

## MEDICINA INSTITUCIONAL

### **Proyecto sobre organización del Personal médico del Seguro Social**

Dr. Rafael Ruano \*

Tiene el propósito este trabajo de exponer algunos puntos básicos sobre la organización del personal médico en el Seguro Social, en el entendido de que se relacionan solamente con el personal, y su conexión con el asegurado desde un punto de vista genérico, sin los detalles exigidos a un intento de aplicación práctica.

Para facilitar la exposición dividiré el tema en los siguientes puntos:

- 1º—PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTAMOS.
- 2º—SOLUCIONES MAS ADECUADAS EN RELACION CON NUESTRO MEDIO.
- 3º—ORGANIZACION DEL PERSONAL MEDICO-ADMINISTRATIVO.

#### **1º—PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONFRONTAMOS.**

Las raíces de todos los problemas, en lo que respecta a la relación médico-enfermo, se derivan de los siguientes puntos básicos:

A).—La medicina asistencial de masas es fundamentalmente distinta de la antigua privada para la que, desafortunadamente, aún en nuestros días, preparan las Universidades de casi todos los países. El graduado sale de la Universidad con una mentalidad contraria a la asistencial colectiva porque así se lo han enseñado sus profesores quienes en su inmensa mayoría pertenecen a la "élite" profesional. Faltan las cátedras adecuadas para tal preparación. Igualmente, la mentalidad del enfermo asegurado es inadecuada, puesto que nadie le ha preparado para ello, conservando por tanto, su idea del tipo de asistencia privada y los prejuicios contra lo que va a recibir por parte del seguro. Si a este panorama añadimos la falta de comprensión de las altas esferas gubernamentales, para los que la asistencia médica debe organizarse sobre la base de la privada y, en el aspecto colectivo sobre las antiguas de la caridad, sin prestarle la ayuda financiera debida, es fácil

---

\* Jefe Médico Sucursal C.C.S.S. - Heredia.

imaginarse las dificultades extremas con que tiene que tropezar éste hasta ahora balbuceante sistema de asistencia social.

B).—Son muchos los problemas derivados de estas mentalidades inadecuadas pero se podría decir que en la práctica diaria las fundamentales serían dos, a saber: a) una tendencia del médico a no prestar al enfermo la atención que en algunos casos, de verdadera enfermedad, requiere. b) Una tendencia del asegurado para usar de los servicios médicos sin justificación.

Nótese que estos dos problemas se imbrican para formar un círculo vicioso puesto que, a mayor tendencia de los asegurados para consultar por motivos nimios, mayor es la predisposición del médico para no prestarles la debida atención puesto que su experiencia le aumenta el recelo de que lo más probable es que malgaste su tiempo en un reconocimiento que no va a conducir a nada. Desgraciadamente la medicina, al ser una ciencia empírica todavía, no permite descartar un caso de simulación o abuso sin haber hecho un reconocimiento prolijo.

C).—Dado que la asistencia que actualmente prestan los asegurados sociales está fundamentalmente constituida por una prestación médica, nos encontramos que la piedra fundamental de la organización, el peón de batalla sobre los hombros del cual va a descansar todo el sistema, es el médico. Por tanto, la más fundamental lógica, nos aconseja inventar un sistema mediante el cual sean los mismos médicos los que dirijan la parte médico administrativa. Todo lo que sea intentar dirigir o interferir el sistema en las partes fundamentales, desde fuera, no puede llegar más que a obstaculizar su eficiencia.

## **2º.—SOLUCIONES MAS ADECUADAS EN RELACION CON NUESTRO MEDICO.**

Naturalmente que se necesitarían muchas páginas para estudiar el asunto en todos sus detalles pero siguiendo la línea esquemática de este trabajo, me referiré únicamente a la enumeración escueta de las soluciones que la experiencia aconseja como salida lógica a las situaciones planteadas en el primer apartado, en el orden expuesto.

A).—Las escuelas de medicina deben crear cátedras de seguridad social con el fin de preparar al futuro médico en la práctica de la asistencia de masas. Debe enseñarse a enfrentarse con los problemas que más tarde, en su práctica, va a *confrontar* y, *sobre todo*, deben preparar su mente para asimilar la gran responsabilidad de organizar una nueva asistencia colectiva para la cual los antiguos cánones de la privada no sirven más que de normas generales. Igualmente las autoridades educacionales y los sindicatos deben organizar enseñanzas que preparen la mente de la población a usar de sus derechos en la debida forma y para ello, no puede existir otro método que no sea hacerles comprender cómo es que funcionan los seguros sociales, su filosofía y principios. Los Gobiernos, por último, deben constituir ministerios definidos encargados solamente de la seguridad social del país, en su más amplio sentido, dirigidos por elementos técnicos de probada suficiencia.

B)—Hasta tanto las condiciones apuntadas, en el apartado precedente, pueden llegar a dar sus frutos, no tenemos más remedio que improvisar un medio para contrarrestar las situaciones planteadas en el párrafo B de la primera parte, es decir: la tendencia del médico a hacer consultas rápidas y la del asegurado a abusar de la consulta.

Inútiles son las medidas compulsivas puesto que, como se ha explicado, el problema es de mayor envergadura que la simple falta de disciplina.

Como cada una de estas tendencias se influyen mutuamente, conforme apunté, desde el momento en que consigamos disminuir las consultas inmotivadas, les será mucho más fácil a los jefes médicos exigir la atención necesaria en cada caso.

Pues bien, hasta tanto no pasan los años y, como antes he dicho, las nuevas disposiciones de la enseñanza empiezan a producir resultados prácticos, no veo otra alternativa que diversificar las consultas, descentralizarlas y acercarlas a los lugares de trabajo o, por lo menos, a las viviendas de los asegurados. Un médico que solo maneje un grupo restringido de familias tiene muchos más medios para localizar al abusador, que el que forma parte de un gran policlínico en el cual es punto menos que imposible familiarizarse con cada caso. A la par de cada médico o grupo de médicos, en estas consultas periféricas, trabajaría una o más visitadoras sociales entre cuyas funciones figuraría la visita domiciliaria al abusador impenitente puesto que no siempre se trate de un irresponsable, sino que puede tratarse de un problema social.

Nótese que esta diversificación de las consultas y acercamiento del médico a la vivienda es un plan expuesto ya por el Dr. Viel en su reciente visita, pero dicho técnico planteó el asunto como una solución al problema que se había planteado al ser sustituido el celebrado médico de familia y faltar la necesaria relación psicológica médico-enfermo. La aplicación de este sistema al descubrimiento del abusador, considerado como uno de los obstáculos máximos para la buena marcha de la consulta, es una ventaja más que añadir al procedimiento. Automáticamente, una vez disminuido el volumen de consultas inútiles, vendrá como de la mano el aumento de interés del médico por sus asegurados que serán *suos* y no unos cuantos de los miles que llegan a un policlínico general.

Sin embargo es útil observar que, como todo lo bueno, esta clase de atención costará más cara no sólo porque se multiplicarán las visitadoras sociales sino porque tendrá que haber más médicos y más material de trabajo sin contar edificios. Pero algún sacrificio habrá que hacer si queremos salir de esta situación actual.

C)—Para ponernos a tono con la calidad de trabajo no hay más remedio que dar más responsabilidad, en la organización, a los médicos y suministrarles medios para que dirijan la parte médico-administrativa. Como es natural, la jerarquía de la Gerencia y Junta Directiva tendrá que ser la misma que la actual pero con este sistema tendrán, dichos organismos, el enorme descanso de saberse respaldados por un amplio cuerpo médico administrativo, encargado de encarar en toda su extensión los intrincados y técnicos problemas a que da lugar la asisten-

cia médico, sin tener que ocuparse, como en la actualidad de pequeños detalles de disciplina y organización los cuales se resolverán en el seno del departamento médico que es el que está capacitado para buscar soluciones de acuerdo con la técnica que maneja.

### **3º—ORGANIZACION DEL PERSONAL MEDICO ADMINISTRATIVO.**

En líneas generales, y repitiendo lo dicho en el párrafo anterior, se puede decir que es norma internacional el dar a la organización médica una autonomía lo más completa posible dentro de lo que permiten las leyes de regulación administrativa. Así por ejemplo, en los países donde hay un servicio nacional de salud, el seguro social no hace más que contribuir, con la parte que le corresponde, a los servicios médicos.

Naturalmente que esto no se menciona más que como ejemplo ya que en Costa Rica estamos muy lejos de llegar a la nacionalización señalada, pero nos sirve de muestra para hacer ver la tendencia mundial a este respecto y, lo que es más curioso, que sean los mismos jefes administrativos los más entusiastas del sistema. En efecto, los conflictos que se originan de la prestación médica en general, tanto en su parte técnica como en la deriva de la relación psicológica médico-enfermo, son de tal naturaleza que únicamente médicos, que mantengan su prestigio entre los colegas, pueden llegar a felices soluciones.

De esta manera, tanto la Junta Directiva como la Gerencia, manteniendo su control ejecutivo, se ven libres de una serie de problemas que ahora entran su función y pueden dedicarse a trazar las grandes líneas de actuación presente y futura que son los altos fines que interesan para el progresivo desarrollo de la institución.

El Departamento médico, de esta manera considerado, no es más que una rama de la propia Gerencia, que elabora sus presupuestos; efectúa sus compras; proyecta dónde y cómo tiene que organizarse la asistencia médica en las regiones de nueva extensión del seguro; vigila la disciplina, ejerce el control técnico; en una palabra: tiene la autoridad para ejercer la función médica de la manera más efectiva, dentro del presupuesto que se le asigne, bajo el control de la Gerencia.

La Junta Directiva, como el Estado Mayor de un ejército, planea y ordena ejecutar. El departamento médico escoge de ese planeamiento la parte médica administrativa que le corresponde, proyecta la ejecución y ejecuta. Un estado mayor, no le dice al jefe del ejército *cómo* es que tiene que apoderarse de tal ciudad sino que solamente le ordena que se *apodere* de la ciudad, él verá cómo se las compone. De igual manera la Junta Directiva ordena que haya disciplina y puntualidad en un hospital puesto que existen tales pruebas inequívocas de negligencia, por ejemplo. El Jefe del departamento médico se las arreglará para llevar a cabo esta disciplina.

Claro es, que para conseguir esta organización ideal, lo primero que se necesita es un cuadro de médicos preparados para tal efecto. Igual que se prepara un especialista de ojos después de terminados sus estudios de graduación, igual-

mente hay que estimular la formación de especialistas médico-administrativos. Los seguros sociales de países como Alemania, Chile, Inglaterra y otros, pueden ser excelentes escuelas para la enseñanza de esta especialidad y los mismos directivos de las instituciones tendrán que ser los primeros interesados en crear becas para tales estudios puesto que de la futura formación de un núcleo eficiente de médicos dirigentes, va a depender la vida misma de los seguros sociales.

Decir que depende de la vida de los seguros sociales no es una hipérbole si se tiene en cuenta que por ahora, y seguramente en muchos años, la actividad médica abarca casi toda la prestación de los seguros sociales. Por tanto es lógico concluir que no solo la seguridad social ganará contando con médicos especializados que sepan dar a esta prestación las características que exige la nueva medicina de masas, muy diferente de la medicina privada, sino que contará además con un personal médico identificado plenamente con los seguros, ligado económicamente a ellos, y, lo que es mejor, con el cariño necesario para procurar el engrandecimiento de la institución.

Estas grandes realizaciones sociales, requieren amor por lo que se está haciendo. El estímulo de las sanciones y la coacción no consiguen llegar más que hasta la mitad del camino.

Ahora se verá con claridad el error cometido, cuando al elaborar el nuevo reglamento del escalafón, de los servicios médicos, no sólo no se mantuvo como un principio solemne la igualdad de las horas médicas de jefatura y las de asistencia de enfermos, con los mismos salarios, sino que se suprimió del todo el rango de hora de jefatura incluyendo solamente una bonificación sin derecho a tiempo de trabajo administrativo. En vez de dar un paso adelante hacia la implantación de jefes médicos que se responsabilicen de los crecientes problemas de la prestación médica, damos un paso atrás hacia el nacimiento de los seguros sociales. Claro es que tenemos que tener en cuenta el volumen del dispensario para tales jefaturas puesto que los dispensarios pequeños no justifican tal nombramiento.

En las condiciones actuales que nos encontramos, es muy difícil precisar el número justo de jefes médicos que deben existir ya que con las recientes extensiones del seguro ignoramos la cuantía en el aumento de asegurados y su exacta ubicación.

En líneas generales mi experiencia me dicta que un dispensario que asiste a un grupo de 25.000 asegurados necesita por lo menos tres horas de jefatura organizándola de tal manera que la oficina del jefe sea el centro nervioso de toda la atención médica y donde se evolucionan todos los problemas a que da lugar la consulta. Una secretaria, experta, basta para el trabajo. Si el jefe tiene que viajar porque los asegurados a su cargo están repartidos en diferentes centros, las horas de jefatura se tienen que aumentar en función de tal dispersión. Si contamos con cuatro médicos que ejercen labores de jefatura en San José —sin contar con los jefes de sección del Policlínico— y añadimos a estos uno en Heredia, con tres horas, habría que estudiar la implantación de uno en Alajuela que atendiera no solo el cantón central sino las sucursales limítrofes; otro jefe tendría a su cargo toda la provincia de Cartago excluyendo el hospital de Turrialba que

dispondría del jefe actual. En Limón habría otro jefe con las horas que ameritara, incluyendo en sus funciones los dispensarios periféricos recientemente fundados. Otro jefe se situaría en Puntarenas. Ignoro las condiciones actuales de Guacaste y Nicoya.

Estos diez médicos, con las horas de trabajo calculadas sobre las bases mencionadas de tres horas por cada 25.000 asegurados no dispersos, constituirían el primer grupo de jefes sobre los cuales podría recaer la nueva organización. La extensión en horas de trabajo, se haría según las sucesivas extensiones de asegurados hasta llegar a los jefes de ocho horas efectivas de jefatura lo cual constituiría un ideal para un futuro.

Cursos y becas en el exterior, serían excelentes estímulos para atraer nuevos médicos de dedicación completa a la par que iríamos forjando las bases humanas para levantar el día de mañana el edificio inmenso de la nacionalización total de la salud, el cual, tarde o temprano, tendrá que surgir.