

PROBLEMAS SANITARIOS EN SANTO DOMINGO

POR PADDY LATOUR HENSEN

PROLOGO

El grande e interminable problema con el cual se enfrenta cada especie es la lucha por la supervivencia, por la perpetuación de su clase. Esto significa que las especies deben enfrentarse con éxito a su ambiente, sus enemigos, sus problemas de alimentación, los peligros para sus elementos jóvenes, de otra manera la especie perecería. Las especies continúan su existencia por medio de dos grandes esfuerzos: por la adaptación a las condiciones en las cuales se encuentran, y por la reproducción, que sobrepasa con mucho a la necesidad de reemplazar a los adultos que han sido retirados por la muerte.

Las fuerzas de la naturaleza, con que actúan en forma continuada, imparcial y de manera inevitable, algunas veces dificultan y otras veces ayudan en los esfuerzos de la supervivencia de una especie dada. Ella se mantiene en su línea y no son ni crueles, ni clementes, ni piadosas, ni imparciales; no son ni la virtud, ni el vicio, ni la salud, ni la enfermedad. La pérdida de un individuo, debido a la naturaleza, se convierte en la ganancia de otro; la extensión de una especie puede significar el ascenso de otra; una muerte por fiebre tifoidea es solamente un caso de parasitismo no balanceado.

Con su inteligencia, que parece ser más elevada para la preservación de la especie, el hombre confía sólo ligeramente en la

sobreproducción y más en la adaptación a su ambiente. En realidad a medida que avanza la civilización la tasa de natalidad desciende y el hombre se adapta mejor a su ambiente.

En sentido amplio, en términos de la especie humana como en todo y de su estado dentro de un millón de años, quizás el trabajo de la salud pública y de la atención médica y de enfermería salvan la vida y mejoran la salud tanto de los débiles como de los fuertes. Pero igualmente el hacer la bondad para el anciano, y las leyes, costumbres y convenciones que evitan que los fuertes, los hábiles o los crueles destruyan a sus competidores.

Así todas las fuerzas sociales, incluyendo aquéllos que condenan la promiscuidad y prohíben la violación sexual podría decirse que son tan antibiológicas como lo son las medidas de salud pública.

La salud empieza en el hogar

Desde su fundación en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha consagrado sus esfuerzos a la solución de problemas sanitarios que afectan a millones y hasta a cientos de millones de personas. Me parece, sin embargo, conveniente que en el Día Mundial de la Salud, que coincide con el vigésimo quinto aniversario de la OMS, volvamos nuestra atención a la salud de este pequeño mundo que constituye cada familia en su hogar. Igual que la seguridad sanitaria internacional depende del grado de salud de cada uno de los países que componen la comunidad mundial, la salud colectiva de una ciudad, de una aldea, de un caserío, depende de las condiciones de salud de los hogares que las constituyen.

Hay innumerables medios de mejorar las condiciones de salud del hogar; bastaría que cite, entre otros muchos, la educación sanitaria, el aprovechamiento óptimo de los alimentos disponibles, la rápida evacuación de basuras y desechos peligrosos para la salud, la adopción de medidas que promuevan el buen desarrollo físico y psíquico de los niños, la planificación de la familia para que todos y cada uno de los niños que nazcan tengan más y mejores probabilidades de éxito en la vida, la adopción de precauciones elementales contra los accidentes y la protección material y afectiva de los ancianos.

Para muchas de esas cuestiones la familia necesita recibir servicios de la colectividad. Esa necesidad es particularmente evidente, por ejemplo en el abastecimiento de agua, de la vacunación contra las enfermedades transmisibles o de la asistencia a las madres durante el embarazo y el parto. Otra razón de que sean tan importantes los servicios de la colectividad es el elevado número de hogares donde las personas de edad viven en condiciones muy distintas de las que conocieron en su juventud. En las ciudades superpobladas, por ejemplo puede ocurrir que muchos usos sancionados por la tradición resulten ya inadecuados y que la acción de la colectividad facilite el proceso de adaptación.

Los esfuerzos por llevar una vida más sana pueden fracasar, como todos sabemos, si el vecino nos contagia una enfermedad o tiene hábitos nocivos para la salud, pero lo mismo que algunas enfermedades las buenas costumbres y los hábitos de vida son también transmisibles.

Todos podemos contribuir a la salud mundial si conseguimos que la salud empiece en el hogar.

Atención Médica

Desarrollaremos aquí lo que a nuestro entender representa el concepto actual de la atención médica tal cual se practica en nuestro país. Hacemos esta aclaración pues consideramos que una definición o concepto de términos tales como atención médica debe ser consecuencia de lo que en la práctica se realiza bajo la denominación de los mismos.

Para comenzar recordaremos la definición de "Salud Pública" de la O.M.S. Ella dice que Salud Pública es la ciencia y arte de organizar y dirigir los esfuerzos de la comunidad, recuperación y rehabilitación de salud.

Esta definición encierra conceptos que nos interesa destacar:

1. El de ciencia y arte como exponente de teoría y técnica.
2. El de comunidad y su organización y dirección o administración.
3. El de las cuatro acciones básicas de la medicina

integral marcando los niveles de fomentar protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

En esta definición el sujeto de la "Salud Pública" es la comunidad.

¿Qué debe lograr la "Salud Pública" en la comunidad? Según definición debe alcanzar el fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Estas cuatro acciones básicas pertenecientes a su vez a un sujeto determinado: "el hombre" o el medio y son propias de la ciencia médica.

La ciencia médica, para tener valor social, es decir para justificar su existencia, debe ser aplicada a lo lógico receptor y motivo de su existencia: "El Hombre". En este momento la ciencia médica se transforma en lo que se ha llamado práctica médica o atención médica.

Tenemos aquí dos términos que aparecen como sinónimos. Su concepto y definición son distintos según como se los enfoque.

Desde cierto punto de vista la atención médica representa todas aquellas acciones propias de la "ciencia médica" que se realizan sobre el individuo.

El profesional que realiza en el consultorio un examen médico está aplicando sus conocimientos de la ciencia médica es decir, está realizando "práctica médica" o lo que es lo mismo "atención médica".

En el ámbito del quirófano, y de aplicar sus conocimientos el cirujano realiza atención médica. Sin embargo, si analizamos la situación desde el punto de vista de la "Salud Pública" el concepto antes enunciado es incompleto. Como anteriormente dijimos: "Salud Pública" como ciencia y técnica debe preocuparse de que los conocimientos de la ciencia médica lleguen a la comunidad para lograr con ellos el fomento, protección y recuperación de la salud.

En este caso la atención médica, como rama de "Salud Pública", se preocupa justamente para que la ciencia médica se transforme realmente en atención médica.

El acercamiento entre "ciencia médica" y "el hombre" aparecerá acá como principal preocupación de la atención médica.

Es decir, que analizada desde el punto de vista de la “Salud Pública”, la atención médica debe actuar como puente de unión entre el médico y la ciencia médica.

Surgen así dos conceptos para un mismo término. El de atención médica o práctica médica como aplicación directa de los conocimientos de la ciencia médica y el de la atención médica como parte de la “Salud Pública” que se ocupará de que ese conocimiento llegue al individuo.

En este segundo caso la atención médica se vale de técnicas de organización y de administración o dirección propia de la salud.

Nuestra proposición es denominar “atención médica” a la aplicación de la ciencia médica al individuo.

“Atención médica” es pues: el conjunto de medios directos y específicos que están destinados a poner a su alcance al mayor número de individuos y familias de la colectividad.

Salud

Para los tres primeros años del Plan se han consignado las siguientes acciones:

- a) Integración de los diferentes establecimientos de salud, medicina preventiva con la curativa.
- b) Regionalización de los servicios, construyendo cinco regiones sanitarias, contando cada región con tantas áreas de salud como Provincias las componen.
- c) Zonalización de los hospitales del área metropolitana. En este sentido, ya se ha establecido la zona este, con base en el Hospital Darío Contreras.
- d) Construcciones. La Secretaría de Salud ha sometido el siguiente Proyecto a la consideración de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID):
 1. Remodelación de los Hospitales Dr. Luis Aybar, Moscoso Puello y José María Cabral y Báez.
 2. Reparaciones de Hospitales Robert Reid, Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia, Padre Fantino, San Vicente de Paúl, Santomé, Jaime Mota y

Matías Mella.

3. Construcción de 16 subcentros maternidades.
4. Construcción de 38 clínicas rurales.

Situación Social

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS)

Hospitalización por enfermedades generales y por maternidad, según clases de servicios médicos, 1967-1971

A. Hospitalización por enfermedades generales:

AÑO:	1967	1968	1969	1970	1971
Pacientes hospitalizados	28,399	36,080	37,237	29,001	31,611
Pacientes dados de alta	26,627	33,372	32,511	27,303	32,452
Días de hospital	312,386	427,987	745,362	336,587	249,579
Operaciones cirugía mayor	2,860	2,900	1,978	1,786	2,023
Operaciones cirugía menor	6,40	5,910	3,506	2,471	5,141
Servicios auxiliares diagnósticos	214,884	252,951	239,353	260,759	190,453

B. Hospitalización por maternidad:

Pacientes hospitalizados	6,351	5,818	6,182	6,072	7,431
Pacientes dados de alta	5,550	6,354	5,090	5,615	8,207
Días de hospital	34,482	26,387	45,656	34,329	34,730
Nacimientos vivos	4,279	4,172	3,979	2,888	3,897
Operaciones cirugía mayor	353	346	721	625	424
Servicios auxiliares diagnóstico	22,400	14,268	14,552	24,075	34,223

Atención médicas y odontológicas, según clase de servicios, 1967-1971:

Clase de servicio médico

ATENCIÓN MEDICA

Veces que han sido atendidos los asegurados en

policlínicas, consultorios, unidades móviles y a do- micilio	960,026	869,768	937,046	911,059	1,018,305
a) consultas	770,545	756,164	768,804	766,749	894,859
b) tratamientos	1,292,910	1,079,694	970,722	132,073	1,154,989
c) recetas despachadas	953,218	765,351	910,538	1,041,838	1,058,238
d) servicios auxiliares diagnósticos	169,524	230,305	976,550	356,304	301,798

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Asegurados atendidos	29,724	38,255	41,142	42,586	29,487
Atenciones odontológicas prestadas	79,213	66,185	69,391	74,586	68,609
a) extracciones	59,710	51,025	53,431	56,957	52,256
b) obturaciones	8,120	5,547	5,130	6,268	5,853
c) profilaxis	2,921	2,233	2,304	2,614	2,504
d) otros servicios	8,462	7,380	8,526	8,903	7,996

Estadística vital

VITAL

Desde el punto de vista de salud pública, la estadística vital constituye el registro por medio del cual las agencias de salud conocen lo que está pasando en la población, cuántos nuevos individuos nacen cada año, cuántos mueren y por qué causas; si una determinada causa produce la muerte a una determinada edad más frecuente que en otra, o se produce más en los hombres que en las mujeres, en las personas blancas o negras, en una circunscripción o en otra.

Todas las estadísticas deben ser usadas con cautela, y éste es especialmente el caso de las estadísticas vitales. Si no se procede con precaución se originarán sorprendentes y desconcertantes errores. Ocasionalmente, tales errores proporcionan la base para chistes, algo trillados, acerca de las estadísticas y los estadísticos, pero más a menudo estas "puyas" se producen porque el crítico no está lo suficientemente seguro de la solidez del argumento con que está usando en lugar de las estadísticas, posiblemente son reacciones de defensa, coincidentes con una falta de hechos.

Las matemáticas son las más efectivas y exactas de todas las ciencias exactas y cuando de las cifras se deriva una

conclusión errónea, quiere decir que hubo un error humano en el registro, la utilización a la interpretación de los hechos, y no una falla en los hechos o en las fórmulas matemáticas.

Consideraciones sobre la presentación de un registro estadístico en el trabajo de salud pública. La forma cómo las estadísticas pueden ser mejor presentadas variará con el carácter del material que se tiene a mano. Así, con las cifras de la población de una localidad dada, uno puede necesitar únicamente usar números absolutos con las sub-divisiones que se pueden considerar necesarias para la interpretación, tales como: clasificación por edad, sexo y raza.

Planificación del sector salud

No constituye nada nuevo hablar de planificación del “Sector Salud”, pero sí resulta interesante refrescar conocimientos e interpretarlos a la luz de los cambios sustanciales que la vida social y económica trae.

La planificación en salud se justifica sobre todo en regiones que se encuentran en proceso de desarrollo, caracterizado desde el punto de vista médico social por: explosión demográfica y por tanto aumento de necesidades médicas, bajo crecimiento o estancamiento de los recursos que satisfacen dichas necesidades (carencia de personal, camas, medicamentos), deseos de un mejor estado de salud por parte de la población, aumento constante de los costos de servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud ha sostenido la tesis de que “salud es una parte inseparable del desarrollo económico—social”.

Para explicar esta idea vamos a valernos del siguiente esquema: Empezamos a estudiarlo por su parte superior media, en que la inversión económica afecta y es afectada por la producción (industrial, agrícola y de servicios) y por el ingreso nacional.

La producción también influye en la renta o “Ingreso Nacional”. El Ingreso Nacional, formado por sueldos y salarios, rentas, intereses y ganancias constituye un fondo común que se distribuye en las diversas actividades del país. Es decir, que dichos recursos afectan al nivel *salud*, y por tanto, el del bienestar, a través de tres vías principales:

1. Gastos de atención médica:

El dinero del Estado o particulares destinado esencialmente a restituir la salud del enfermo o a cuidar la salud del sano.

2. Gastos de inversiones sociales:

Los efectos de los gastos e inversiones sociales no se reflejan de inmediato, son acciones que el ser humano realiza en sí mismo, sus consecuencias son a largo plazo y originan un aumento automático de nivel de vida y de salud.

3. Ingresos familiares.

Las personas aplican parte de sus recursos para su atención médica y para la satisfacción de sus necesidades relativas a vivienda, educación y alimentación que son a su vez factores que condicionan un nivel de salud.

Hasta ahora es imposible cuantificar acciones recíprocas entre la salud y otros factores del bienestar social, pero sí se puede decir que un bajo nivel de desarrollo favorece un bajo nivel de salud.

El bienestar y sus componentes influyen en la capacidad de trabajo y en el poder de consumo de las sociedades a través de:

1. La disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad favorecen la cuantía de reservas humanas disponibles, influyendo en la fuerza de trabajo y capacidad de consumo.
2. Las tasas de morbilidad reflejan altos costos curativos, disminuyendo la capacidad de trabajo y el nivel de consumo.
3. Las medidas sanitarias, al disminuir la mortalidad, influyen en la estructura de edades, lo que significa cantidad de mano de obra.

Esta interacción nos haría pensar que una revolución industrial elevaría el nivel de salud. Este proceso operó, pero actualmente, debido al cambio de las aspiraciones, el aumento de derechos a los mejores niveles culturales y al efecto de demostración proveniente de las áreas más desarrolladas, es necesario que el nivel

salud tenga una dinámica propia vinculada a los cambios sociales y económicos.

Es decir, que la planificación del sector salud es inseparable de la planificación global del desarrollo de los pueblos.

Esto significa que las acciones de salud no son las únicas “fabricantes” de salud.

Hay otros sectores que van a calificar el nivel de salud: La vivienda, vestimenta, carreteras, los patrones culturales.

Lo primero que se hace en el proceso científico de planificación es hacer el diagnóstico de la situación de salud, el cual comprende:

- a) describir el nivel de salud.
- b) señalar los factores condicionales del nivel de salud.

Nivel de Salud

- a) Al no disponer de indicadores positivos en salud se recurre a medidas negativas como datos, lo que en el léxico de los economistas se denomina maximización de los recursos.
- b) El costo—efecto lleva dividir pasos para su cálculo, el cual no describiremos por ser altamente técnico y selectivo. Los daños que deben combatirse con prioridad serán aquéllos en donde salga más económico evitar una muerte.

Discusión y Ejecución

Una vez formulado un plan o planes, es necesario discutirlos, compararlos, valorarlos, considerar los medios de financiamiento, aprobar las conclusiones que pueden producir los máximos efectos y un costo determinado, en el lapso a que el plan se refiere.

Ejecución

Consiste esencialmente en llevar a la práctica el plan aprobado, si la formulación del plan ha sido efectiva, realista y

factible, el resultado de la ejecución va a depender de la eficacia de la administración, la cual comprenderá: desglose del plan en términos de programas específicos de atención médica: materno—infantil, infecciones y parasitarias, saneamiento ambiental, organización de niveles de acción local, regional, central, establecimientos de normas, funciones, descripción de cargos, determinación de calendario de actividades.

Evaluación y Revisión

Consiste en comparar y valorar la ejecución y el resultado del plan con las metas fijadas, lo que conduce lógicamente a establecer un nuevo diagnóstico, pues el diagnóstico inicial se habrá modificado con la ejecución del plan.

Por lo tanto, del nuevo diagnóstico se partirá para reajustar, en su caso, el plan.

Podemos concluir: Que la planificación tiene las siguientes particularidades:

1. Es un proceso constante y no de actividades temporales con el fin de realizar un plan.
2. El proceso se realiza por medio de una cadena de etapas que se repiten periódicamente en ciclos completos; la terminación de un ciclo significa el análisis de sus resultados y por lo tanto la definición de una nueva política de salud.
3. Hay un “perfeccionamiento” permanente del nivel de salud, lo que realiza por aproximaciones sucesivas al modelo construido ex professo, dentro del proceso de planificación.
4. Planificar es ser buen administrador, pero más que eso “ES UNA ACTITUD”.

Entrevistas a Médicos

Los médicos con quienes hablamos casi todos tenían el tiempo contado, pero a pesar de esto nos trataron bien y respondieron a todas las preguntas que les hicimos.

Hicimos preguntas tales como:

¿Qué cree usted de la sanidad de los hospitales y clínicas de Santo Domingo?

¿Qué opina usted sobre el equipo de este centro? ¿Es suficiente? ¿Considera que trabaja porque le gusta o lo hace por el dinero?

¿Cree usted que nuestro país necesita más médicos capacitados?

¿Es usted de la opinión de que las clínicas de hoy en día están muy comercializadas?

Y así por este estilo muchas más. Nos dimos cuenta que muchos de ellos fueron sinceros, otros sólo se limitaron a contestar: sí o no. Creemos que la mayoría de los médicos son muy capaces y están bien preparados. Según vimos muchos necesitan más oportunidad y más campo para su profesión. Todos coincidieron en el punto del equipo. Dijeron que en casi ninguno de los hospitales de Santo Domingo poseen los equipos necesarios como deberían tener, los equipos son muy viejos y anticuados y de medio uso. De la sanidad en general dijeron que era buena, “unos son limpios, otros no”, como en todas partes del mundo. Ahora hay hospitales y aun clínicas sucias, que aparentemente por arribita están limpias o se ven limpias y pulcras, pero que ahondando más nos damos cuenta de todo lo contrario.

Como es natural por el medio, los médicos de las clínicas están mejor pagados que los de los hospitales.

Enfermeras

Con las enfermeras nos llevamos una gran sorpresa, creemos, según lo que pudimos apreciar, que casi todas ellas están frustradas; comprobamos que sólo unas cuantas trabajan de enfermeras porque verdaderamente les gusta su profesión, las otras lo hacen por falta de empleo, porque es un oficio en el cual se puede trabajar rápido, otras todavía no tenían completo el curso de enfermería, otras poseen una preparación muy ínfima para estar laborando como una enfermera. Es algo que da lástima; cuando les preguntamos que cuál era su sueldo nos dijeron RD\$60.00 y en otros hospitales RD\$90.00 que era lo máximo y así comprobamos que ninguna de ellas llega a ganar por lo menos RD\$100.00.

El trato con los doctores fue catalogado por ellas como “regular”; dicen ellas: “ellos vienen, dan órdenes y se van”. Algunas nos dijeron que si podíamos conseguirles otro empleo. La verdad es que muchas veces uno se hace una idea tan distinta de la realidad, ¡que espanta! Quien piensa cuando uno visita un hospital o una clínica la situación de esas personas vestidas de blanco que tienen que sonreír por obligación y lo que menos les gusta en su vida es estar ahí? Pero tiene que gustarles, aunque no todas son así, hay otras que trabajan por gusto, porque les gusta y se sienten realizadas con vivir de esa manera.

Cuando le preguntamos qué creían de la limpieza y sanidad de ese sitio, ya fuera hospital o clínica, muchas que trabajan en las clínicas no nos quisieron contestar, sólo nos decían que eran empleadas privadas —mentalidad del dominicano, temían perder el empleo—. Las de los hospitales fueron más abiertas.

Llegamos a la conclusión de que para las enfermeras es importante la limpieza, la sanidad de estos centros, más bien por el qué dirán les dirán a ellas, ya sean los pacientes o los médicos, pero a muchas no les importa. A otras sí les importa, porque es algo necesario para llevar a cabo su profesión.

En general, las enfermeras de los hospitales y clínicas les basta con cumplir con lo que ellas creen es su deber.

Cocina

La cocina de los hospitales y clínicas, según pudimos observar, la mayoría estaban y son limpias, aunque siempre hay sus excepciones porque algunas nos dejaron bastante en que pensar.

En varias de las clínicas y hospitales, la cocina era muy calurosa y no tenían suficiente ventilación, lo cual ocasiona daños orgánicos a las personas que trabajan allí. También se quejaron de su salario, el cual no pasaba de RD\$60.00 a RD\$75.00 como lo máximo y éstas son las clínicas que se suponen son sitios privados y en los hospitales nos imaginamos que será mucho menor.

ESTABLECIMIENTOS

ESTABLECIMIENTOS	MEDICOS	CAMAS
1. Hospital Padre Billini	29	150
2. Hospital Dr. Luis E. Aybar	33	161
3. Hospital Dr. Francisco Moscoso Puello	37	164
4. Hospital Dr. Darío Contreras	42	250
5. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral	40	350
6. Hospital Maternidad Nuestra Sra. de la Altagracia	37	287
7. Sanatorio Infantil El Santo Socorro	7	120
8. Sanatorio Dr. R. de la Cruz Lora	37	350
9. Sanatorio Psiquiátrico Padre Billini	16	150
10. Hospital y Centro de Pediatría San Francisco de Asís	5	350
11. Dispensario Antituberculoso para Adultos	4	—
12. Dispensario Antituberculoso Infantil	3	—
13. Dispensario Médico (Mata Hambre)	1	—
14. Centro Sanitario de Santo Domingo	9	—
15. Subcentro Sanitario (Av. Duarte)	6	—
16. Subcentro Sanitario (Villa Duarte)	3	—
17. Subcentro Sanitario (Los Minas)	3	—
18. Laboratorio Nacional Dr. Defilló	1	—

Papel de las Asociaciones Profesionales en la salud

Las Asociaciones Profesionales, dentro del marco que comprenden los recursos humanos de la salud son múltiples: Las de investigación, las de las industrias, las ramas especificadas de la profesión médica: farmacia, tecnólogos médicos, las enfermeras, el personal paramédico, las especializaciones dentro de la medicina, las instituciones médicas que prestan servicios como odontólogos, radiólogos, y pediatras, etc.

De acuerdo a la disciplina o actividad de cada rama de los grupos enunciados y de aquéllos que se nos han escapado, claro está que el conjunto de todo debe propender a una sincronización que permita ofrecer a la comunidad servicios más conspicuos y aprovechables.

En el campo de la investigación planificada, tenemos que presentan mayor atención a los problemas de grupos más necesitados como los que padecen enfermedades carenciales que afectan sectores numerosos de las familias dominicanas, principalmente en las barriadas donde golpea la miseria y por ende de prioridad nacional.

En este aspecto, las estadísticas demuestran que las principales enfermedades a combatir son las de la infancia, el parasitismo, las infecciones, la desnutrición, las enfermedades eruptivas, las epidemias y endemias clásicas de nuestro medio.

Para ellos las asociaciones médicas y profesionales en general dedicadas al ejercicio de la medicina en uno u otro aspecto, para su mejor éxito, deben tener una cooperación ilimitada de los departamentos de salud estatal, a fin de que la sincronización y coordinación de los servicios resulten de mayor provecho. Es obvio que nuestro sistema de control de las enfermedades resulta deficiente por la falta de información e inteligencia entre los sectores privados y estatales.

En la manera de proceder, fue en una época considerada rigurosa y eficaz, para la formación de los cuadros estadísticos. Por medio de formularios de control que se remitían periódicamente y que eran exigidos a los consultorios, a las clínicas, hospitales y en general a todas las actividades de la profesión, se podía contar en todo tiempo con veraces fuentes de información, pero al presente, ha ido decayendo esa seguridad, por tanto hoy se sufre de una aguda deficiencia informativa.

Más de la mitad de los médicos dominicanos ejercen privadamente, sin embargo, una mayoría de los que trabajan para el Estado lo hacen a tiempo parcial, la otra mitad del tiempo lo dedican al ejercicio privado de la medicina en clínicas o en consultorios privados.

Uno de los aspectos más notorios que resulta de este enfoque es la educación médica, paramédica y de personal auxiliar,

que está dicho sea de paso, muy por debajo de las demandas nacionales, en virtud de que, aunque tenemos ya suficientes universidades, nuestros médicos prefieren emigrar a otros países a laborar en el nuestro, en busca de otros y mejores y más confortables medios de vida.

Pero con los valiosos médicos con que contamos, si hacemos uso de las escuelas, como un medio de educación, es muy posible que tomando como materia primordial la higiene y educación de los niños y estudiantes se podría escalonar una educación básica extensiva a los que trabajan en los campos y las barriadas de las ciudades, teniendo en cuenta además, que si los alumnos de las escuelas obtienen alguna educación la llevarían a sus casas y de ellas se aprovecharían los demás.

Así los esfuerzos oficiales y privados, en beneficio de la higiene y la salud en el país tendrían mejores perspectivas. Existe ya en el plano educativo nacional algo, aunque muy poco, con respecto a la higiene. Pero si esto pudiera adaptarse a nuestras necesidades, el departamento de Salud Pública con sus métodos escolares y coordinados así, como las agrupaciones profesionales médicas, las clínicas y hospitales privados, podemos abrir un surco fecundo, por el que transmitiríamos holgadamente cuando se tomen las medidas conducentes para combatir las enfermedades y ofrezca además facilidades a los llamados a disfrutar los beneficios de esa educación.

Otro aspecto muy importante en que intervendrían las asociaciones privadas médicas, se refleja en la medicina preventiva. Prácticamente, sistemáticamente la vacunación de sus pacientes y llevando el registro exacto de estas labores, que podrían ser de gran información para el Estado como para cualquier otro médico que atienda un paciente. Muchos son los casos en que el paciente vacunado ignora u olvida que ha sido vacunado ya.

Otras veces es necesario la vacunación pero no se hace. Nuestra labor, tanto médicos privados y participantes en este seminario, debe enfocarse preferencialmente en este aspecto, porque siendo esto lo primordial para que las enfermedades epidémicas sean erradicadas o limitadas como ha ocurrido con la buba, el paludismo, la viruela y otras enfermedades.

Nuestra medicina preventiva debe alcanzar el auge que aspiramos y seguros estamos que coordinando los servicios de las

instituciones del Estado con los que puedan prestar las instituciones privadas, se ampliaría enormemente este tipo de servicios.

En el aspecto educativo además de lo dicho, todavía queda mucho por decir, puesto que los hospitales privados, asociaciones privadas médicas y clínicas, bien organizadas podrían, uniendo su esfuerzo, aumentar la cantidad de médicos especializados que se requieran para cumplir con las necesidades nacionales.

En sentido general existen deficiencias en nuestro medio, por la carencia de médicos que tenemos en ejercicio. Pero la deficiencia es aun más grande, cuando observamos la carencia de ginecólogos especializados, de obstetras, neurólogos y de todas las demás especialidades.

Enfocando esto, como uno de los puntos de mayor importancia, es posible considerar que como los grandes médicos están relacionados con los servicios hospitalarios, no será lejano el día en que podamos hacer como se ha realizado en otros países, que clínicas y hospitales privados han ido desarrollando sus escuelas médicas reconocidas por el Estado y otras instituciones calificadas.

En nuestro país, la existencia de clínicas y asociaciones médicas han tenido gran profusión en los últimos años por la conciencia que se ha alcanzado a este respecto para completar las necesidades del país, no obstante podemos llevar esto a un grado más notable, si se organizan las clínicas, las conferencias y los cursos que pueden ofrecer calificados especialistas utilizando el material disponible de las grandes clínicas y con la participación de las clínicas menores, realizar una labor paralela a la que realizan las universidades, y de este modo, con mayores ventajas, debido a que muchas clínicas poseen los elementos de investigación con que no cuentan los hospitales del Estado.

Es probable que con una mejor compenetración de las escuelas de medicina que tienen profesores que ejercen la medicina privada, observen el aprovechamiento de los alumnos para las distintas especialidades y elaborar un plan que por medio de becas, auxilios, estipendios y otro tipo de ayuda, conseguir aumentar los profesores especializados como lo ha estado haciendo la Asociación de Cardiología, que por medio de cursos ha ido preparando un número de especialistas en las distintas ramas de la cardiología. Muchos de ellos han alcanzado un nombre distinguido.

No será posible de inmediato conseguir grandes logros, porque nos iniciamos. Pero los buenos profesores de cirugía y de clínica de antaño, han dejado huellas en nuestros grandes profesores de hoy.

Aparte de la educación escolar, desde las universidades hasta las escuelas más elementales, debe existir un planeamiento directo para que las clínicas puedan servir como un apéndice educativo, que podría ser suministrado profusamente para estos fines.

En la ciudad existen alrededor de 80 clínicas privadas, de las cuales, se pueden considerar bien equipadas, apenas 12, medianamente equipadas. Pueden agruparse unas 30, el resto por múltiples deficiencias no están en condiciones de ser consideradas en el número de clínicas propiamente dichas.

En el interior, en las ciudades más importantes, como Santiago, La Vega, San Francisco de Macorís, San Pedro de Macorís, Puerto Plata, Barahona, San Juan de la Maguana, etc., existen clínicas de mayor o menor importancia, como se verá en el cuadro ilustrado anexo. Las clínicas que operan en las mencionadas ciudades están equipadas para rendir servicios médicos, exceptuando casos de neurocirugía, cirugía vascular, etc., pero en realidad la mayoría de esas clínicas no están preparadas para atender con la eficacia requerida los servicios médicos más importantes.

Esta rama de los recursos humanos está actualmente en precaria situación a pesar de los esfuerzos realizados para mejorarla con la ayuda de las empresas que financian este tipo de disciplina.

Estamos en necesidad, pues, de considerar una revisión a fondo de este tipo de clínicas, con miras a limitar o controlar la labor que ellas pueden efectuar, en primer lugar, y en segundo lugar, seguir prestando la debida colaboración a fin de que ellas puedan mejorar sus servicios; pero en caso necesario llegar hasta la clausura de aquellas clínicas que no puedan ofrecer a sus pacientes los servicios de laboratorio, sala de cirugía, parto y en general para todas las cirugías que requieran equipos e instrumentos adecuados cuando fuere necesario.

Así pues, siendo estos establecimientos tan requeridos por la población, porque considera que su salud, también sus vidas

están protegidas, el gobierno debe velar porque estos establecimientos funcionen de acuerdo con la ley y con la ética profesional. Para su mejor logro debe recabar el aporte de esta asociación médica y asociaciones de clínicas privadas para clasificar de acuerdo a sus reglamentos, el funcionamiento normal de clínicas privadas.

Es evidente, que de acuerdo con los datos las clínicas existentes que resulta una apreciación aproximada, las clínicas que pasan de 100 camas son muy escasas y las de 40 o más también, por lo tanto, hay enorme cantidad relativa de clínicas pequeñas que se consideran no rentables desde el punto de vista de la producción económica y tiene escasos recursos la mayoría, para atender los enfermos, resulta un aporte inadecuado para la salud en las distintas regiones a pesar de que alguna labor rinden, ante la escasez de instituciones oficiales que puedan atender a los necesitados.

En consecuencia, estas clínicas pequeñas deben tener un personal que pueda rendir la labor de diversos especialistas aunque no los tengan para que puedan tener beneficios o sobrevivir económicamente. Las grandes clínicas si tienen la ventaja de que con la enorme cantidad de camas pueden ser rentables y el equipo en manos de los especialistas le pueden dejar resultados.

A todas luces es necesario revisar la organización de estas pequeñas clínicas con un control de personal, equipo de las edificaciones, etc., con el propósito de que no resulten estas instituciones en detrimento de los que van a requerir sus servicios.

Pero legislar en esta materia cuando el libre ejercicio de la profesión que se le concede por medio de un exequatur a un profesional, debe ser de común acuerdo con todos, es decir, la asociación de dueños de clínicas y en particular, los demás afiliados como auxiliares de la clase médica como son las enfermeras, los tecnólogos, etc.

Por otra parte, la labor educativa que se puede hacer en los establecimientos públicos deben ser solicitados por la secretaría de Salud Pública, y no es de dudar que todos podrán cooperar en el sentido que nos hemos referido.

Por último, la información estadística y la medicina preventiva deben tener mayor colaboración de parte de las instituciones privadas y éstas deben ser exigidas, vigiladas y fiscalizadas por la Secretaría de Salud Pública.

“BIBLIOGRAFIA”

EDAF: *Diccionario Enciclopédico*.

BRYANT JOHN, Dr.: *Mejoramiento Mundial de la Salud Pública*. Editorial Pax, México. Librería Carlos Cesarman, S.A.

FERRARA — ACEBAL — PAGANINI: *Medicina de la Comunidad*. Centro Regional de Ayuda Técnica. México — Buenos Aires.

AIZENBERG MOISES: *La salud en el proceso de desarrollo de la Comunidad*. CENTRO DE EDUCACION FUNDAMENTAL. Centro de Educación para el Desarrollo de la Comunidad en América Latina. Pátzcuro — México.

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:
Revista Salud Pública.

Otros datos fueron adquiridos por medio de:

1. *Entrevistas tanto a médicos, como a enfermeras.*
2. *Visitando sitios exclusivos de los hospitales, como cocinas, habitaciones, cuartos de baño, etc.*