

# Chasqui

Revista Latinoamericana  
de Comunicación

No. 48 - ABRIL 1994

**Director**

Asdrúbal de la Torre

**Editor (E)**

Jorge Mantilla Jarrín

**Coeditor**

Kintto Lucas

**Consejo Editorial**

Jorge Mantilla Jarrín

Edgar Jaramillo

Luis Castro

Nelson Dávila

**Consejo de Administración de  
CIESPAL**

Presidente, Tiberio Jurado, Rector de la  
Universidad Central del Ecuador.

Presidente Alterno, Rubén Astudillo,  
Min. Relaciones Exteriores.

Rosalía Arteaga,

Ministra de Educación.

Luis Castro, UNP.

Fernando Chamorro, UNESCO.

Flavio de Almeida Sales, OEA.

Raúl Izurieta, AER.

Julio Camba, Universidad Estatal de  
Guayaquil.

Fernando Naranjo Villacís, FENAPE.

**Asistente de Edición**

Martha Rodríguez

**Portada**

Yenny Jaramillo

**Impreso**

Editorial QUIPUS - CIESPAL

*Chasqui* es una publicación de CIESPAL  
que se edita con la colaboración de la  
Fundación Friedrich Ebert de Alemania.

Apartado 17-01-584. Quito, Ecuador

Tel. 506 149 544-624. Telex: 22474  
CIESPAL ED.

Fax (593-2) 502-487 - E-mail/correo  
electrónico: editor@chasqui.ec

Registro M.I.T., S.P.I.027

Los artículos firmados no expresan  
necesariamente la opinión de CIESPAL o  
de la redacción de *Chasqui*.

## COMUNICACION INTERPERSONAL

**L**a comunicación interpersonal, muchas veces es dejada de lado por los comunicólogos, sin embargo tiene suma gravitación en las relaciones cotidianas entre las personas y en los procesos comunicacionales.

- 4 Las palabras de la realidad,  
Mario Benedetti
- 7 El lenguaje de los gestos,  
Martha Cecilia Ruiz
- 10 La incomunicación política,  
Fernando Paulsen S.
- 12 Ceremonial y protocolo: Un  
espacio para la participación,  
Miguel Angel Tréspidi
- 16 Agencias de matrimonio:  
intermediarias en la  
comunicación,  
Mónica Rector
- 18 Los supersecretos de  
nintendo: Los jóvenes se  
incomunican,  
Margarita Ferro



## PERIODISMO INVESTIGATIVO

**A** pesar de los riesgos que implica el periodismo investigativo, muchos profesionales de América Latina no dudan en practicarlo, escudriñando muchas veces en temas que de no ser por ellos permanecerían ocultos.

- 21 ¿Importa un iceberg afuera  
cuando el barco está en  
llamas?,  
Daniel Samper Pizano
- 24 Denunciar, deshacer  
entueros...,  
Fernando Checa
- 30 Testigo y protagonista de la  
historia,  
Kintto Lucas
- 32 La lucidez es la herida más  
cercana al sol,  
Juan Manuel Roca
- 33 Ubicarse "aquí y ahora",  
Lautaro Ojeda



## CONCURSO DE PERIODISMO INVESTIGATIVO CHASQUI

**E**l concurso Chasqui tuvo importante repercusión en América Latina con la participación de profesionales de todo el continente. En esta edición se presentan los primeros premios.

- 40 El maltrato infantil: un monstruo de mil cabezas, *Miriam Bautista González*
- 46 Desarrollo y medio ambiente: La opción municipal, *Gustavo Isch Garcés*
- 51 Crisis hospitalaria en Costa Rica, *Milena Fernández Morales*

### ENTREVISTAS

**L**os tres entrevistados en esta edición, *Juan Padrón, Paolo Gasparini y María Ester Gilio*, son comunicadores que se han destacado ampliamente en América Latina. Ellos brindan sus experiencias en diálogos de alto nivel.

- 61 Juan Padrón y los dibujos animados: Un humor más que blanco... transparente *Paquita Armas Fonseca*
- 65 Paolo Gasparini y la fotografía: "Para verte mejor América", *Valeria Rodríguez*

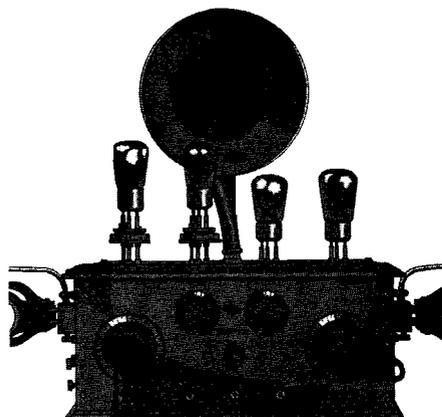
- 67 Con *María Esther Gilio*, preguntando a la preguntona, *Anibal Paiva*



### NUEVAS TECNOLOGIAS

- 71 Red de noticias vía satélite, *Diógenes y el reto de América Latina*, *Thomas Nell*
- 75 Transmisiones vía satélite, *Charles Morrow*
- 77 Desde Moscú vía electrónica, *Peter Waterman*

- 79 Hacia la TV de alta definición, *Antonio Montalvo*
- 82 ¿Aldea global o aldea local? *Carlos Eduardo Colina*
- 85 AVISOS
- 91 ACTIVIDADES DE CIESPAL
- 93 UNICEF
- 99 RESEÑAS



### FOTO DE PORTADA INTERIOR

CRISTIAN TAUCHNER SVD



### NUESTRA PORTADA

Sin título. Acrílico sobre papel de Yenny Jaramillo, 1.77 x 1.30.

La autora es ecuatoriana y su obra ha sido expuesta en diversas exposiciones nacionales e internacionales.

Taller: Záparos 145 y Av. Florida.  
Telf. 435 - 515. Quito - Ecuador

Fotografía: Kira Tolkmint



## 1ER. PREMIO. TEMA:

"La corrupción pública. La situación actual y los proyectos de reforma de los sistemas judiciales y penales"

# CRISIS HOSPITALARIA EN COSTA RICA

*Milena Fernández Morales*

*Costa Rica celebra hoy el cincuentenario de las garantías sociales: Código de Trabajo, Seguro Social y Universidad de Costa Rica.*

*Pero a su vez, los 29 hospitales que cubren la seguridad social están en estado de coma. Atraviesan una severa crisis de personal, faltan 843 enfermeras, 1.089 auxiliares y 69 especialistas, el equipo médico tiene un atraso de 20 años, la infraestructura no da abasto. Son ya 15 años de una crisis que no parece llegar a su fin.*

*El problema no es solo la falta de recursos humanos y materiales, sino también las diferencias entre un hospital capitalino y uno del área rural.*

*En nuestro país los centros hospitalarios están clasificados en tres tipos: en primer lugar los nacionales, que trabajan de acuerdo con una división geográfica. Allí se realizan los tratamientos de mayor complejidad, como los trasplantes de corazón, que se practican desde 1991; luego continuaron los de médula ósea, hígado y en septiembre pasado se efectuó el primer implante infantil de corazón y pulmones.*

*En segundo lugar se ubican los regionales o de cabecera de provincia y por último los periféricos, cuya función es curar a los enfermos de las zonas más inhóspitas del territorio.*

*Más sin quererlo, nuestro sistema de seguridad social creó pacientes de primera, segunda y tercera categoría. Mientras en los centros nacionales se realizan procedimientos de alta tecnología, paradójicamente en ninguna hay suficiente personal y en ocasiones ni siquiera gasa para sanar las heridas. La pobreza es tres veces más aguda en los regionales y periféricos, donde es común ver a los pacientes hechos en los pasillos por falta de camas.*

*Deshumanización, pérdida de respeto del médico al paciente, listas de espera para cirugía de hasta dos años y citas programadas para un año son otros de los síntomas del cáncer del sistema hospitalario. Durante mes y medio, La Nación realizó una cuidadosa investigación que incluyó visitas a 10 hospitales, entrevistas a 50 médicos, conversaciones con enfermeras, pacientes, administradores y autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social y una exhaustiva revisión y clasificación bibliográfica para llegar a las conclusiones señaladas. Al final de la jornada, la serie de cuatro reportajes publicados del 9 al 12 de agosto generó editoriales, debates, cartas del público y una amplia discusión y cuestionamiento al interior del sistema de salud y de atención hospitalaria.*

## 15 años en crisis

### HOSPITALES A PUNTO DE ESTALLAR

"¡Se espera! Solo hay dos médicos, si no en la calle hay toda una gama de consultorios privados", dijo, entre gritos desesperados, la Dra. Juanita San Juan González, de Emergencias del hospital San Vicente de Paul, en Heredia, a doña Xinia Miranda Zamora.

El "pecado" de doña Xinia, de 35 años, fue esquivar la vigilancia de la puerta principal del servicio de urgencias del centro médico herediano, acercarse a la ventanilla y preguntar cuándo la iban a atender.

Sentada en una banca de madera desde las 8 a.m. -del 28 de junio- hasta las 4 p.m., la mujer esperaba afuera para que algún médico le atendiera un fuerte dolor estomacal que la aquejaba.

Tuvo que aguardar una hora más en la incómoda banca. Antes que ella había 50 pacientes y el personal de atención era escaso. Ese día el servicio solo contaba con dos médicos, una enfermera y dos auxiliares de enfermería (la demanda y la oferta están muy desajustadas; cada mes el personal de emergencia atiende un promedio de 12.500 casos).

Cinco minutos después del incidente entre doña Xinia y la Dra. San Juan, se produjo un enfrentamiento verbal entre el médico de origen nicaragüense, naturalizado costarricense, Dr. Ronaldo González Blandón y un paciente (a quien no fue posible identificar).

El enfermo, de unos 30 años, también reclamaba atención rápida. La respuesta del galeno fue: "Me está estorbando la pasada. Guardia, ¡sáquelo de aquí!" Tal actitud enojó al paciente quien gritó al médico: "¡Oh, nica tal por cual, deberías regresar a Nicaragua!" El doctor se ruborizó y le contestó en tono fuerte: "Nica o tico, no hay personal, tiene que esperarse". Y siguió caminando apresuradamente por un pasillo, el paciente lo siguió y continuó gritándole hasta que el vigilante le sacó a esperar su turno, como todos los demás.

Esa escena, con diferentes matices, empieza a hacerse cotidiana en el "cuello de botella" de los hospitales metropolitanos y rurales del seguro social: emergencias.

---

MILENA FERNANDEZ MORALES, costarricense. Periodista del Diario *La Nación* de Costa Rica.

Incluso en el hospital nacional de niños, el presente año la madre de un menor tomó del pelo a una doctora y la tiró con fuerza al suelo. La señora, desesperada, también pedía curación inmediata para su hijo.

Y es que la enfermedad comienza por casa. Los 29 hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se encuentran en estado de coma. Atraviesan una severa crisis de personal e infraestructura, y su equipo médico tiene un atraso de 20 años.

En 1983 cada empleado de la Caja atendía 351 consultas por año, pero en 1992 la relación era de 425,4 por cada trabajador.

Tal es la crisis que si no hay una fuerte inyección económica, dentro de dos años no habrá instrumental básico ni personal de apoyo para curar.

Esa advertencia fue formulada por los directores de diez centros hospitalarios visitados por un equipo de *La Nación*. Durante mes y medio se efectuaron 50 entrevistas a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, pacientes, administradores y autoridades de la Caja. Además se realizó una consulta bibliográfica, todo con el fin de hacer un diagnóstico de la situación que carcome a los hospitales costarricenses.

## ENFERMERAS ESCASAS

Como todos los días, la enfermera María Iris Morales se levantó a las 5 a.m., y no regresó de nuevo a su casa hasta pasadas las 11 p.m. Como ya es rutina, hizo doble turno para no dejar sin personal los servicios de cirugía y medicina de hombres del hospital Bony Facio, en Limón, los cuales ella supervisa.

Su rostro mostraba profundas ojeras y reflejaba un gran cansancio. No es para menos: María Iris atiende 57 pacientes diarios con solo dos auxiliares de enfermería en el turno de la mañana y de la tarde.

En el hospital limonense la falta de personal de enfermería es añeja. Según su director, Dr. Walter Goebel Prestinary, tiene ya un quinquenio. Allí se requieren con urgen-

cia 29 enfermeras y 30 auxiliares en dicha especialidad para cubrir un área de 100.000 pobladores.

Pero el déficit de personal de enfermería no es exclusivo de Limón, se trata de un fenómeno nacional.

En todo el país son necesarias 843 enfermeras y 1.089 auxiliares.

Con esa brecha la atención de los enfermos se dificulta, reconocen todos los entrevistados. En el Max Peralta de Cartago -cuyos servicios deben cubrir las necesidades de 320.000 habitantes-, para enfrentar el déficit desde marzo la dirección tomó la radical medida de cerrar dos salones completos: cirugía y medicina de mujeres.

La decisión trajo una cadena de consecuencias: se redujo la disponibilidad de camas en una tercera parte, pues pasó de 298 a 200, además retrasó las citas para cirugía y para internamiento. Ahora las mujeres están incómodas pues fueron ubicadas en los servicios de cirugía y de medicina de hombres "Aquí no hay privacidad; cuando una se baja de la cama, la gente pasa y hasta le ve las partes íntimas", manifestó molesta doña Lidiette Vega Barboza, de 35 años, vecina de Cervantes, Cartago.

## DOBLE FILO

Para salir adelante la salida ha sido pagar horas extras, pero a su vez la alternativa se ha convertido en un arma de doble filo: por un lado, las enfermeras se agotan, o se incapacitan, al cumplir con jornadas que se extienden durante 16 horas; y por otro lado, el tiempo extraordinario implica una erogación millonaria que aumenta de año en año.

En 1983 la Caja empleó 301,87 millones de colones, es decir el 10,77 por ciento de los salarios ordinarios, para el pago de horas extras de sus 22.204 empleados. En 1992 se destinaron 3.681,91 millones de colones para pagar el tiempo extraordinario de todos sus funcionarios, lo que representó el 19,43 por ciento de los sueldos.

Solo en el Tony Facio, el año pasado el porcentaje de incapacidades de enfermería representó el 37 por ciento del total reportado por el hospital, es decir el doble del registrado por el resto de los trabajadores.

Es mucho más rentable para la institución crear plazas que pagar horas extras, pero existe un freno de gasto que se llama autoridad presupuestaria. El año pasado, la CCSS solicitó la creación de 400 puestos de enfermeras, pero Hacienda no los ha aprobado.

Ante semejante bola de nieve que empezó a crecer desde 1987 con la falta de 500 enfermeras, la Caja afirma no permanecer con los brazos cruzados.

Según el presidente ejecutivo de la entidad, Dr. Elías Jiménez Fonseca, se han invertido 1.500 millones de colones en la formación en enfermeras en la Universidad de Costa Rica (UCR), en la Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA) y en la Universidad Adventista.

Según proyecciones realizadas, cuando finalice 1993 las autoridades pretenden disponer de 378 nuevas profesionales en enfermería.

Pero la solución real al problema se encuentra todavía muy lejos: "¿Pero de qué sirve graduar personal si no existen los puestos? ¿Hasta qué punto somos irresponsables?" se cuestiona la Lcda. Lilliana Picaso Espinoza, directora de la Escuela de Enfermería de la UCR, quien mostró una gran preocupación por el futuro laboral de las profesionales que ese centro forma.

"Tengo cierto temor porque este año le cortaron el contrato a diez enfermeras en Puntarenas, quienes estaban interinas, porque no hay plazas".

## SIN EQUIPOS

Otro síntoma de la crisis y denominador común de todos los hospitales, es la carencia de equipo médico pues el existente está obsoleto o no sirve.

***La crisis hospitalaria salta a la vista: urgen 843 enfermeras y 1.089 auxiliares, la infraestructura es ineficiente, los equipos están obsoletos y los pacientes son la última prioridad.***

***Si los grandes hospitales tienen enormes problemas, los centros rurales afrontan limitaciones aún mayores para operar y, no sin razón, médicos y pacientes se quejan de ser "de segunda clase".***



# En estado de coma...

## 1. HOSPITAL DE NIÑOS

### Personal

Déficit de 48 enfermeras, 89 auxiliares de enfermería y 30 asistentes de pacientes.

### Materiales y equipo

Falta ropa para los enfermos y para trabajar en el quirófano.

Es necesario renovar todo el equipo.

Carece de ultrasonido y un Tomógrafo Axial computarizado (TAC), útil para determinar lesiones en cualquier área del cuerpo.

## 2. HOSPITAL MEXICO

### Personal

Se necesitan 50 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería

### Materiales y equipo

Descompuesto el ultrasonido, los gastoscopios (para examinar el estómago) y el mamógrafo (para examinar los senos).

Escasez de todo tipo de ropa.

Se necesita un aparato para examinar alteraciones en el cerebro.

### Infraestructura

Debido al mal estado de las 18 salas de cirugía se improvisaron quirófanos -sin aire acondicionado- en salones de internamiento; en consecuencia, de 630 camas solo se usan 520.

## 3. HOSPITAL DR. MAX PERALTA, CARTAGO

### Personal

Déficit de 42 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería.

Hay 15 médicos interinos.

### Materiales y equipo

Pedidos de medicina llegan incompletos.

Siete quirófanos abiertos en enero de 1992, están vacíos pues carecen de instrumentos.

Faltan dos mesas en sala de partos.

Se necesita un gastroscopio.

### Infraestructura

Cerrados los servicios de cirugía y medicina de mujeres por falta de enfermeras.

Tres salones nuevos, abiertos en enero de 1992, para internar niños operados, están sin usar por falta de camas y enfermeras.

Desde 1980 se creó un centro para esterilizar equipos, pero no se usa por un error en el diseño de los planos.

## 4. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

### Personal

Déficit de 70 enfermeras y 50 auxiliares de enfermería.

De 19 salas de cirugía, solo se usan 15 por falta de enfermeras.

### Materiales y equipo

El ultrasonido tiene 14 años y no funciona normalmente.

Frecuente escasez de ropa.

La mayo ía del equipo es obsoleto.

### Infraestructura

Hacinamiento en salones generales y en unidad de cuidados intensivos y laboratorio.

## 5.- HOSPITAL DR. RAFAEL A. CALDERON GUARDIA

### Personal

Faltan 21 enfermeras, 40 auxiliares de enfermería, 42 asistentes de pacientes y 21 auxiliares de quirófano.

De 19 salas para cirugías solo se usan 11 porque faltan enfermeras.

### Materiales y equipo

No hay instrumentos para cirugía de cadera y ortopedia.

Todos los días hay escasez de ropa.

### Infraestructura

Hacinamiento en la cocina, emergencias, salas de consulta externa (planta vieja) y laboratorio.

## 6. HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO, LIBERIA

### Personal

Déficit de 15 enfermeras, 20 auxiliares de enfermería.

Necesitan neurocirujano, cardiólogo, cirujano pediatra, ortopedista para niños, neonatólogo, otorrinolaringólogo, dermatólogo, patólogo, urólogo, oncólogo y gastroenterólogo.

### Materiales y equipo

Faltan 5 aparatos de flema para recién nacidos, ropa, ventiladores en salones de internamiento, gastroscopio, ultrasonido, cuatro incubadoras, tres monitores para cuidado intensivo y 20 cunas para recién nacidos.

### Infraestructura

Hacinamiento en los salones de internamiento de pacientes, cuidados intensivos y consulta externa.

Faltan lugares adecuados para que los profesionales se cambien de ropa.

## 7. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, HEREDIA

### Personal

Déficit de 10 enfermeras y 20 auxiliares de enfermería, tres ginecólogos, tres médicos pa emergencias, dos cirujanos y tres pediatras.

### Materiales y equipo

Poca ropa.

Necesidad de dos camas con monitores para la unidad de terapia intensiva de emergencias, dos bombas de infusión (para contar gotas de

líquidos que pasan a pacientes delicados) y un laboratorio para efectuar exámenes de emergencia.

### Infraestructura

Necesidad de aumentar el número de camas, de 130 camas a 160.

Hacinamiento en emergencias.

Inadecuada unidad de cuidado intensivo.

## 8. HOSPITAL MONSEÑOR SANABRIA, PUNTARENAS

### Personal

Faltan 16 enfermeras, 26 auxiliares de enfermería, 20 asistentes de pacientes, dos pediatras y psiquiatra.

### Material y equipo

Necesidad de crear la unidad de quimioterapia. Urge un gastroscopio, reparar el aire acondicionado de las salas de cirugía, un microscopio para operaciones de oído, cambiar dos calderas y el aplanchador de la lavandería, reparar el congelador de la cocina.

## 9.- HOSPITAL TONY FACIO, LIMON

### Personal

Faltan 29 enfermeras, 30 auxiliares de enfermería, o topedista, radiólogo, gastroenterólogo, cardiólogo, neuólogo y psiquiatra.

### Materiales y equipo

Faltan 10 incubadoras, 20 camillas, 100 escritorios, 20 sillas de ruedas, una mesa para partos, aire acondicionado en cuidados intensivos, abanicos para los salones de internamiento, tres evacuadores (para pacientes que tienen flemas y para limpiar sangrados digestivos), 96 colchones, dos respiradores artificiales para niños, 30 cunas para recién nacidos y dos monitores para medir el ritmo cardiaco de bebés.

### Infraestructura

Hacinamiento en el salón de ginecología, recién nacidos y en la cocina.

## 10. HOSPITAL SAN RAFAEL, ALAJUELA

### Personal

Se necesitan 20 enfermeras y 30 auxiliares de enfermería.

### Materiales y equipo

Falta aire acondicionado en sala de partos, cinco salas para preparar medicamentos, unidad de cuidados intensivos.

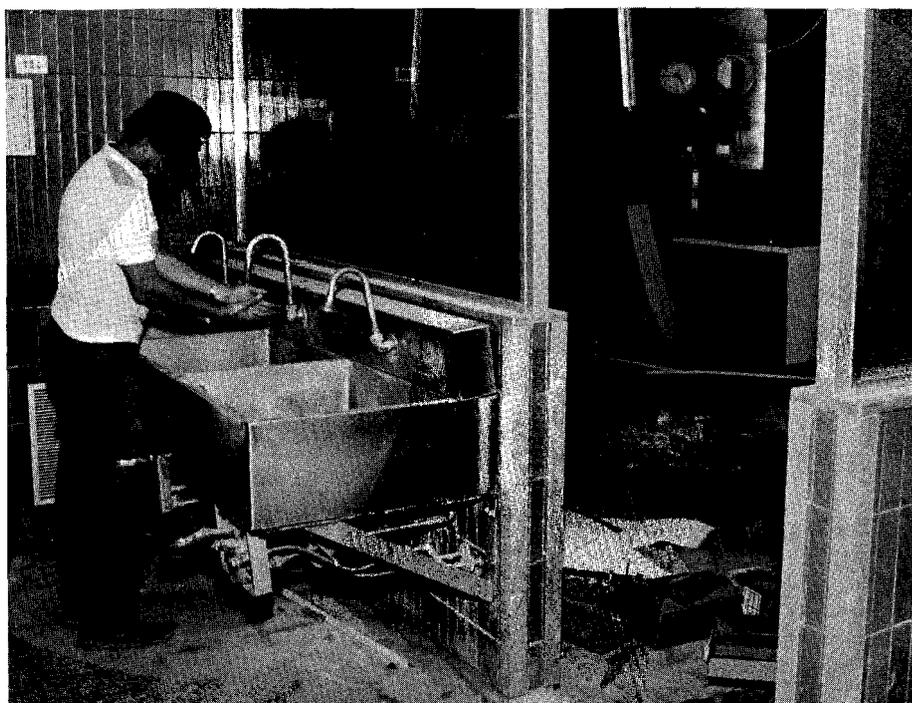
### Infraestructura

Falta unidad para tratamiento de diarreas y de cuidado intensivo.

Hacinamiento en los salones de medicina, cirugía, recién nacidos, cardiología, terapia respiratoria y esterilización de equipos.

Fuente: Visitas a los centros médicos

**Así lucen las 18 salas de cirugía del hospital México. Después de dos años y medio la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó c.25 millones para repararlas.**



Desde abril los cirujanos del hospital de Puntarenas han dejado de practicar 15 operaciones; por el momento solo efectúan intervenciones de emergencia. Los siete quirófanos se descompusieron en abril del año en curso, y debido a las altas temperaturas de la provincia (que llegan a registrar hasta 35 grados centígrados), el trabajo, en tales condiciones, podría propagar infecciones.

En el San Juan de Dios, donde se realizan 80 cirugías diarias, el aire acondicionado de dos quirófanos tampoco sirve.

Pero lo más grave es que por ejemplo, en el hospital México no funcionan los equipos que permiten diagnosticar precozmente el cáncer de estómago. En el mundo, Costa Rica ocupa el segundo lugar en incidencia de dicha enfermedad, después de Japón.

“Como el aparato no sirve, es demasiado tarde cuando el paciente llega al quirófano para que los cirujanos le extraigan la parte de los tejidos del estómago afectados por el cáncer”, se lamentó el director del centro hospitalario, Dr. Matías Quesada Hernández.

Debido a la carencia de equipo, en 1990 el 95 por ciento de los enfermos de cáncer estomacal que llegaron a los hospitales nacionales no tenían oportunidades reales de superar el padecimiento con una intervención quirúrgica.

En el mismo Holiday Inn -como le dicen los médicos de la zona rural al hospital México- desde hace dos años y medio los 18 quirófanos, escenarios de los dos primeros trasplantes de corazón en el país, están en el suelo. Las operaciones improvisadas, en lo que antes eran salones para pacientes sin aire acondicionado. Y esto ha provocado la reducción de las camas: de las 630 que posee el centro, solo se emplean 520.

La crisis económica de la década pasada es el escudo de la CCSS para explicar la falta de equipamiento en la institución. Por tal motivo se disminuyó el presupuesto destinado a la compra de materiales y suministros de la entidad aseguradora: en 1980 el 18,9 por ciento del gasto de la Caja se empleó en la adquisición de materiales y equipos; tres años después se redujo al 14 por ciento y así se mantuvo por una década. La década perdida en el sistema hospitalario.

Apenas el año pasado ese rubro comenzó a levantar cabeza con la asignación de un 21,6 por ciento, lo que todavía resulta insuficiente, admite el Dr. Jiménez Fonseca, presidente ejecutivo de la institución.

Pero el problema no es únicamente la carencia de recursos, sino la asignación que se hace de ellos, coinciden los entrevistados.

De acuerdo con datos de la dirección de Recursos Materiales de la Caja, en 1989 se habían presupuestado 739,5 millones de colo-

nes para adquirir equipamiento, pero debido a políticas internas de “reorientación de recursos” no se utilizó el 13, 54 por ciento del total. Un año más tarde la subejecución se agravó: de los 519 millones de colones planificados, el 37,23 por ciento no fue empleado; y en 1991 la situación empeoró: de los 692 millones de colones programados, se dejó de utilizar el 43,36 por ciento. Pero es en 1992 y 1993 cuando la disminución de fondos para este rubro se reduce al 50 por ciento (de una cifra de 1.000 millones de colones asignada en ambos años).

Entonces, ¿qué se hizo con ese dinero? Simplemente se usó en otras necesidades de la Caja, pues en el camino hubo retrasos burocráticos con las licitaciones para la compra de materiales, entre ellos apelaciones de las casas oferentes.

Toda esta maraña de líos solo se puede superar con una fuerte inyección económica, unida a una reforma integral del sistema organizativo y administrativo de la Caja, incluyendo la despolitización de los miembros de la junta directiva, que desde hace décadas no dinamizan la institución, según sostienen expertos en planificación de la salud.

Pero si la situación es desesperante en el área metropolitana, en la zona rural es peor: “¿A usted le gustaría venir a parar aquí? A mí no, jamás”, como expresó patéticamente un médico, en un hospital fuera de San José.



## HOSPITALES Y PACIENTES DE SEGUNDA

**Fuera de San José faltan 53 especialistas en medicina, mientras que en la capital el déficit es de 16.**

“¿A usted le gustaría venir a parar aquí? A mí, no. ¡Jamás!” Pregunta, luego hace una pausa y responde así, indignado, el jefe de cirugía, Dr. José Ramón Murillo Barrantes, del hospital Dr. Enrique Baltodano, de Liberia.

Señala a cuatro pacientes que estaban en los pasillos en angostas camillas. No había espacio para internarlos.

Mientras tanto en Emergencias (el 10. de julio pasado) seis moscas no dejaban en paz a don Santiago Araya Salas, de 90 años. El estaba en la camilla de la ambulancia en que fue transportado; permanecía en un pasillo porque no había lugar para acomodarlo en una cama del servicio.



**Santiago Araya Salas, permaneció un día entero en la camilla de la ambulancia porque no había espacio en emergencias.**

Un mar de diferencias divide los hospitales del área metropolitana y del sector rural. Los niños liberianos a quienes se ha practicado una cirugía no tienen un especialista en pediatría que vele por su recuperación, mientras que los josefinos poseen uno, y si el caso es muy delicado, dos.

De hecho, la mortalidad infantil es superior en el área rural que en la metropolitana. En San José, es de un 14 por cada mil; en Puntarenas, de 17,7 por mil; en Guanacaste, de 18,6 por mil, y en Limón -la más alta- llega a 18,8 por cada millar, según datos de la Dirección General de Estadística y Censos.

La crisis de personal, equipo e infraestructura carcome a los 29 hospitales del Seguro Social. Pero la pauperización es tres veces mayor en los rurales, tal y como se desprende de una investigación efectuada por *La Nación* en junio.

Desde los conserjes hasta los médicos de los hospitales Dr. Enrique Baltodano, de Liberia, Dr. Tony Facio, de Limón, el Monseñor Sanabria, de Puntarenas, San Rafael de Alajuela, San Vicente de Paul, de Heredia, y Max Peralta, de Cartago, están convencidos de que su trabajo es de primera categoría, pero no las condiciones en que laboran.

En las zonas alejadas faltan 53 especialistas en medicina: en contraste, en el área metropolitana solo se requieren 16.

“Los sabios y los recursos se quedan en San José”, advierten los directores y el personal médico de los centros hospitalarios de Limón, Liberia, Puntarenas, Cartago, Heredia y Alajuela.

Aparte de la carencia de recursos y personal, según los entrevistados, existen prejuicios contra el trabajo que se realiza fuera de la capital.

“Los médicos creen que venir aquí es como estar de vacaciones, que no se trabaja,

pero eso no es así. Uno tiene la oportunidad de ejercer dignamente su especialidad”, enfatiza el Dr. Mario González Quijano, pediatra del Tony Facio.

Como alternativa, en los centros hospitalarios de Liberia y Puntarenas se han tenido que firmar convenios con las universidades de Guadalajara, Puebla y la Nacional Autónoma de México (UNAM) para recibir estudiantes que cursan en el último año de la carrera.

En el hospital de Liberia el próximo año ingresarán 14 y en el de Puntarenas cuentan ya con siete mexicanos.

### DIFERENCIAS ABISMALES

Marta Sánchez Sánchez, de 46 años, tiene un cáncer avanzado. Con sus piernas y el tronco inmóviles, esta mujer nativa y vecina de Doña Ana, Puntarenas, debe viajar en ambulancia cada dos semanas al hospital México para recibir quimioterapia.

El viaje de hora y media, del Monseñor Sanabria al México, es sumamente pesado, el vehículo es muy estrecho y en el camino suben hasta diez enfermos, dice ella misma con dolor. Cuando la salida es a las 7 a.m., el regreso no se produce sino hasta 12 horas después. Es extenuante y agotador.

Para los pacientes que reciben quimioterapia es inconveniente hacer esos viajes porque después de un tratamiento ya de por sí pesado quedan “maltratados”, asegura la enfermera Sandra Morales Cabalceta, del servicio de Oncología en Puntarenas.

Morales Cabalceta y dos médicos más han recibido entrenamiento para efectuar la quimioterapia en el hospital regional e, inclusive, se habilitó un salón para ser usado con estos fines. El costo de equipar y poner a funcionar este servicio es de 5 millones de colones. Pero este año, como ha ocurrido en los últimos dos, tampoco la Caja presupuestó esa cantidad, a pesar de esta cifra no equivale ni siquiera al 1 por ciento (0,004 por ciento) del presupuesto general de la institución, que llegara a los 115.000 millones de colones.

Mientras que en los hospitales llamados nacionales se realizan procedimientos de alta tecnología médica, como trasplantes de riñón, hígado y corazón, en el resto trabajan con las uñas. En los de Liberia y Limón tienen dos años de solicitar a las oficinas centrales un gastroscopio (aparato para examinar precozmente el cáncer de estómago) y tendrán que esperar por lo menos un año más.

Ya la junta directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) aprobó una licitación por 1 millón de colones para la compra de 15 gastroscopios. Sin embargo, debido a los trámites burocráticos la entrega por lo menos durará ocho meses.

Los contrastes entre los hospitales tipo A (Nacional de Niños, San Juan de Dios, Calderón Guardia y México) y los de más no son exclusivos de Costa Rica. De acuerdo con una evaluación sobre la salud en Centroamérica, que hizo el especialista norteamericano John J. Freiburger, éste es un mal típico de toda la región, donde se prefiere atender a pacientes con enfermedades en estado avanzado, a un costo altísimo para el sistema hospitalario, y se descarta la medicina preventiva, que es mucho más barata.

## RESENTIMIENTO

En nuestro país hay una categorización de hospitales: los nacionales son los encargados de brindar atención de acuerdo con una división geográfica y a su vez poseen más especialistas para realizar tratamientos de mayor complejidad. Luego siguen los regionales que pueden o no efectuar operaciones mayores como cirugía cardíaca y, por último, están los periféricos o rurales con 50 a 250 camas atendidos por médicos generales y pocos especialistas.

Sin querer el modelo vigente también condujo a crear pacientes de primera, segun-

da y tercera categoría, lo cual es inconcebible, en un sistema de seguridad social que debe proteger a todos por igual, sostienen los especialistas.

Con esa afirmación coinciden los doctores Walter Gobel Prestinary, director del Tony Facio; José Ramón Murillo Barrantes, jefe de Cirugía del hospital liberiano; Farael Gamboa Acuña, director interino del Monseñor Sanabria, y sus compañeros Eduardo López Cárdenas, jefe de Emergencias, y Mario Bonilla Jiménez, jefe de Consulta Externa, así como 20 enfermeras pertenecientes a varios centros médicos rurales.

"De San Ramón - de Alajuela - para acá somos una Costa Rica diferente; los recursos no llegan", agregan los médicos puntarenses.

No existe tal empobrecimiento en los hospitales rurales, aseguran el presidente ejecutivo de la Caja, Dr. Elías Jiménez Fonseca,

y el gerente médico, Dr. Eduardo Sánchez Jovel. Lo que existe es una división de prioridades para cada centro médico, algo normal en un país subdesarrollado como Costa Rica.

Pero en los hospitales metropolitanos también hay quejas por la falta de presupuesto. En el Max Peralta, de Cartago, en enero del año pasado con bombos y platillos las autoridades inauguraron siete salas de cirugía. En aquel momento, los ingenieros de la CCSS manifestaron que eran los quirófanos más modernos del istmo.

Pueden ser ultrasofisticados, pero están vacíos. No tienen lámparas, mesas ni instrumental para entrenarlos. En consecuencia se realizan en tres salas de operaciones pequeñas, que no dan abasto para atender a una población de 380.000 habitantes.

Como un signo de que los sabios y los recursos se quedan en la capital, vieron la mayoría de los entrevistados la asignación de 25 millones de colones que el mes pasado hizo la Caja para reparar los 18 quirófanos del México. Estas salas permanecen en el suelo desde el terremoto de abril de 1991.

Los altos funcionarios de la avenida segunda, sentados en su lujosa oficina, desconocen las necesidades reales de los hospitales que están fuera de San José, afirman los entrevistados. Al mismo tiempo imploran una justa reforma del sistema -en aras de erradicar los contrastes señalados-, más personal, más equipo y una mejor planificación de los recursos.

**La crisis de personal, equipo e infraestructura carcome a los 29 hospitales del Seguro Social. Pero la pauperización es tres veces mayor en los rurales.**

## Espera sin esperanza

Don Julián Gómez Gómez de 70 años, ingresó de emergencia en el hospital Dr. Enrique Baltodano, de Liberia, el 30 de mayo, a causa de un fuerte sangrado digestivo.

Las deposiciones, una semana después, tenían color negro y la hemoglobina marcaba 3,5 puntos cuando lo normal son 14, de acuerdo con lo que detalla el dictamen médico. Su rostro lucía pálido, demacrado y al hablar se tocaba el estómago con gestos de dolor.

Inmediatamente después de haber sido hospitalizado se le debió haber hecho una gastroscopia, según los especialistas, pero como en dicho hospital el aparato no existe tuvo que solicitar una cita en el México.

Después de aguardar un mes para hacerse el examen, un día antes de la fecha le avisaron por la vía telefónica que el gastroscopio del México se había descompuesto.

"Yo no creí que la cosa fuera tan lenta. Estaba muy alegre porque mañana me iban a hacer el examen, pero me avisaron que ya no se va a poder", dijo desilusionado don Julián.

En Liberia hay un único consultorio privado que hace el examen por 3.500 colones, pero para don Julián, como para muchos otros costarricenses como él, ese dinero "es una millonada". Para este viudo y padre de una hija, su pensión mensual de 3.000 colones es insuficiente para costearse el examen.

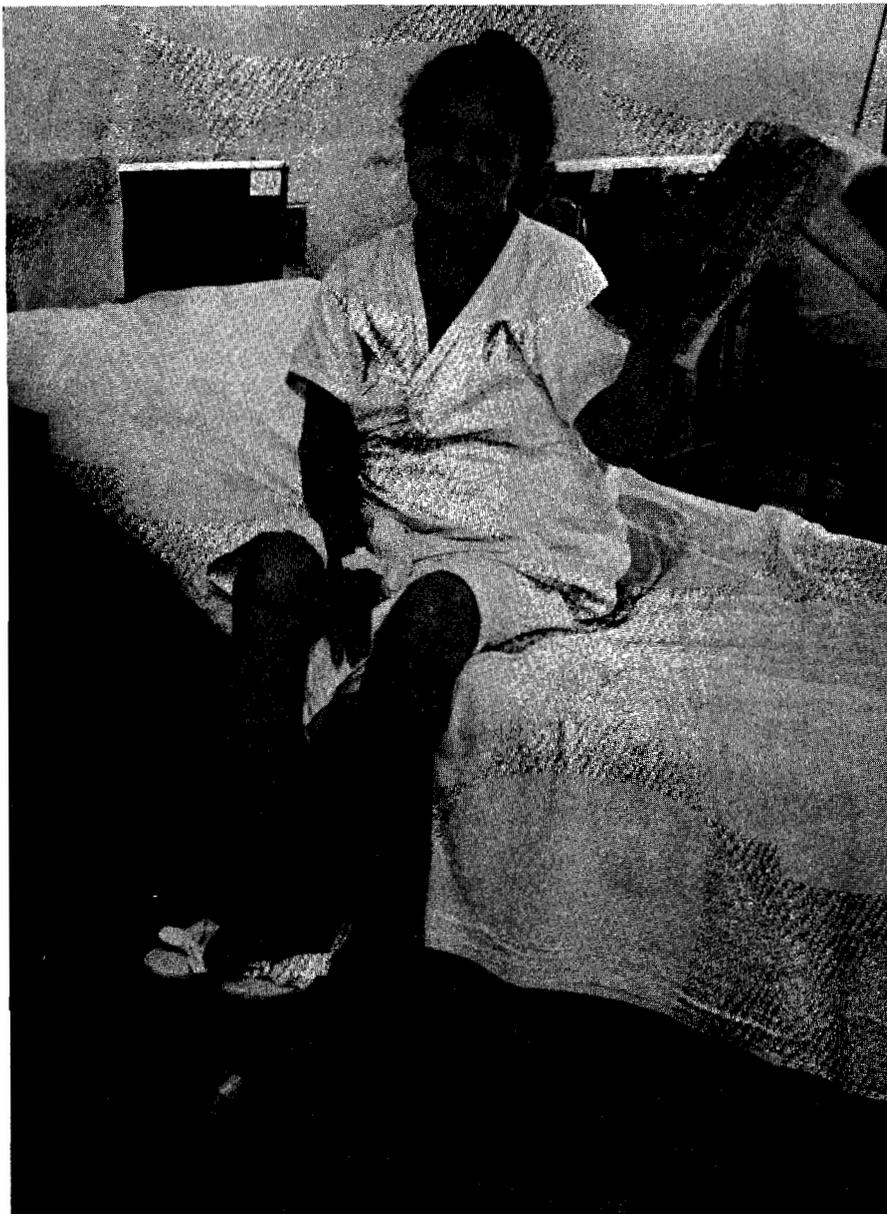
Según el Dr. José Ramón Murillo Barrantes, jefe del servicio de cirugía del Centro Médico Liberiano, don Julián padece un cáncer en el estómago que cada día avanza sin misericordia. Pero no puede ser operado sin antes hacerle una gastroscopia. Dicho examen sirve para detectar a tiempo los tejidos del estómago afectados por el tumor, los cuales, si se examinan a tiempo, pueden ser extirpados en el quirófano antes de que el mal sea irremediable.

Pero, como "todos los recursos se quedan en San José", tal y como comentan, frustrados, los médicos en las zonas rurales, nadie sabe cuándo habrá gastroscopios y otros equipos indispensables en Liberia, dijo el Dr. Murillo Barrantes.

La tragedia de don Julián tiene una explicación: hace dos años el hospital solicitó a la Caja un gastroscopio, más aún no ha llegado.

## En los hospitales nacionales 9000 AGUARDAN CIRUGIA

### Espera de hasta dos años



*Ante la carencia de aire acondicionado y de ventiladores, doña Bernarda Duarte Castro, de 57 años, se refresca con un periódico en el hospital Tony Facio de Limón.*

Fueron 565 días de fuertes dolores. Cada vez que originaba el insoportable malestar volvía...

Don Isaac Arias González, de 75 años, esperó año y medio para recibir una cirugía en la próstata en el hospital San Rafael de Alajuela.

Durante los últimos meses el malestar era insoportable. Con los ahorros, fruto de su trabajo -laboraba como guarda en una empresa, sacó 60.000 colones para pagar un médico privado que le recetó alivio temporal. Luego sus medicamentos se agotaron y el dinero también...

Don Isaac tuvo un gramo de suerte al coincidir el término de su receta con la cita para la operación el pasado 2 de julio.

Pero, para los costarricenses de la zona rural, la espera es mucho más prolongada. Tienen problemas de transporte, y ello dificulta el acceso a los servicios del Seguro Social.

Doña Teodora Carrillo Castillo, de 42 años, vecina de Sámara de Nicoya, Guanacaste, aguardó casi el doble que don Isaac para que un oftalmólogo le quitara los dolores en sus ojos.

Hizo fila durante ocho meses a fin de obtener una cita con un médico general en la clínica de Nicoya; de ahí el galeno la refirió al hospital Dr. Enrique Baltodano, de Liberia, donde esperó año y medio.

"Jamás hubiera pagado un médico privado; lo que gana mi marido en el campo es muy poco", dice mientras se sostiene la barbilla, sentada en una banca de la sala de espera de la consulta externa de cirugía del hospital liberiano.

En los 29 hospitales del país ocurre lo mismo. Solo en los cuatro más importantes, los llamados nacionales: San Juan de Dios, Calderón Guardia, Nacional de Niños y México hay una presa de 9.000 personas esperando una cirugía programada.

### VENGA DENTRO DE...

El Nacional de Niños y el San Juan de Dios son los hospitales que acumulan el embotellamiento más grande de enfermos cansados de su vía crucis. En el primero hay 6.000 pequeños en esa situación, y para recibir una operación de ortopedia u otorrinolaringología un chiquito debe aguardar por su lecho, en promedio, unos o dos años.

En el San Juan de Dios, el número llega a 1.600 y para operarse de algún mal de los ojos los asegurados aguardan de tres meses a un año.

Menos largas pero igual de angustiantes son las filas del México (700) y el Calderón Guardia (400). Sin embargo, las cirugías catalogadas como de emergencia se realizan casi inmediatamente.

Además de esas debilidades hay otra más: la pérdida del respeto al enfermo, considera el Dr. Edgar Mohs Villalta, director del Nacional de Niños.

Los 42 años de seguridad social le han dado al país una expectativa de vida de 75,5 años, una tasa de mortalidad general de 3,8 por cada mil y una tasa global de fecundidad de 3,1 por mil, cifras comparables con las de naciones desarrolladas.

Pero a lo largo de los años la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) se olvidó de su razón de ser: las personas, afirman mé-

dicos y enfermeras consultados en diez hospitales y las mismas autoridades de la institución.

El afiliado, aparte de aguardar meses y en ocasiones años para conseguir una cita se ha convertido en un frío expediente más... en un número, enfatizan los entrevistados.

El paciente, sin importar su condición social, llega al consultorio y la comunicación con el especialista es muy breve. En la consulta externa, el promedio del tiempo que gasta el galeno con cada enfermo es de 4,5 minutos, cuando en teoría lo recomendable deben ser entre 15 y 35 minutos.

## LA LARGA MARCHA HACIA EL QUIROFANO

HOSPITAL	PADECIMIENTO	PERIODO DE ESPERA
San Juan de Dios	Cirugía general	De tres meses a un año
	Oncología	Un mes
	Oftalmología	De tres meses a un año
México	Cirugía general	Un mes
	Hernias	Dos meses
	Urología	Dos meses
Calderón Guardia	Cirugía general	Seis meses
	Oncología	Siete meses
Nacional de Niños	Cirugía general	Seis meses
	Ortopedia	Dos años
	Otorrinolaringología	Dos años
Monseñor Sanabria (Puntarenas)	Cirugía general	Tres meses
	Ortopedia	De un año a año y medio
	Vascular periférico	De un año a año y medio
	Oftalmología	De un año a año y medio
Enrique Baltodano (Liberia)	Cirugía general	Seis meses
Tony Facio (Limón)	Cirugía general	Tres meses
	Ortopedia	Cuatro meses
Max Peralta (Cartago)	Cirugía general	Seis meses
	Hernias	Seis meses
	Hemorroides	Seis meses
San Vicente de Paul (Heredia)	Cirugía general	Seis meses
San Rafael (Alajuela)	Cirugía general	De seis meses a un año

El cuadro se refiere a las cirugías programadas; todas las operaciones de emergencia se realizan el mismo día en que el paciente ingresa al hospital.

Fuente: Consultas hechas en cada uno de los centros hospitalarios.

## SALIDAS DE EMERGENCIA

Si se reducen los días de hospitalización del paciente, las camas pueden ser usadas más rápido por quienes están en la larga fila.

Precisamente ese es el objetivo de la cirugía ambulatoria, implantada en todos los centros hospitalarios. Su objetivo: reducir al máximo los días de hospitalización de los pacientes, una de las alternativas implantadas para reducir el período de espera de los enfermos.

En el San Juan de Dios, por ejemplo, para una operación de cataratas en los ojos, el paciente ingresa a las 7 a.m. al quirófano y a las 5 p.m. ya está en su casa. Solo el mes pasado hubo 22 cirugías de este tipo.

Desde hace tres meses, en el Nacional de Niños firmaron un convenio con médicos de la clínica de Tibás; estos realizan diez operaciones de hernias por semana o cirugías de la piel.

Desde julio pasado los padres de familia tienen la opción de escoger en una clínica privada un cirujano, el hospital paga los 24 mil colones que cuesta una operación del Seguro Social y los gastos médicos corren por cuenta del paciente.

‘¿Pero y qué pasa con las personas que no podemos pagar los honorarios de los médicos?’, cuestiona doña Elena Gutiérrez Solano, madre de José Luis Montero Gutiérrez, de cinco años. El pequeño necesita una operación en los oídos, pero su familia no puede costear los 75 mil colones de gastos adicionales del cirujano particular.

La Caja tiene proyectado implementar a corto plazo dicha iniciativa en los 29 hospitales del país, cuestionada también por los entrevistados, quienes no la ven con buenos ojos, pero consideran que lo mejor es crear las plazas de personal que faltan y renovar el equipo obsoleto de los hospitales.



**Caja busca eliminar presas**

## **PAGARAN PARTOS Y CONSULTAS A ESPECIALISTAS PRIVADOS**

**España prestará 30 millones de dólares para la compra de equipo**



La junta directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) dio un paso al frente para disminuir la presa de asegurados que aguardan cita con un especialista en oncología, otorrinolaringología, urología u oftalmología.

Una vez que el enfermo haya recibido el diagnóstico de un médico general, podrá escoger un galeno en cualquiera de dichas especialidades.

Con el plan que regirá muy pronto -aún no se ha definido cuándo- la Caja pagará 1.500 colones al paciente por la consulta externa privada. La decisión es fresca: la junta directiva la aprobó el 5 de agosto.

Esa modalidad llamada libre elección médica también se aplicará a todas las mujeres embarazadas que prefieren tener su hijo en una clínica particular. A ellas la institución les dará 24.000 colones.

El equipo obsoleto de los hospitales será renovado con un préstamo de 30 millones de dólares -4.294,5 millones de colones- que la CCSS gestiona con el Gobierno de España.

### **LIBRE ELECCION MÉDICA**

La meta de la libre elección médica es disminuir el período de las citas, actualmente

prolongadas por tres meses y en ocasiones hasta por un año.

Esa idea se aplica desde hace dos meses en el Hospital Nacional de Niños, donde hay una presa de 6.000 pequeños en espera de una cirugía que no se califica de urgente. Los padres tienen la opción de seleccionar al cirujano privado de su predilección y la Caja paga 24 mil colones por la operación.

Un monto igual aporta la institución a aquellas mujeres que optan porque su hijo nazca en un lecho privado.

Para cobrar el dinero, los pacientes cobijados bajo el seguro de Invalidez, Vejez y Muerte deben presentar una factura timbrada a la Caja. El pago es inmediato cuando la persona presente ese requisito.

Esta nueva opción no cubre los gastos adicionales de los servicios médicos. Por ejemplo, un parto normal en una clínica privada cuesta 150 mil colones y con cesárea vale el doble; si la madre se acoge al incipiente plan se ahorrará 24 mil colones -lo que le gira la CCSS-, equivalente al costo promedio de una operación normal en los hospitales de la entidad.

Según el Dr. Edgar Mohs Villalta, director del Nacional de Niños, allí la iniciativa ha sido exitosa.

*La Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) pagará c.1.500 a los pacientes que necesiten una cita con un urólogo, un oftalmólogo, un otorrinolaringólogo y un oncólogo. Además pagará c. 24.000 a las mujeres que deseen tener su hijo en una clínica privada.*

Con ello, además la institución busca reducir los denominados "biombos", práctica ilícita mediante la cual algunos médicos operan a sus pacientes en los quirófanos del Seguro Social y luego cobran en su consultorio.

## EQUIPO Y AGILIZACION

Durante tres años, el deteriorado y viejo equipo de los hospitales será renovado por medio del dinero proveniente del empréstito con el Gobierno hispano.

Los 4.294,5 millones de colones contribuirán a modernizar los equipos, pues la Caja tiene 20 años de atraso en instrumental médico hospitalario. La institución no resolverá esta dificultad con su presupuesto, según reconoce el mismo presidente ejecutivo, Dr. Elías Jiménez.

Sillas de ruedas, equipo para lavandería, cocina y rayos x -la cantidad aún no se ha definido- adquirirá el país con ese dinero, según la División Financiera de la CCSS. Al finalizar este año, la licitación del préstamo estará lista, agregó el Dr. Jiménez.

Los recursos -que prestará España a nuestro gobierno- se girarán a la Caja como parte de la cancelación de la añeja deuda que mantiene el Estado con la institución, la cual en este momento asciende a 15.760,8 millones de colones.

Otra de las medidas anunciadas por el funcionario es la agilización de la compra de materiales y equipo. Para citar un típico ejemplo, en 1989 la junta directiva de la Caja dio el visto bueno para la adquisición de tres gomógrafos axiales computadorizados (TAC), útiles para determinar lesiones en cualquier parte del cuerpo. En el camino, las licitaciones se toparon con varias apelaciones y, en consecuencia, los aparatos no llegaron al país hasta 1991.

Desde febrero de este año, la entidad planteó a la contraloría General de la República una iniciativa para aumentar el actual monto destinado a compras directas de 1 millón de colones a 5 millones de colones. Si la Contraloría está de acuerdo, los directores de los hospitales tendrán que esperar menos para adquirir equipo fabricado en Costa Rica, como camas, sillas ortopédicas y escritorios; el resto es importado.

Todas estas medidas obedecen a un plan integral de descentralización de la Caja, ligado con la reforma del sector salud. El proceso de desconcentración pretende dar más independencia a los directores de los centros hospitalarios.

## GALENOS PIDEN CONTROLAR ELECCION MÉDICA

### Recomiendan evaluar formas de prestación del servicio

Aunque apoya la idea de libre elección médica, el Colegio de Médicos y Cirujanos considera que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) debe ejercer controles para evitar excesos del usuario y del especialista, manifestó el presidente del organismo gremial, Dr. Juan Carlos Sánchez Arguedas.

Según el galeno, la directiva del colegio apoya la iniciativa de la Caja tendiente a pagar c. 1.500 a los pacientes de oncología, urología otorrinolaringología y oftalmología que prefieran hacer la consulta externa en un consultorio particular.

Antes de ejecutar ese paso, el asegurado debe recibir el diagnóstico de un médico general de la CCSS.

El colegio también está de acuerdo en que la Caja aporte C. 24.000 a las mujeres que prefieran dar a luz en una clínica privada.

Sin embargo, como se trata de un sistema en el que participan en forma mancomunada la medicina privada y la seguridad social es necesario regularlo, agregó el dirigente profesional.

Una solución puede ser conectar una red de computadoras en la Caja y en las clínicas privadas para controlar a cada paciente que atiende el médico. Así, previamente, se monitoreará a los enfermos y especialistas que intenten abusar del nuevo plan de atención.

Ayer no fue posible localizar al gerente médico de la Caja, Dr. Eduardo Sánchez Jovel.

El presidente del colegio de Médicos hizo un llamado a los jefes de la entidad para que analicen el tema junto con todos los sectores involucrados, con el fin de hallar el mejor mecanismo para detectar posibles anomalías.

***"Si yo conozco a la persona, conozco a su familia y me obligo a un acercamiento, a que el paciente sea un amigo", es una de las virtudes del incipiente cambio alabado por el Colegio de Médicos, sostuvo el Dr. Sánchez.***

## MENOS FILAS

Este sistema, aprobado el pasado 5 de agosto por la junta directiva de la Caja, pretende evitar las largas filas y la prolongada espera para recibir el diagnóstico de un urólogo, un oftalmólogo, un otorrinolaringólogo o un oncólogo.

Una vez que rija la libre elección médica, el enfermo que necesite una cita con un otorrinolaringólogo se ahorrará c.3.000 o c.2.500, pues en este momento una consulta con tal especialista vale entre c.4.000 y c.4.500

"Si yo conozco a la persona, conozco a su familia y me obligo a un acercamiento, a que el paciente sea un amigo", es una de las virtudes del incipiente cambio alabado por el colegio de Médicos, sostuvo el Dr. Sánchez Arguedas.

¿A partir de cuándo registrará? Por ser una idea recién gestada, habrá que esperar varias semanas. Por lo pronto, el paciente puede ir consultando precios y seleccionando a su especialista predilecto.