, despojada de su mente filosófica, modesta, silenciosamente casi siempre, o con explosiones jubilosas cuando descubre las sulfas o la penicilina por ejemplo, trabaja empeñosamente y va tomando el lugar que le corresponde, puesto que cuenta con bases científicas, indiscutibles para fundar muchas de sus conclusiones.

En este período científico, actual, se desdeñan las dis cusiones escolásticas para sustituirlas por los métodos de investiga ción y se multiplica la preparación, por síntesis, de gran número de medicamentos que hasta entonces se había creído que sólo la naturaleza podía fabricar.

Pravaz da considerable empuje con su jeringuilla, Jackson descubre la acción anestésica de los vapores de éter; Young Simpson utiliza el cloroformo; Banting y Best logran aislar la insulina; Casimiro Funk inicia la era de las vitaminas; Brown Séquard la de las hormonas; Domagk inicia la sulfamidoterapia y Fleming conmueve en sus cimientos a la vieja antisepsia y con su penicilina abre la puerta de los modernos antibióticos.

Qué es en la actualidad la terapéutica? Puede definirse; en la rama de los conocimientos médicos, cada vez con carácter más científico, que se ocupa de todo aquello que puede emplearse para curar o para aliviar las enfermedades. Y decimos cada vez con carácter más científico, porque, en efecto, así es; a medida que avanzan los co nocimientos médicos, que se perfeccionan las técnicas en los labora - torios, y que llegamos a desentrañar el mecanismo de la acción de los

fármacos, la terapéutica se encontrará más segura de sí misma al descansar sobre la farmacología experimental.

Se han comparado los medicamentos a los más finos instrumentos de disección para conocer las reacciones fisiológicas del organismo; pero en verdad, el mecanismo íntimo de este acto reaccional - con frecuencia lo desconocemos. Y a pesar de que quisiéramos borrar hasta el recuerdo de la llamada "fuerza vital" que parecía haber sido definitivamente sepultada por Claudio Bernard, siempre tropezaremos - con alguna incógnita que se nos escapa cuando ya creemos estar en posesión de la verdad.

La patología y la farmacología experimentales todavía no pueden dar la solución a todos los problemas: los datos que suministran no pueden ser transportados integralmente a la patología y a la farmacología humanas. Por eso sin desconocer el valor de esos trabajos experimentales que se realizan con animales de laboratorio, el médico, además de tomar como norma, como orientación las experiencias - de los farmacólogos, deberá tener siempre como su mejor campo de estudio el enfermo mismo.

Nunca debe perderse de vista que la medicina comienza necesariamente con la clínica, es ella, la determina y define el objeto de la medicina, el problema médico, y, en el caso, la conducta terapéutica, y que serán la fisiología y la fisiopatología, asociadas a la farmacología, las que nos suministrarán las verdaderas bases científicas al darnos la explicación de los fenómenos morbosos y la manera de tratarlos.

Si el experimentar en el laboratorio necesita series de animales para fijar la actividad de un suero, de una toxina, para valorizar las agluconas difitálicas o la secreción de los islotes de Langerhans, por ejemplo, el terapeuta necesitará casos clínicos numerosos, observaciones meticolosas, realizadas con todo el rigor científico para tener evidencia del valor de un medicamento y poder determinar sus indicaciones y posología.

Necesita tener presente que existen diferencias considerables de una especie animal a otra y con mayor razón de un animal de

laboratorio al organismo humano. En éste no se piense que se van a reproducir con exactitud los resultados obtenidos en el gabinete de experimentación. En el hombre interviene múltiples influencias que modifican la acción medicamentosa, como por ejemplo: la raza, el sexo, la edad, el estado psíquico, etc.,. Si en la antigüedad se tomaban en cuenta los temperamentos, linfático, sanguíneo, bilioso, etc. ahora es indispensable tener en cuenta el funcionamiento vagosimpático, el equilibrio ácido básico, las condiciones metabólicas, el funcionamiento endocrinario, el equilibrio iónico, etc., etc.,

- 1º.- CONSIDERANDO; La evolución histórica y social de la medicina, está no puede estar hoy día administrada sobre bases empíricas;
- 2º.- Todos los acontecimientos históricos del desarrollo de la medicina nos llevan hoy día a procurar el alivio y curación de los pacientes sobre bases estrictamente científicas;
- 3º.- Todos los descubrimientos que ha podido lograr la mente humana en el estudio de la medicina, deben ser puestas, con toda nuestra buena voluntad, al alivio del paciente ante la enfermedad que lo aqueja;
- 4º.- Todos estos descubrimientos, ya sean terapéuticos, fisioterápicos e higiénicos, deberán dirigirse sin restricciones económicas de ninguna clase, a salvar la vida del paciente.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Doctor Lenín Sáenz Jiménez
Primer Médico Asistente.
Sanatorio Carlos Durán.

Al enfocar al enfermo en un trabajo de tipo económico - debemos considerarlo como un individuo que siendo habitualmente pro - ductivo en la inmensa mayoría de los casos, ha dejado de serlo y en - cambio se ha tornado en consumidor de sus propios bienes, o de los de su familia o del estado. Por lo tanto, será no sólo obligatorio sino también conveniente para el estado sacar al individuo de esta situa - ción de consumidor improductivo en el menor tiempo posible, para re - integrararlo a su posición habitual de ente útil dentro del conglomera - do social.

Esta incapacidad del enfermo puede ser parcial o total - y de acuerdo con este concepto la solución del problema se logrará a través de la consulta externa o del internamiento hospitalario.

Hablamos de incapacidad parcial cuando el enfermo a pe - sar de su padecimiento se halla en condiciones de recibir tratamiento ambulante, y aun en muchas ocasiones de continuar en sus labores habi - tuales mientras sigue su tratamiento. Este es el tipo de paciente - que debe canalizarse hacia la consulta externa, dándosele allí una a - tención médica óptima, con fines a evitar que llegue a ser necesario - su internamiento.

La consulta externa en los hospitales debe analizarse - no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el social, ya que dentro del heterogéneo conglomerado que a ella asiste podemos - considerar varios grupos: uno de estos está constituido por personas - neuróticas que vive sintiendo males imaginarios y que asiste a las - consultas con religiosa puntualidad, quejándose cada vez de males dis - tintos; desgraciadamente, este sector es mucho más numeroso de lo que se supone habitualmente y representa un serio problema para el médico consultor, ya que con él se corren dos riesgos: o bien se explora en forma demasiado concienzuda al paciente, tratando de buscarle una cau - sa física a sus padecimientos, gastando en él demasiado tiempo que po

dría emplearse en otro enfermo que lo necesite más, o por el contrario, una vez catalogado como pitiático, en alguna de sus múltiples - consultas puede presentar realmente un padecimiento físico que des - cuidado por el médico pudiera llegar a convertirse en un problema - grave.

Otro grupo lo integran los pacientes que restan impor - tancia a su padecimiento, o viven demasiado ocupados para asistir al consultorio, y dejan progresar su enfermedad hasta llegar a un esta - do de gravedad. Generalmente, la mayoría de los pacientes de este - tipo tienen que ser finalmente hospitalizados por no haber recibido - oportunamente un tratamiento adecuado.

Finalmente, tenemos un tercer grupo constituido por los pacientes que en realidad sufren dolencias física y buscan a tiempo - la consulta médica, y que forman el grupo de enfermos que verdadera - mente se benefician de la consulta externa. En nuestro país, un ele - vado porcentaje de los integrantes de este sector está representado - por anémicos, desnutridos y parasitados. Estos tres últimos tipos - de pacientes constituían en el pasado el mayor porcentaje de hospita - lizados, y al orientárseles hacia la consulta externa se logra des - congestionar los hospitales, dejando campo disponible para los enfer - mos que verdaderamente necesitan hospitalización.

Vemos por lo tanto que la consulta externa de los hos - pitales no es como muchos piensan un departamento de importancia se - cundaria, sino que constituye un servicio tan imprescindible como - los salones de medicina o las salas de cirugía. Sería ideal que, - exceptuando las emergencias, ningún paciente ingresara al hospital - sin haber pasado previamente por la consulta externa.

Entendida la consulta externa en su verdadero valor, - viene a ser un departamento que demanda gastos, ya que el médico pa - ra estudiar concienzudamente a su paciente necesita disponer de su - ficiente tiempo y de la colaboración de otros departamentos como es - tadística, laboratorio, rayos X, servicio social, etc.

Sobre el punto de si debe ser el hospital quien sumi -

nistre las medicinas o si el enfermo quien las compre se ha discutido mucho; sin pretender sentar tesis al respecto exponemos los siguientes hechos: en una consulta externa bien organizada se debe atender más enfermos que los que se encuentren internados en un hospital de tamaño medio; será por lo tanto muy elevado el costo de las drogas que se consumirán en este departamento; como ya lo notamos, un buen número de pacientes lo constituyen personas pitiáticas sin verdadera dolencia física, en las que no se justificaría una elevada inversión en drogas que podrían ser utilizadas por pacientes que las necesitarán más urgentemente; otro grupo de pacientes disponen de los medios suficientes para comprar sus medicinas; como sobre el paciente ambulante no se puede tener control efectivo para la toma de sus medicinas, a menudo dejan de tomarlas apenas se sienten mejor, perdiéndose parte de ellas, lo que sucede más fácilmente cuando el enfermo no las ha pagado, ya que en muchos casos, cuando las han comprado, se las toman todas para no perder su dinero; finalmente, existe un grupo de pacientes que llegan a la consulta externa de hospitales que obsequian las medicinas y llevan las recetas a la farmacia para que se las despache, no volviendo después a retirarlas y perdiéndose las drogas y el tiempo del farmacéutico. Además, creemos que debe tratar de mantenérsele el sentido de dignidad al enfermo, haciéndosele sentir que no es una carga total para el estado, sino que también ha contribuido económicamente, aunque sea en forma parcial, a su restablecimiento. Por todas estas razones no recomendamos la repartición de las medicinas en forma indiscriminada, sino su distribución cuidadosa a través del servicio social, para que el enfermo las pague en proporción a sus capacidades.

El enfermo grave o aquél que necesita vigilancia médica más inmediata es el que debe ser hospitalizado. En líneas generales los casos que requieren internamiento hospitalario pueden dividirse en médicos y quirúrgicos.

Los casos médicos generalmente son los de estancia más prolongada en el hospital. Por tratarse de individuos que han tenido que abandonar sus trabajos a causa de sus padecimientos, pasando-

a constituir mientras estén enfermos un problema económico para ellos mínimos, para su familia y para el estado, es conveniente y constituye una obligación para el hospital como organismo estatal, tratar de acortar el período de hospitalización y re-integrar al enfermo lo antes posible a su ocupación habitual. En los casos en que sea necesario emplear de preferencia medicamentos de alto precio por su mayor efectividad, con miras a cortar en forma efectiva la estancia del paciente, debe usarse éstas a pesar de su cos to, ya que el empleo de drogas más baratas pero menos efectivas puede prolongar el período de hospitalización, elevándose al fin de cuentas el costo de estancia. Es recomendable que en estos casos las recetas de esas drogas de alto costo sean supervisadas por un médico con concepto administrativo, con el fin de evitar abusos bien intencionados de quienes no conocen exactamente el estado presupuestal de la Institución.

En los casos de estancia muy prolongada debe hacerse un estudio social muy completo de la situación económica del paciente no sólo antes de su enfermedad, sino también en el posible futuro a su salida del hospital ya que en muchos casos de estos los enfermos pierden sus puestos y gastan sus ahorros y al no considerarse estas posibilidades podría pecarse de injusto al efectuarse el cobro hospitalario.

Los casos quirúrgicos son generalmente de costo elevado y permanencia corta: es un concepto hoy ampliamente aceptado al de que el paciente operado debe tratar de movilizarse lo antes posible, lo que acorta el período de internamiento. El alto costo de las estancias de estos pacientes, a pesar de sus cortas permanencias intra-hospitalarias proviene del mucho personal especializado que debe atenderlos (cirujanos, anestesistas, enfermeras adecuadamente entrenadas, personal de esterilización, etc.) y del alto valor de los materiales empleados en los actos quirúrgicos.

En los pacientes quirúrgicos no protegidos por seguros que cubran probables incapacidades parciales o totales para su trabajo habitual, estas deben ser tomadas en cuenta a la hora de hacer el estudio socio-económico para un cobro hospitalario justo.

Como en la mayoría de los casos debe colocarse al futuro paciente quirúrgico en condiciones óptimas antes de la operación - propiamente dicha, es recomendable que por lo menos la parte más prolongada de la preparación pre-operatoria se realice en la consulta - externa del hospital.

En los departamentos de maternidad de los hospitales es recomendable admitir, cuando no haya evidencia de complicaciones, sólo a las pacientes que presenten indicios de la inminencia del parto; se obtendrá en esta forma estancias cortas y hospitalización única - mente durante el tiempo indispensable, manteniéndose a las madres alejadas al menor tiempo posible de sus hogares. Sin embargo en los casos en que se tema complicaciones durante el parto o inmediatamente antes o después de él, debe internarse a la paciente desde unos - días antes, para someterla a estricta vigilancia médico-obstétrica.

Lamentablemente, en la mayoría de las maternidades el - personal vive sumamente ocupado la mayoría del tiempo, pues sería - muy beneficioso que se instruyera a las madres sobre los cuidados y alimentación futura de sus hijos. También sería conveniente que se exigiera a las futuras madres al hospitalizarse aportar por lo menos un donador de sangre, pues en la mayoría de las emergencias obstétri - cas es indispensable este precioso líquido, que a veces en los momen - tos de urgencia resulta muy caro o muy difícil de conseguir.

Los niños enfermos que se hospitalizan en los departa - mentos de pediatría pueden también dividirse en médicos y quirúrgi - cos, con estancias más cortas de éstos que de aquéllos. También de - ben dividirse de acuerdo con su edad en prematuros, lactantes, post - lactantes, pre-escolares y escolares; además debe existir departamen - tos especiales de aislamiento para enfermos infecto-contagiosos. El niño es un organismo en crecimiento de manejo delicado, que se hace - más delicado aún al enfermarse; para atenderlo se necesita personal - especializado, no sólo por el conocimiento de técnicas especiales, - sino también por el afecto que deben proporcionar al enfermito para - tratar de aliviar la falta del hogar.

Un problema sumamente serio y frecuente en nuestros hos

pitales lo constituyen los niños distróficos, producto de la pobreza e ignorancia del medio, pues son casos de hospitalización prolongada y vigilancia cuidadosa.

Una de las obligaciones del hospital a la que no se le ha dado el suficiente énfasis es la de educar a las madres sobre nutrición e higiene elementales, para evitar los frecuentes internamientos de sus niños enfermos; ésto podrían hacerlo los médicos de la consulta externa de pediatría si dispusieran de tiempo suficiente.

Es recomendable en los casos que requieran tratamiento prolongado internar al niño sólo durante el tiempo indispensable, en causándolo luego hacia la consulta externa. También es recomendable que los niños con porvenir quirúrgico sean preparados en la consulta externa hasta donde sea posible. Las ventajas de estos sistemas constituyen no sólo economía para el hospital sino menor alejamiento de los enfermitos de sus hogares.

Finalmente, deben considerarse como una categoría especial los enfermos crónicos de asilos y sanatorios, cuya permanencia en estas instituciones se vuelve generalmente sumamente prolongada, trayendo como consecuencia un severo problema económico familiar. Con mucha frecuencia, su largo internamiento en estos centros de salud lo llegan a considerar como un encarcelamiento y ésto los induce a fugarse antes de completar sus tratamientos, perdiéndose el dinero y el esfuerzo gastado en ellos. Los tratamientos quirúrgicos en estos tipos de enfermos son a menudo de costo muy elevado. En la mayoría de estos casos, después de haber sido dados de alta, tienen que seguir un control ambulante muy cuidadoso y muchos de ellos quedan incapacitados para volver a sus primitivos trabajos, teniéndolo que buscar una nueva orientación. En muchos de estos casos la situación económica familiar se torna tan precaria que se hace necesario buscar la manera de auxiliarlos económicamente.

Es recomendable en estos tipos de enfermos aprovechar el largo tiempo de permanencia en las casas de salud para darles instrucción de rehabilitación con el fin de prepararlos para trabajar a su salida en labores de acuerdo con su futura capacidad.

Es en instituciones de este tipo donde el cobro hospitalario viene a constituir un problema muy serio que debe ser objeto de estudio muy cuidadoso, ya que en un alto porcentaje de casos no sólo no sería recomendable, sino que hasta estaría contra-indicado.

- 6.- te, tomando en cuenta los gastos de los ahorros en casos de -internamiento prolongado del jefe de la familia, la situación futura del paciente al salir del hospital y las probables incapacidades parciales o totales que pu diera dejarle la enfermedad.
- 72.- Sería recomendable en los departamentos de maternidad repar -tir instrucción escrita u oral, o por cualquier otro medio adecuado, como grabaciones, películas, etc., sobre el futuro -cuidado y alimentación de los hijos. Esta misma recomenda -ción podría hacerse al departamento de pediatría.
- 82.- En los casos de niños enfermos que requieran tratamiento pro -longado es recomendable internarlos sólo durante el tiempo indispensable y encausarlos luego hacia la consulta externa. Recomendación similar se hace para la preparación pre-operato -ria en casos quirúrgicos.
- 92.- El problema socio-económico de los enfermos crónicos de los asilos y Sanatorios generalmente es muy severo, por lo que no es recomendable en estos casos el cobro hospitalario sin un -estudio muy cuidadoso del servicio social.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Don Rodolfo Meza Peralta, Ad
ministrador del Hospital de
Puntarenas

El apego del individuo a la vida, el recelo ante la enfermedad, no só lo porque ésta nos trae el dolor y nos acerca a la muerte, sino por el lógico temor que nos inspira el desamparo o la invalidez, han obligado al hombre a través de todas las edades a estudiar y profundizarse en los fenómenos que alteran el buen funcionamiento de su organismo. De esta suerte, no ha habido un sólo instante en toda la historia de la humanidad, que un puñado de hombres, identificados los unos con los otros y esparcidos en toda la redondez de la tierra, no estén entregados por entero a la piadosa tarea de combatir a la enfermedad en todas sus manifestaciones.

Muchos han sido los campos en que se ha librado y se sigue librando esta singular batalla, hoy nos interesa referirnos a uno de los más importantes: EL HOSPITAL.

Mitigar los sufrimientos físicos del paciente, contribuir a su curación y darle fortaleza para sus lesiones espirituales, a fin de que éste pueda reintegrarse a sus deberes de ciudadano, tal es su labor fundamental.

El hombre no es un ser aislado, nació de la comunidad, vive de la comunidad y por lo tanto se debe por entero al sentimiento de comunidad; la comunidad a su vez como principal beneficiaria de ese sentimiento indivisible de unidad, para poder subsistir está obligada a darse a sí misma lo mejor de sus servicios. Cada individuo es una pieza importante en la máquina social de la humanidad y dentro de ella cada cual tiene un deber inexcusable a cumplir; solamente el niño y el anciano deben de estar exentos de ello; el anciano, porque ya tiene ganado el derecho a protección y descanso; el niño, porque es el hombre del mañana y debe prepararse convenientemente para que su labor sea pródiga y utilitaria; los que por cualquier otra razón eluden esa responsabilidad, involuntariamente o de grado son parásitos que viven del esfuerzo y de los afanes de los demás. De allí que sanar al enfermo y ponerlo en las mejores condiciones de trabajo en el menor tiempo posible, es el deber fundamental del Hospital.

La integridad moral de cada pueblo, su grado de desarrollo físico o intelectual, su propósito de buen gobierno y la sabiduría de sus líderes, se reflejan quizá con mayor exactitud, en la preocupación que se tenga por la salud pública, pues no puede admitirse que llenan a cabalidad sus funciones,

quienes con mayor o menor indiferencia, debilitan las fuerzas que necesita la comunidad para su florecimiento material, espiritual y económico. Un pueblo sano es fuerte hasta en el infortunio.

Dichas así las cosas, nos interesa dejar clara esta verdad: no sólo la junta de gobierno, el cuerpo médico, el cuerpo administrativo y los demás altos funcionarios de un Hospital, debieran ser, como guías y orientadores, responsables en su totalidad, de la mala o buena marcha de la institución; creemos que esa responsabilidad debe asumirla igualmente la colectividad, como máxima directora de su propia organización.

Todo Hospital, cualquiera que sea su capacidad, el lugar en que esté ubicado y la especialidad que abarque, debe hacer funcionar al máximo todos los recursos de que dispone, a fin de que sus servicios sean suficientemente satisfactorios y merezcan la confianza de quienes han de servirse de ellos. Para eso es necesario contar con una buena planta física, el equipo indispensable de trabajo y sobre todo, de un cuerpo social idóneo, es decir, responsable, disciplinado y entusiasta.

Tanto en el aspecto exterior como en el interior, debe dar una amplia sensación de seguridad y ésta se trasluce a través de los cuidados con que sea tratado el paciente, el orden y buena disposición de los servicios, el colorido de sus jardines y la limpieza extremada de sus edificaciones y mobiliario, es decir, debe ser limpio, acogedor y práctico. El paciente debe ser tratado mejor que si estuviera en su propio hogar rodeado del cuidado de los suyos porque él se ha confiado por entero a las capacidades morales é intelectuales del servidor hospitalario. Sobre este particular, la revista "Hospital Management" en el año 1954 publicó los siguientes

"DIEZ MANDAMIENTOS DEL HOSPITAL"

- I - El enfermo es la persona más importante del Hospital y todas las actividades deben ser orientadas hacia su plena satisfacción.
- II - El enfermo depende de nosotros por unos días o semanas..... pero nuestra reputación depende permanentemente de él.
- III - El enfermo no perturba nuestro trabajo; es nuestro trabajo, y por esto ha de ser objeto de todas nuestras atenciones.

- IV - El enfermo nos distingue con su confianza cuando nos reclama; nosotros no le hacemos ningún favor especial al atender su llamada.
- V - No es alguien con quien hemos de discutir, sino alguien a quien hemos de aliviar.
- VI - El paciente es el motivo determinante de nuestra profesión; no sólo nuestra generosidad, sino también nuestro interés, nos obligan a atenderle como merece.
- VII - El enfermo no es un dato estadístico; es un ser humano con cuerpo y alma, con sentimientos y emociones aguzados por su afección y por la soledad que le rodea.
- VIII - El y su familia nos confían su persona en un trance difícil; es nuestro deber justificar plenamente su confianza y fé en nosotros.
- IX - El paciente merece la mejor atención profesional que pueda prestarle la medicina contemporánea y la más atenta cortesía que la solidaridad humana sea capaz de proporcionar.
- X - Hemos de recordar siempre que si la humanidad no enfermara, no habrían Hospitales; nuestra función está pues centrada en la existencia de la enfermedad y en la persona del enfermo.

Estos diez mandamientos pueden resumirse en una actitud: tratar a los enfermos con cariño, atender a todas sus necesidades con una sonrisa en los labios y recibir a sus familiares angustiados por el estado del paciente, de manera afectuosa, dándoles toda la información pertinente que pueda contribuir a su consuelo y tranquilidad. Cuando así se obra, se gana pronto el respeto de la comunidad."

Al igual que cualquier empresa, el Hospital necesita tener un sólido prestigio que le ayude a obtener las rentas que han de garantizar su mantenimiento, ya sea por el cobro de los servicios que suministra, por el espíritu filantrópico de la colectividad o por los dineros que reciba del Poder Central; ese prestigio no sólo se obtiene de la capacidad científica de su cuerpo técnico, sino también de la afabilidad y solicitud con que se atiende el paciente y a sus familiares. La cortesía es fundamental en cada uno de los miembros del cuerpo social; pues poco o nada gana el Hospital en su

buen crédito, con el éxito en un tratamiento largo, caro y difícil, si las relaciones del personal para con el paciente, no han sido satisfactorias. De allí la importancia en la escogencia del servidor hospitalario; necesariamente ha de reunir condiciones excepcionales y estar siempre dispuesto a sacrificar muchos de sus goces personales para beneficio de quien yace en una cama angustiado por el dolor. Pero bién, si a tales trabajadores se les exige actividad permanente, dedicación total a sus deberes, abnegación constante y subordinación de sus necesidades personales a las del paciente, lógico es que ellos merezcan la mayor consideración de toda la comunidad, que se les trate afablemente y se les retribuyan sus servicios con un salario justo y equitativo que le permitan a él y los suyos vivir holgadamente y con el decoro que corresponde a su nivel social.

Las angustias económicas plantean en el individuo problemas de hondas raíces síquicas, pues quien recibe una escasa remuneración a cambio de un trabajo físico o intelectual, lógicamente lleva en su subconciencia un sordo rencor hacia la sociedad, vive malhumorado y a menudo se siente acorralado por dos de los fantasmas que devoran el alma: la envidia y la ira, y en ninguna forma puede confiarse la suerte de un enfermo a personas que no tengan plena confianza de sí mismas, a quienes viven a la deriva de sus preocupaciones, ni a quienes no poseen un fuerte sentimiento de fraternidad humana.

Si queremos que nuestras instituciones hospitalarias alcancen el nivel que en el concepto moderno, como resultado de largas experiencias y del avance científico, tienen los Hospitales de países más adelantados, preocupémonos principalmente por desarrollar la personalidad del servidor hospitalario, instruyéndole convenientemente en las técnicas de su trabajo, orientando su curiosidad psicológica hacia la comprensión de sus semejantes y otorgándole los derechos que en el campo social y dentro de las normas justas de convivencia humana es acreedor todo individuo; así despertaremos el interés de los más capaces para seguir la carrera hospitalaria y con ello lograremos la formación de equipos de trabajo bien constituidos, base sólida para que los Hospitales sean verdaderos centros de recuperación.

RESUMEN DEL TERCER PUNTO
A CARGO DEL
Sr. Don RCDOLFO MEZA PERALTA

1. Cada individuo es una pieza importante en la máquina social de la humanidad y dentro de ella cada cual tiene un deber inexcusable a cumplir; de allí que sanar al enfermo y ponerlo en las mejores condiciones de trabajo en el menor tiempo posible, es el deber fundamental del hospital.
2. No sólo la Junta de Gobierno, el Cuerpo Médico, el Cuerpo Administrativo y los demás funcionarios del Hospital, debieran ser responsables en su totalidad de la mala o buena marcha de la institución, pues aunque ellos son guías y orientadores de ésta, la responsabilidad debería corresponderle también a la colectividad, como máxima directora de su propia organización.
3. Todo Hospital, cualquiera que sea su capacidad, el lugar en que esté ubicado y la especialidad que abarque, debe hacer funcionar al máximo todos los recursos de que dispone, a fin de que sus servicios sean suficientemente satisfactorios y merezcan la confianza de quienes han de servirse de ellos.
4. Con base en decálogos de Hospitales nacionales y extranjeros, se ría conveniente elaborar un decálogo para el Sistema Hospitalario Nacional que sirva para la orientación ética de sus instituciones.
5. Se debe estimular al servidor hospitalario en forma proporcional a la labor que cumple.

SITUACION ECONOMICA DE LOS HOSPITALES

Sr. Arturo Arias Jiménez
Auditor Consejo Técnico
Asistencia Médico Social.

Como corolario de las anteriores exposiciones, debemos analizar la situación de los centros hospitalarios bajo el gobierno de las Juntas de Protección Social, a la luz de la realidad económica; no sin antes, dejar

bien definido que se trata de un problema sumamente difícil, al cual en repetidas ocasiones se le ha tratado de buscarle la solución más conveniente para los intereses del país y del enfermo institucional. En febrero de 1954, el Poder Ejecutivo, mediante decreto especial respaldó los estudios que se estaban llevando a cabo en aquel entonces, para lograr la efectividad de planes de organización sobre este tipo de prestación; dos millones de colones se gastaron en estudios específicos realizados por consultores extranjeros, expertos en coordinación hospitalaria; diferentes y distinguidos técnicos en la materia, han venido a Costa Rica para tratar sobre el mismo tópico. El doctor Almenara Yrigoyen enfocó el problema hospitalario nuestro, dentro de la realidad económica nacional y con especial referencia al Hospital San Juan de Dios. Todo esto hace suponer, los esfuerzos realizados para el logro de la mejor solución de los delicados aspectos atinentes a la salud del enfermo institucional, pero es lo cierto, que un alto porcentaje de los costarricenses mueren sin atención médica; que la mayoría de los hospitales continúan afrontando el serio problema de la falta de espacio en sus instalaciones físicas; que el Asilo Chapuí registra un índice ocupacional de camas del 122.53% y lo normal es el 80%; que debemos pensar seriamente en el funcionamiento del Hospital Nacional de Niños; que debemos prestar nuestra debida atención a las zonas del país, que no cuentan con centros de salud de ninguna naturaleza, etc.

Es de absoluta necesidad, que demos a conocer en este Congreso, para un mejor juicio sobre la situación real de nuestros hospitales, datos contables y estadísticos, cuyas cifras demuestran el alto costo de la prestación del enfermo institucional; tenemos como ejemplo, que el monto de las erogaciones del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Heredia, efectuadas en el año de 1949, alcanzaron a la suma de \$197.213.00 para atender a 2.435 pacientes, cuyo costo de ENFERMO-DIA ascendió a \$809.91, en tanto que los gastos del ejercicio económico anterior sumaron \$1.070.484.63 y el número de pacientes atendidos fue de 6.397, resultando el costo de ENFERMO-DIA en \$1.673.42; es decir, a más del doble se elevó, después de diez años, el valor de la prestación de cada uno de los pacientes que ocuparon una cama en el Hospital de Heredia. En iguales circunstancias, han venido operando todos los demás centros hospitalarios del país.

La justificación del aumento de las cifras monetarias, tienen respues

ta en una medicina moderna de alto valor, en el crecimiento de la población, en un mayor número de servicios y muy especialmente, en el factor educacional y de confianza del enfermo hospitalario, que recurre a la zona de atracción en que vive y así tenemos que el Hospital Regional de Guacaste, atendió hace diez años 1921 pacientes y en 1959 esa prestación cubrió a 3.522 personas; notorio aumento que también registraron todos los demás centros de salud; esas informaciones estadísticas en el Hospital Max Peralta de Cartago, respectivamente corresponden a las cantidades de 3.862 y 7.625; no menos elocuente resultan los números del Hospital San Rafael de la ciudad de Puntarenas, que en el primer período atendió 3.137 enfermos y en el segundo, 6.213 y las hospitalizaciones registradas en el Hospital de Alajuela, en la cantidad de 2.284 en el año de 1949 y en el pasado, 5.829 enfermos fueron atendidos en esta otra institución. Nuestro máximo hospital, el San Juan de Dios, registró el mayor aumento en hospitalizaciones, 23.947 pacientes en el año de 1949 y 34.928 en 1959.

Estas informaciones nos colocan, para beneficio de Costa Rica y de los costarricenses, frente a una verdad incuestionable: mejor medicina para el enfermo hospitalario y mayor cultura para los ciudadanos. Las futuras madres y las parturientas concurren confiadamente a la maternidad rural y se alejan cada día más de la "comadrona" del pueblo; el campesino y el hombre de la ciudad buscan al médico en el hospital, van olvidándose del paliativo que les mitigaba su dolencia; el enfermo en su edad senil, requiere una atención patológica y debe ser tratado en el Hospital para Crónicos; el Asilo Nacional de Ancianos de Alajuela, debe de convertirse en este tipo de institución, que en la actualidad no disponemos y las camas de nuestros hospitales deben de descongestionarse con los casos sociales. El llamado pabellón "San Roque" del San Juan de Dios, no era otra cosa que un salón para crónicos.

Dentro del enfoque de la situación real de nuestras instituciones hospitalarias, hemos de manifestar, que las reformas que el año pasado se le introdujeron a las leyes de trabajo, cuyas consecuencias monetarias vislumbró el Poder Ejecutivo al vetar la ley que posteriormente reselló la Asamblea Legislativa, han significado por ahora, las siguientes complicaciones, sin contar con la justa demanda de otros asalariados, muy especialmente por parte de las auxiliares de enfermería, a las que se les exigen cursos especiales:

POR REAJUSTE FIJACION DE SUELDOS.....	¢ 770.857.75
POR AUMENTO DE PERSONAL AL REDUCIR LA JORNADA ORDINARIA DE TRABAJO.....	<u>1.229.705.75</u>
T O T A L.....	<u>¢ 2.000.563.50</u>

También debemos manifestar que existen deficiencias de orden técnico en nuestro tipo de instituciones, derivadas por la falta del cumplimiento por razones económicas, a la disposición ejecutiva que claramente señala el siguiente personal específico, para cada 25 enfermos hospitalizados:

- UN MEDICO,
- UNA ENFERMERA GRADUADA,
- DOS AUXILIARES DE ENFERMERIA y
- DOS SALONERAS.

En el presente, la mayoría de los hospitales no funcionan dentro de esa reglamentación mínima de personal específico y ello es desde el punto de vista profesional y laboral, inconveniente. Tenemos el caso, entre muchos más, el del Hospital de Cartago que atendió el año anterior 7.625 enfermos, con un promedio de médicos del 13.58 y en realidad debió haber tenido el 15.57; o bien, el Hospital de Alajuela, que trabajó durante este mismo lapso con 4 enfermeras graduadas y el reglamento le exige 15; en igual forma, encontramos el Hospital de Grecia y de San Ramón y de San Carlos, etc. Los Centros Rurales de Asistencia no deben de seguir exigiendo a las obstétricas, que estén disponibles las 24 horas del día para atender los partos que se presentan; en la mayoría de los cantones en donde no hay hospital, existe una maternidad, a cuyo servicio encontramos sólo una obstétrica y ello es inhumano, porque los niños nacen en cualquier momento y todo trabajador tiene legalmente derecho a las horas y días de descanso; en iguales condiciones están los médicos que prestan sus servicios en estos centros de salud. Por lo general, en estos lugares se les exigen a esos profesionales más sacrificio intelectual, que en las ciudades de mayor población, no obstante las situaciones económicas del medio en que trabajan.

Solamente, para que los Hospitales Regionales y Periféricos funcionen como Dios y la Ley mandan, necesitamos para disponer de este personal específico en servicio, elevar la actual suma de ¢2.488.610.70 a la cantidad de ¢5.340.279.10; la diferencia de casi tres millones de colones, solo

para este tipo de personal, sin incluir al Hospital San Juan de Dios, ni a las maternidades rurales, ni a los Centros de Asistencia Médica Especializada, cuyas necesidades son mucho mayores. En los mencionados hospitales de Alajuela, Cartago, Heredia, Liberia, Limón, Puntarenas, Grecia, San Ramón, San Carlos, Cañas, Pérez Zeledón, y Puerto Cortés, contamos con el siguiente déficit de personal específico:

51 MEDICOS

93 ENFERMERAS GRADUADAS

53 AUX. ENFERMERIA y

62 SALONERAS.

Por otra parte, es inconcebible que a un hospital cuyas instalaciones y edificios cuentan con más de una centuria, se le asigne para mantenimiento de los mismos \$30.000.00, si solo en tapar goteras y pequeñas reparaciones se eroga esa suma y más; por consiguiente, no pueden atenderse debidamente los desperfectos de las redes de cañería y cloacas, ni pintar las paredes ni los techos, ni embellecer los jardines que forma parte de la vida hospitalaria junto con el ornato de los salones; o bien, el hecho de tener que aprobar un presupuesto en el que de antemano se conoce que las partidas para alimentación, medicinas, ropería, etc., son insuficientes; o llamar hospital, a una casa que no reúne todas las condiciones arquitectónicas modernas. Todo este proceso artificioso en que hemos venido operando, no es otra cosa que pretender engañarnos, a nosotros mismos, pero ello tiene un límite y a él estamos llegando, al agotarse los recursos financieros; por ello nos referimos anteriormente a la necesidad de prevenir el caos económico y manifestamos categóricamente, que ni la Junta de Gobierno, ni el cuerpo de funcionarios, deberían ser responsables de las deficiencias técnico-administrativas de este tipo de instituciones y en que ello debería participar en forma activa la comunidad; esta es nuestra preocupación y el deber y la responsabilidad nos obligan a presentar a esa comunidad el problema tal como es, sin más engaño. Partimos del principio fundamental de que los hombres somos dependientes entre nosotros y constituimos un organismo, en el cual cada uno es una célula, cuya confraternidad descansa en los aspectos morales y legales porque se rige la economía de la Gran Sociedad de la Vida, en la que entran en juego los intereses del inter

cambio de productos por dinero o de servicios por valores, como medio jurídico para lograr la capitalización de los bienes de la empresa, de la organización, del Estado, etc., asegurándose en tal forma los éxitos económico-financieros de un propósito, de un negocio o de un ideal y tratándose de la salud pública de los pueblos, los dineros que se eroguen en esta clase de actividades, cualesquiera que fuesen las sumas efectivas, deben de considerarse como inversiones rediticias para el propio beneficio de la comunidad.

Si los dineros no existen en las arcas de los hospitales y el presupuesto de la nación, resulta físicamente insuficiente, para duplicar el monto de las subvenciones que se han venido destinando para la atención del enfermo institucional, debemos solicitar a la comunidad un mayor aporte económico, porque los enfermos reclaman esa contribución en dinero contante y sonante y los costarricenses no deben de seguir muriendo sin atención hospitalaria, en el alto porcentaje que citamos en la primera parte de esta exposición y ustedes señores médicos, deben de tomar parte activa en esta cruzada por una mejor salud pública y ustedes abnegadas profesionales del uniforme blanco, también deben de acudir a nuestra cita; en igual forma, deben de responder a nuestro llamado, esas santas mujeres que llevan en la mano un rosario y en el corazón el amor al prójimo; igualmente volvemos los ojos al Cuerpo Administrativo, que desde sus escritorios contribuyen a la recuperación del paciente, así como al resto del personal, ya que la labor hospitalaria es un todo armónico, en donde, desde el más humilde servidor hasta el Médico Director y los Miembros de la Junta Directiva, se deben dar por entero y con todo cariño, al restablecimiento de sus semejantes afectados por la enfermedad. Los sindicatos y las agrupaciones de trabajo que funcionan en nuestros hospitales, deben de patentizar en esta hora de difícil medio económico para nuestras instituciones, los ideales doctrinarios por una mejor convivencia con la población hospitalaria costarricense. De unos y otros, necesitamos las voces de aliento y de respaldo moral ante la opinión pública y ante nuestra Asamblea Legislativa, cuando llegue el momento de trasladar a los señores diputados la realidad del problema, en solicitud de un nuevo sistema tributario en beneficio del enfermo institucional, a quien se le garantizará en cambio, ampliamente la lucha diaria por la recuperación de la salud perdida, retribuyéndole en forma de atención médica el tributo que pagare, estableciéndose en esta forma una nueva modalidad en el Sistema

Hospitalario, al quedar el Hospital al servicio amplio de la comunidad que lo necesita y sin que ello signifique dádiva caritativa, sino una obligación del Estado dentro de la estructura social de su evolución; con cobro retribuido unicamente para quienes contraten atención, en los salones del pensionado.

Antes de llegar a las conclusiones finales de este tema, hacemos respetuoso y atento llamamiento al señor Ministro de Salubridad Pública, al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, al Colegio de Médicos y Cirujanos, a la Unión Médica Nacional, a los Colegios de Enfermeras, de Microbiólogos, de Farmacéuticos, de Contabilistas; a la Asociación Nacional de Enfermeras, a las Juntas de Protección Social del país y a la comunidad en general, para que se le preste la debida atención al problema que dejamos planteado en este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales, en relación con la absoluta necesidad de aumentar los ingresos para la atención del enfermo de beneficencia, en condiciones aún más técnicas para el paciente y más humanas para el personal; o se estudie seriamente la unificación de servicios hospitalarios, tal como lo han venido manifestando en la prensa nacional distinguidos médicos; por cuanto, es el médico precisamente, el llamado a llevar muy adentro de su corazón, las ansias de la renovación médica, de la preocupación del beneficio social, de la orientación y coordinación de la medicina integral del paciente, dentro de los sentimientos humanitarios, científicos e intelectuales, en que descansan sus principios de su noble profesión.

No tiene ninguna importancia el nombre del organismo que oriente los sistemas hospitalarios del país, que procure mayores elementos técnicos para prevenir la enfermedad, que disponga de mejores recursos económicos para el desarrollo de programas de salud pública en general; lo básico, lo importante, lo fundamental, es conseguir el logro de una mayor protección para el enfermo que el destino le deparó, como única herencia, el haber nacido en un hogar lleno de privaciones, de angustias y de miserias y que tiene igual derecho, que el resto de los costarricenses.

C O N S I D E R A N D O :

- 1.- Que cada individuo es una pieza importante en el engranaje de la sociedad y dentro de ella cada cual tiene un deber inexcusable que cumplir y al enfermarse, se ve obligado a abandonar esta obligación y deja de ser el individuo habitualmente productivo para tornarse exclusivamente en consumidor, razones por las cuales debe tratar de sacársele de esta situación para reintegrarlo a su ocupación habitual en el menor tiempo posible;
- 2.- Que para lograr esta rápida reintegración del enfermo, deben de utilizarse todos los progresos de la medicina moderna, aunque ello implique un costo más elevado en la mejor atención del paciente, lo cual requiere una mayor fiscalización técnica y económica;
- 3.- Que durante los últimos 20 años los hospitales han evolucionado técnicamente en forma superior a su desenvolvimiento económico y ante el aumento de la población y de la necesidad de mayores servicios médico-asistenciales, se hace necesaria la búsqueda de nuevas fuentes efectivas de ingresos;
- 4.- Que el cobro hospitalario, no obstante sus complicaciones para hacerlo efectivo, ha constituido un ingreso mínimo y que a pesar de que el Estado ha asumido hasta ahora la función de guardián de la salud pública, los recursos económicos no permiten llenar a cabalidad esta función social;
- 5.- Que ante tales circunstancias, no sólo la Junta de Gobierno y los Cuerpos Técnico y Administrativo del Hospital, deberían ser responsables de la marcha de la institución, sino también la colectividad, como parte interesada en su buen funcionamiento;
- 6.- Que para el logro de los propósitos de la medicina institucional y la justa remuneración del trabajador hospitalario, son insuficientes las actuales fuentes de ingresos económicos.

C O N C L U S I O N E S

- I.- Que la prestación en beneficio del enfermo institucional, exige aún una mayor dirección técnica y administrativa, para tratar de obtener el rendimiento máximo y el óptimo provecho de los fondos invertidos, para dar cumplimiento a la obligación del Estado, de ayudar al enfermo a recuperar la salud perdida.
- II.- Que es necesario fortalecer legal y económicamente, al Organismo Contralor de nuestro Sistema Hospitalario, a cuyo cargo debe ría estar la distribución técnica de todas las rentas destinadas a tales fines.
- III.- Que la situación económica actual de los hospitales, bajo el Gobierno de las Juntas de Protección Social, evidencia la urgente necesidad de contar con nuevas fuentes de ingresos para llenar a cabalidad sus obligaciones, ya que los recursos monetarios actuales, son absolutamente insuficientes.

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

CONSIDERANDO:

1. Que el actual sistema de Gobierno Hospitalario, adolece de serios defectos que es preciso corregir, según se desprende de los trabajos presentados por la comisión correspondiente.
2. Que el avance de las ciencias médicas hacen del hospital moderno una organización sumamente compleja, que exige de quienes tienen a su cargo el manejo de esos centros asistenciales, una mayor preparación técnico-administrativa.
3. Que el actual Reglamento General de Patronatos y Juntas Directivas de Protección Social, emitido en el año de 1941, no limita ni define claramente las atribuciones de las Juntas de Gobierno dentro del campo hospitalario.
4. Que el reglamento general de Hospitales vigente tampoco establece en forma concreta las atribuciones y deberes del personal de las instituciones médico-asistenciales.
5. Que de acuerdo con las disposiciones reglamentarias citadas, la intervención de la Dirección General de Asistencia encuentra numerosos obstáculos que le impiden llevar a cabo sus funciones en debida forma, con evidente perjuicio de los amplios fines que la sociedad de nuestros días le ha confiado a los hospitales

RECOMIENDA:

1. La revisión del Reglamento General de Patronatos y Juntas Directivas de Protección Social, con el propósito de fijar límites a las disposiciones de las Juntas Directivas en el manaje de los Hospitales y centros Rurales de Asistencia.
2. Que se revise igualmente el Reglamento General de Hospitales Nacionales, con el objeto de actualizar sus disposiciones, de manera que se definan las líneas de autoridad, los deberes y

atribuciones del personal, lo relativo a la clasificación de los pacientes atendidos, así como incluir aquellos aspectos no contemplados en la reglamentación actual, tales como sistemas de coordinación entre los diferentes servicios técnicos y administrativos, organización del cuerpo médico, etc., todo tendiente a mejorar tanto la condición del servidor hospitalario como la atención del enfermo.

3. Encargar a la Asociación Costarricense de Hospitales, para que en estrecha colaboración con la Dirección General de Asistencia, tome bajo su esfera de responsabilidad las revisiones reglamentarias arriba indicadas, a fin de lograr los propósitos que animan esta recomendación.

Se acuerda además fijar un plazo de seis meses a partir de esta fecha, para conocer de los proyectos respectivos.

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Conocido y estudiado el anteproyecto de Ley de Personal del Sistema Hospitalario Nacional presentado por la comisión correspondiente,

CONSIDERANDO:

1. La necesidad impostergable de emitir una ley de personal que regule las relaciones entre las instituciones hospitalarias y sus servidores, con el doble propósito de garantizar su eficiencia y proteger los derechos de quienes en ellas trabajan y
2. Por lo extenso y delicado del asunto que motiva la consideración de su estudio,

RECOMIENDA:

- a. Integrar una comisión permanente con las siguientes personas:

Dr. Lenín Sáenz Jiménez
Lic. Antonio Arroyo Alfaro
Sr. Alfredo Orozco Solano
Sr. Alfonso Figuer Gómez
Srta. Estelia Marín Murillo

encargada de la tarea de elaborar el proyecto definitivo de ley de personal, que entregará para los efectos correspondientes, a la Directiva de la Asociación Costarricense de Hospitales.

- b. Designar un coordinador de la comisión anteriormente indicada, a fin de que lleve adelante los acuerdos y recomendaciones que se deriven del estudio preliminar, el cual se escogerá del seno de la misma comisión.
- c. Fijar un plazo de tres meses a partir de esta fecha, para la entrega del proyecto en cuestión.
- d. Que por tratarse de un proyecto de ley se contemplen únicamente principios fundamentales, dejando para su ulterior reglamentación las demás disposiciones que regulen los aspectos contenidos en la ley orgánica.
- e. Acoger como base para el trabajo correspondiente, el anteproyecto de Ley de Personal presentado a este Congreso por los señores Lic. Antonio Arroyo Alfaro y don Alfredo Orozco Solano.

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Conocido y estudiado el trabajo presentado por la comisión respectiva, sobre la Situación Económica de los Hospitales,

RECOMIENDA:

1. Por ser urgente la consecución de una suma necesaria de dinero, para poder dar una eficiente atención asistencial a todo habitante del país, desarrollar a través de la Asociación Costarricense de Hospitales, una campaña de prensa y radio, que despierte el interés público, para que, por los organismos pertinentes, se logre este fin a la mayor brevedad, en vista de la situación económica angustiosa del sistema hospitalario.
2. Insistir en el cobro hospitalario, previo estudio socio-económico cuidadoso del paciente.
3. Incrementar la consulta externa de los hospitales, restringiendo la entrega de medicinas con base en el estudio socio-económico del enfermo.
4. Insistir ante el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, sobre la necesidad de poner en uso el formulario único en todos los hospitales del país.
5. Proponer al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, el establecimiento de un almacén general único, bajo su directa administración.
6. Buscar la manera de fortalecer legal y económicamente, al Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, a cuyo cargo deberá estar la distribución técnica y administrativa de todas las rentas destinadas a tales fines.
7. Hacer atenta excitativa al Poder Ejecutivo y a la Asamblea Legislativa, para que se lleve a cabo, a más tardar el año próximo, el censo de la población planeado para el año 1960, y que es indispensable para conocer la verdadera realidad asistencial del país.

V O T O S

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

ACUERDA:

- 1º.- Felicitar a la Asociación Costarricense de Hospitales, por la feliz iniciativa de seguir celebrando - estos eventos y expresarle la gratitud del Cuarto - Congreso Nacional de Hospitales, por el aporte material que hizo en su calidad de organismo auspiciador, logrando que este acontecimiento llevara a - buen destino su importante misión.
- 2º.- Dar un voto de reconocimiento al Comité Organizador, por el planeamiento, organización y orientación general del Congreso.
- 3º.- Dar un voto de reconocimiento al Personal de la Secretaría General así como a todas aquellas otras - personas que indirectamente colaboraron con el Congreso, por el espíritu de cooperación demostrado en la realización de las labores encomendadas a su cargo.
- 4º.- Expresar la gratitud correspondiente al Colegio de Médicos y Cirujanos, así como a la Escuela de Enfermería por el aporte material prestado a este Congreso.
- 5º.- Expresar su agradecimiento a todas aquellas Instituciones y Organismos, que mediante sus contribuciones económicas, colaboraron para que este evento tuviera una feliz realización

- 6º.- Expresar su agradecimiento a la Prensa, Radio y Televisión por la magnífica colaboración prestada en el desarrollo de las labores del Cuarto Congreso y en especial al Sr. German Sojo Arias, quien como funcionario de enlace demostró un celo poco común en estas actividades.
- 7º.- Enviar un mensaje de condolencia a las autoridades hospitalarias de la hermana República de Guatemala, con motivo de la tragedia ocurrida en el Hospital Neuropsiquiátrico de ese país.
- 8º.- Guardar un minuto de silencio a la memoria de la Sra. Modesta Comellas de Rosés, madre de la Directora de la Escuela de Enfermería, Srta. Angelita Rosés Comellas.

Palabras del Doctor Juan Guillermo Ortíz Guier, Presidente de la Asociación Costarricense de Hospitales.

Vamos llegando a las últimas horas de labor de este Congreso, en que por cuarta vez consecutiva, la Asociación Costarricense de Hospitales ha encendido esta antorcha de trabajo. En esta ocasión, en el cielo hospitalario nacional han quedado encendidas tres estrellas, como metas hacia un futuro mejor para el personal hospitalario sobre todo, para el principal personaje que es el enfermo.

Ha correspondido este honor a nuestra Asociación y consideramos, que si ese fuego que hemos encendido, y esas estrellas que representan, las modificaciones al Gobierno Hospitalario, la Ley de Personal y las nuevas ideas elaboradas por los presentes, con el objeto de mejorar la situación económica, no sigue siendo alimentada, en una forma entusiasta y con celo por quienes han de laborar ya sea en comisiones, o formando parte de la Directiva de la Asociación, no podremos nunca llegar hasta ellas. Queda pues depositada la idea y responsabilidad en las comisiones y en la nueva Directiva de la Asociación Costarricense de Hospitales.

Queremos agradecer en este momento a quienes nos eligieron Presidentes de nuestra Asociación hace dos años, la confianza depositada en nosotros, y deseamos vivamente que la Asociación siga adelante. Que el año entrante, de nuevo se vuelva a encender esa antorcha de otro congreso, que sea más brillante, que al llegar a ese nuevo evento los Miembros de las Comisiones y de la Directiva, hayan a través de su trabajo precedido la luz, hasta alcanzar los anhelos de estrellas y que de ellas surja comprensión y mejores cuidados para el enfermo. Que de ellas también brote dinero necesario para que no les falte abrigo, para que no les falte alimento, para que no les falte medicinas a todos los pacientes, y para que el personal que trabaja en forma abnegada por el bienestar de ellos tenga también una remuneración adecuada, estímulo y empeño, de seguir cada día hacia adelante en un afán educativo en todo sentido, con la idea de mejorar siempre sus propios conocimientos, repito, para bien del enfermo.

Queremos agradecer, a quienes han colaborado en la organización de este Congreso con muchas horas de trabajo. Felicitar a todos y cada una de

las personas que contribuyeron con sus valiosos y brillantes trabajos al éxito de este Congreso y finalmente agradecer también la presencia y colaboración de quienes han asistido y de quienes han brindado su esfuerzo en estos días, queremos expresar además nuestro agradecimiento a quienes han facilitado el Colegio de Enfermeras y el Colegio de Médicos, quienes con su valiosa colaboración en una u otra forma contribuyeron a la realización de este importante evento; agradecimiento que hacemos extensivo a la Secretaría General de este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales.

Finalmente consideramos que, para que todos los trabajos encomendados a la Directiva de la Asociación Costarricense de Hospitales, tengan una coordinación permanente, es preciso el nombramiento de una persona que desarrolle esa función, a fin de que se lleven a cabo en forma efectiva, todas las recomendaciones y conclusiones a que hemos llegado en este Cuarto Congreso.

La Directiva de la Asociación, tiene muchos problemas que resolver, y como Directiva misma, tiene también una serie de trabajos que elaborar, una gran responsabilidad en todos los proyectos y en forma especial, con el Proyecto de Gobierno Hospitalario. Por eso quisieramos dejar nombrada, como símbolo de este Congreso, una persona que pueda llevar adelante estas realizaciones y para cuyo cargo propongo al señor Jaime Barrantes Bermúdez, quien ha demostrado su interés en estas delicadas labores de coordinación, para que sea así un colaborador más en la Directiva de la Asociación.

EL CUARTO CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

Considerando las razones expuestas por el Doctor Ortíz Guier respecto a la necesidad de lograr la coordinación de los trabajos presentados en este evento, acoge el nombramiento del señor Jaime Barrantes Bermúdez como Coordinador General de la Asociación Costarricense de Hospitales, en aquellas labores que se deriven de los proyectos aprobados por este Congreso.

DISCURSO DE CLAUSURA A CARGO DEL SEÑOR MINISTRO DE SALUBRIDAD
PUBLICA, DR. JOSE MANUEL QUIRCE MORALES.-

No quiero ser largo en ocupar la atención de ustedes, dado lo avanzado de la hora si bien, sobre estas conclusiones del Congreso, podríamos hablar durante mucho tiempo. En primer lugar debo agradecerles a los organizadores de este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales, el haberme invitado a estar con ustedes en el día de hoy, para escuchar las conclusiones a las que han llegado después de las reuniones que ustedes han tenido. Debo manifestarles señores, como les dije el primer día que estuve aquí, que por haber vivido bastantes de mis años en el Hospital San Juan de Dios, y de haberlo conocido en tiempos en que estaba mucho menos desarrollado el sistema hospitalario, y de haber conocido sus aspiraciones y sus dificultades, es que estoy de acuerdo en todo aquello que redunde en el mejoramiento de la atención de nuestros enfermos. Por eso voy a decirles que participo de la inmensa mayoría de las conclusiones a que ustedes han llegado, y que me permití hasta externar la opinión cuando no era más que un invitado, cuando se trataba de la revisión de los reglamentos. En realidad los reglamentos que rigen el gobierno hospitalario, datan de bastantes años. Las leyes no contienen nada más que principios generales, particularmente estas leyes que tratan de normar las funciones de un hospital. Porque el hospital no es una cosa estática; el hospital es dinámico y está cambiando constantemente, tanto en los avances de las ciencias médicas, como en los avances de esas nuevas ramas del hospital, conocida con el nombre de administración hospitalaria. Como todo lo que se refiere a hospitales tiene que estar cambiando, sería absurdo e ilógico, pensar en una ley que entrara en detalles. Las leyes éstas, tienen que tener nada más que principios generales y dejar a los reglamentos la función misma de reglamentar. Por eso considero conveniente en el momento actual de nuestra vida, delimitar las funciones de cada uno. Y es conveniente delimitarlas,

para beneficio tanto de las juntas de protección social y de los patronatos, a los que tanto debe el país; en eso difiero un poco de mi querido amigo. Yo no lo llamo obstrucción, sino más bien la situación misma de los hechos que los ha llevado a continuar ejerciendo las mismas funciones.

Es necesario delimitar las funciones; si éstas están bien delimitadas, yo considero que las juntas de protección y los patronatos, tienen una gran importancia en esta vida y que pueden dejar muchas de sus actividades que el reglamento actual les da, para intervenir en la función propia, técnica, del hospital. Ese tiempo que ellos dedican a esas actividades, podrían utilizarlo para desarrollar más en la comunidad, la necesidad y el sentimiento del hospital. Si las juntas y los patronatos se encargan de esta función de desarrollo en la comunidad, y de el sentimiento de la conciencia de las necesidades del hospital, estoy seguro que estarán cumpliendo muy bien con su función y continuarán siendo por muchos años, los bastiones principales de sus funciones.

Que el médico, que las enfermeras, que todo el personal médico, sepa en el hospital, qué es lo que tiene que hacer, y al mismo tiempo que esta rama nueva de administración hospitalaria, sepa también lo que tiene que hacer. Siempre he creído en eso, siempre he considerado que en nuestros hospitales, sean ellos mismos quienes determinen y escojan su personal.

Perdónenme que me extienda un poco más, y me aparte tal vez del tema de este congreso, pero quiero aprovechar la oportunidad para decir que nunca he creído en que el Estado, en que el Poder Central, en que el Poder Ejecutivo, en que el Ministerio de Salubridad, en que el Ministro de Salubridad, tenga que meter las manos para hacer nombramientos o remover personal de un hospital. A pesar, señores, de que hay países vecinos de América, no del Norte, sino del Sur, y países de Europa, muy avanzados, más avanzados que nosotros, que sí lo hacen. En la visita

reciente que hice a Francia y conversando con el Ministro de Salubridad, me decía que él nombraba y removía directores de hospitales. Yo no quiero eso para nuestro país. Considero que una de las glorias de nuestros hospitales, debe ser el de haberse mantenido capaces de escoger su propio personal. Sí considero, como un caso lógico, que los hospitales y todos aquellos centros de salud, tengan que seguir normas generales, y que mientras esa norma general, por encargo o por imperio de la Constitución esté en manos del Estado, hacerlo, deben ser dadas a través de éste. Pero hasta ahí debe llegar esa intervención. Por eso cuando les decía de reformar la ley, yo creo que no es tanto la ley lo que hay que reformar, sino los reglamentos. Podrá revisarse la ley, por supuesto, nunca debemos pensar que tenemos lo mejor; ya lo dije también el primer día que tuve la oportunidad de estar aquí con ustedes. Estoy dispuesto a conversar, a escuchar las insinuaciones, las proposiciones que ustedes tengan a bien hacer, para esa reforma y el reglamento de hospitales. Pero, como vivimos en un regimen de opinión pública, también queremos escuchar y oír las recomendaciones y sugerencias que nos hagan también las juntas y los patronatos, así como otras organizaciones de la sociedad, que están interesadas en el desarrollo de los hospitales.

Quiero referirme también a un punto que está en la recomendación de ustedes, creo que es en la primera, en los asuntos referentes a la Situación Económica de los Hospitales. Dice: "despertar interés en los organismos pertinentes". Como un ejemplo nada más citó Don Arturo Arias, que el Ministro podría estar opuesto en algún momento dado a alguna gestión, o despertar su interés, yo quiero decir que he estado siempre interesado en desarrollar y mejorar la situación económica de los hospitales. Pero como el mismo Sr. Arias lo señaló, los fondos de la nación tienen un límite. Las necesidades son muchas. Nuestro país puede vana-

gloriarse como lo hacemos todos los costarricenses con orgullo, de no tener un ejército, de tener muchos maestros y de tener buenos hospitales. Pero todo eso debe y necesita de paga. Uno de los problemas más graves que confronta nuestro país, es el desarrollo cultural y social del país, que ha avanzado mucho, pero lamentablemente, su desarrollo económico y su desarrollo industrial, no ha seguido acorde; entonces estamos viviendo los costarricenses, los que tenemos sobre nuestras espaldas el peso del país, el cuadro de una situación angustiosa en que se nos pide y exigen servicios; que queremos darlos y comprendemos la urgencia de ello, pero no tenemos medios como ofrecerlos. A diario llegan al Ministerio de Salubridad, no solo notas y peticiones justificadas de nuestros hospitales, sino que llegan solicitudes de lugares alejados, en donde no hay la menor posibilidad de la atención, en que nos presentan cuadros trágicos realmente, y no les podemos suministrar servicios que a ellos, como costarricenses, amparados por una constitución, está el Estado obligado a darles. Estamos casi ante situaciones de fuerza mayor como ustedes han visto. Innumerables son las peticiones de servicios médicos, y el Ministerio, con sus limitados recursos que tiene no puede complacer y llenar esas necesidades. Se nos ha dicho con mucha razón, que por qué no aumentamos más nuestros presupuestos. Yo mismo, en la memoria de este año, cuando la envié a la Asamblea Legislativa, señalaba el hecho de que Costa Rica, país culto ypreciado de estar apegado siempre a la ley, da siempre fondos y aumenta el presupuesto de Educación, de una manera desproporcional al número de nacimientos de niños, y no aumenta en la misma proporción el presupuesto de Salubridad. Esta institución tiene que atender los niños para que esos niños vayan a la escuela después. Pero se han olvidado, o bien no se han tomado en cuenta todavía esas necesidades. Muchas de las obras de salubridad, como se hacen bajo tierra, no interesan a aquellos que tienen interés

en que las oblas estén sobre tierra y se vean y luzcan; entonces las gentes se los continúan agradeciendo eternamente. A un Cleto González Víquez, no se le agradece, sino hasta ahora, el haber construído las cloacas y el alcantarillado sanitario de San José. Pasaron muchos tiempos para venir a reconocérselo, y se lo venimos agradeciendo cuando la obra que aquel hombre visionario hizo en 1910, viene a ser insuficiente para la población de 1960.

Perdonen que me haya extendido, pero me voy a concretar más al punto sobre el cual el Dr. Terán me pidió diera mi opinión; sobre el cobro hospitalario. Yo creo, que mientras exista la ley que faculta y mientras existan los reglamentos que también reglamentan esa facultad de la ley, el cobro hospitalario debe existir. Desde muy recién llegado al Ministerio, me dirigí tanto a la Dirección General de Asistencia, como al Consejo Técnico, comunicándoles que en mi concepto, era necesario revisar ese reglamento. Los artículos de él que se ocupan del cobro hospitalario en el reglamento correspondiente, son muy pocos. Una de las dificultades, una de las objeciones, uno de los escollos que hemos encontrado y se continuarán encontrando en la realización de ese cobro hospitalario, es que no está bien reglamentado. Es que no tenemos una organización en nuestros hospitales suficiente para determinar, lo que cada persona debe pagar?. En algunas de esas instituciones, cuando llega alguien que solicita esos servicios, la persona encargada o las personas encargadas de indicar la suma que se debe cobrar, en un afán institucional muy propio, y muy laudable hasta cierto punto, cobran la taza más alta. El costo exacto de la estancia hospitalaria. Si es veinte, de una vez le dicen a usted le cuesta por tal número de días, tanto. Y, entonces, esa persona sale corriendo asustada, no recurre al hospital y se va a los periódicos o llega a cualquier otro sitio a presentar su queja. Si pudiéramos que ese personal encargado, de tasar a los enfermos cuando se presentan, tuviera más medios a su disposición para hacer una tasación más justa y más lógica, habría entonces me nos dificultades. Yo creo que es fundamental que ese reglamento se

revise; y que se haga cualquier esfuerzo para que el personal encargado de hacer la tasación de las personas para el cobro hospitalario, esté bien capacitado y compenetrado de su idea, que no es como la persona que se acerca a comprar una libra de tal cosa, o a comprar tantos metros o varas de tela, sino que va en demanda de un servicio urgente para recobrar su salud; que hay que atenderlo con un criterio más social. Doctor Terán ese es mi criterio.

Es necesario modificar el Reglamento; es necesario actualizarlo, si se quiere emplear una palabra muy en voga hoy día, y es necesario rever nuestros sistemas de cobros hospitalarios.

Al finalizar mis palabras, declaro oficialmente clausurado este Cuarto Congreso Nacional de Hospitales.

NOMINA DE PERSONAL DE LA SECRETARIA GENERAL

Srta. Derna Marchini Talassi
Srta. Myrna Noboa Gómez
Srta. Daisy Sierra Ugarte
Srta. Margarita Villalobos Sandí
Srta. Fulvia Fonseca Villalobos
Sr. Federico Gould Rodríguez
Sr. Gilbert Vega Fernández
Sr. Enrique Monge Portuguez
Sr. Oscar Castillo Solís
Sr. Guillermo Benavides Acosta
Sr. Norman Aguilar Herrera