

Perspectivas del Servicio Médico Social en Costa Rica

Hilda Sancho Ugalde,¹ Silvia Mata Roldán²

Justificación y Objetivo: El presente trabajo se efectúa para tener una visión actualizada del servicio médico social, de los parámetros con que el mismo se realiza y si los objetivos con los que fue creado se están alcanzando, así como plantear alternativas para el cumplimiento de los mismos.

Métodos: Se revisaron las actas de los sorteos del servicio médico social realizados entre 1988 a 1998, la Ley 7559 del servicio social obligatorio para los profesionales en las ciencias de la salud, los últimos índices de pobreza por región de salud y el proceso de adjudicación de las plazas del SS. La información se colectó en un formulario diseñado para el efecto con las diversas variables.

Resultados: En la última década el número de plazas para cumplir con el SS no ha aumentado aunque la población del país y de profesionales que lo debe realizar se ha incrementado, por lo que solo el 54% de los graduados a nivel nacional cumplen con la realización del mismo. El proceso de definición y adjudicación de plazas es muy complejo y depende de entes externos al Ministerio de Salud Pública (MSP). La distribución de las plazas no tiene relación con los índices de pobreza del país. La información disponible no permite valorar el impacto del SS sobre el arraigo de los profesionales en la zona rural ni sobre la formación en el campo de la salud comunitaria, el 70% de los especialistas y el 47% de los médicos generales se localiza en el área urbana. No existen programas de actualización para los médicos que están cumpliendo con este requisito a nivel rural.

Conclusiones: El SS debe retomar los objetivos por los que fue creado según la Ley 7559 e incluir los aspectos académicos de actualización y de organización de los que carece hoy día, en conjunto con las Universidades.

Descriptor: Servicio Médico Social. Reforma del Sector Salud. Formación y capacitación médica. Apertura de escuelas de medicina.

Recibido: 08 de junio de 1999

Aceptado para publicación: 14 de marzo de 2000

Introducción

El servicio médico social (SS) constituye una práctica obligatoria, anual, que realizan los médicos graduados dentro o fuera del país, como requisito previo e indispensable a la incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC),¹ dirigida al logro de la cobertura de las poblaciones que por sus características geográficas, económicas y sociales tienen limitaciones al acceso de los servicios de salud. Es administrado por el MSP, según la

Ley 7559 de 1995 y su Reglamento.^{2,3} El SS creado en México en 1936,⁴ lo inicia en Costa Rica la Junta General del CMC en 1948, en forma obligatoria, bianual y remunerada, con el objetivo de proveer médicos para los hospitales y zonas rurales. El Decreto de la Junta Fundadora de la Segunda República de 1948,⁵ respaldó este acuerdo. La vía legislativa, se complementa con los decretos ejecutivos y dos décadas después la duración se modifica a un año. La experiencia médica se extiende en 1973 a los Odontólogos⁶ y en 1995 al resto de profesionales del área de la salud (Enfermería, Microbiología, Nutrición y Farmacia).²

La obligatoriedad del SS, presente en otros países latinoamericanos,⁹ es excepcional en Costa Rica, donde no existe otro tipo de servicio de exigencia gubernamental y lo transforma en una pieza clave en las políticas de desarrollo económico y social que a la vez genera un mercado de trabajo

Abreviaturas: CMC, Colegio de Médicos y Cirujanos; ss, Servicio Médico Social; MSP, Ministerio de Salud Pública.

1. Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

2. Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica.

Correspondencia: Hilda Sancho Ugalde. Dirección Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.

intermedio, sin el cual el acceso al mercado laboral definitivo esta vedado, todo ello relegó los aspectos académicos a un segundo plano.^{10,11}

La ley 7559 y su reglamento establecen una relación entre la misión y los principios de las instituciones del sector salud para el cumplimiento de preceptos constitucionales, en el orden jurídico el SS es un trabajo obligatorio en beneficio de la sociedad, que contribuye al logro del bien común¹² y a la formación del profesional en el campo de la atención primaria de la salud dentro de la realidad sanitaria del país, en lo moral es la retribución del profesional a la sociedad que contribuyó a su formación, devolviéndole parte de la inversión realizada, en lo administrativo y social es una fuente, complementaria, para cubrir necesidades de recursos humanos que no se pueden cubrir por las vías institucionales regulares.

La ley también establece que la asignación de médicos al SS es responsabilidad de la Comisión de Servicio Social Obligatorio, ente interinstitucional asesor del Ministro de Salud,³ que coordina el proceso para disponer de las plazas y su adjudicación. Para ello elabora una lista de las plazas que reúnen los requisitos y otra de los médicos que cumplen los requisitos definidos por el CMC, clasificándolos en nacionales y extranjeros.

En un acto público, anunciado en los medios de comunicación masiva, un mes antes de su realización, se procede a realizar el sorteo de las plazas, en presencia de los asesores jurídicos del MSP, los nacionales tienen prioridad sobre los extranjeros.

El número de ficha obtenida en el sorteo define el orden de escogencia de la plaza, una vez escogida, al final del sorteo, todos los que la obtuvieron, formalizan un contrato de prestación de servicios durante un año, improrrogable y que deberá contener el compromiso de participar en un programa de investigación o de acción comunitaria. Aquellos que no obtuvieron plaza, por insuficiencia de ellas, previa certificación extendida por el MSP, se incorporan al CMC. La jornada laboral es de 8 horas diarias, el salario y los derechos laborales están estipulados en la reglamentación respectiva.

Se revisaron todos los documentos legales relacionados con el SS así como el proceso de organización del sorteo de plazas y los resultados de los mismos, la información se registro en un formulario diseñado para tal fin. Se concluye que el SS no cumple en forma adecuada con los objetivos señalados por la Ley 7559, los aspectos académicos que contiene no han sido cubiertos en ningún momento, tampoco se han creado las plazas necesarias para el cumplimiento de este requisito. Los EBASIS no son sustitutos del SS, toda vez que no contemplan todos los objetivos del mismo y deben ser evaluados como parte del sistema de salud, antes de tomar decisiones respecto a ellos.

Materiales y Métodos

Se revisaron los decretos y leyes que dieron origen al SS y las modificaciones, la Ley 7559 y su Reglamento, los archivos de la Comisión de Servicio Social Obligatorio, los archivos del CMC, de la Sección de Recursos Humanos de la CCSS y los del MSP. La información se recolectó en un formulario que incluía las siguientes variables: código y localización por región de la plaza de SS, total de médicos que solicitan realizar el SS, total de médicos que obtienen plazas de SS, fecha del sorteo, médicos inscritos en el CMC y su lugar de trabajo según provincia, índice de pobreza por región de salud.

Resultados

La Ley Orgánica del CMC desde 1948 establece el SS como un requisito obligatorio previo al ejercicio liberal de la profesión, tanto para médicos formados en el país como en el extranjero. La Ley 7559 establece los objetivos del SS y estipula las condiciones y principios filosóficos que los sustentan. El reglamento indica las responsabilidades de la Comisión de Servicio Social y el proceso de ejecución del sorteo de plazas para el mismo. En 1948 el 100% de los solicitantes para realizar el SS eran graduados en el extranjero, en 1992 el 60 % eran graduados en el país y el 40% en el extranjero, en 1999 el 95% eran graduados en el país y el 5% extranjeros.

En sus inicios el total de plazas y su administración dependían del MSP, a partir de los ochenta la CCSS abre plazas y desde 1995, con la integración de los servicios, se inicia la centralización de plazas a la CCSS. El total de plazas en la última década no ha variado, de un total de 111 plazas en 1988 se ha pasado a 114 plazas en 1998, no existen documentos que indiquen que se ha realizado algún tipo de gestión tendiente a aumentar la cantidad de plazas, a pesar que la Ley 7559, indica y abre esa posibilidad. En el sorteo de 1999 se

Cuadro 1
Distribución Porcentual de Médicos Generales y Especialistas en el Territorio Nacional

Provincia	Médicos Generales		Médicos Especialistas	
	Nº	%	Nº	%
Alajuela	219	13,5	218	9,8
Cartago	119	7,3	142	6,4
Guanacaste	114	7,0	51	2,1
Heredia	110	6,8	79	3,5
Limón	136	8,4	72	3,2
Puntarenas	169	10,4	105	4,7
San José	759	46,7	1567	70,6
Total	1626	100	2221	100

Fuente: Colegio Médicos y Cirujanos. 1998

presentaron 365 solicitantes, 262 candidatos de tres escuelas de medicina nacionales y 97 del extranjero, para una oferta de 199 plazas, 6 para especialistas y 193 para generales, el 54,5% cumplieron con el SS, quedando 166 médicos, el 45,5%, eximidos de tal requisito. Las proyecciones indican que en el año 2000 se contará con un total de 500 candidatos para el SS y a partir del 2001 se superarán los 1000 anuales.

Aunque la falta de datos, impide valorar el impacto del servicio social como estrategia para lograr el arraigo del médico, en forma permanente en el área rural, el cuadro 1 muestra que el 46,7% de los médicos generales y el 70,6% de los especialistas, están en las provincias de San José, el cuadro 2 muestra que no hay relación entre la distribución de las plazas del SS y las condiciones socioeconómicas de la población.

Discusión

Actualmente la mayoría de los participantes en el SS son costarricenses, el número de plazas no ha aumentado en la última década y es claro que los propósitos del mismo en referencia a la interdisciplinariedad y arraigo del médico en las zonas rurales no se han logrado y tampoco los aspectos académicos que la ley indica. Estos resultados podrían relacionarse con los siguientes factores: la reforma del sector salud, la apertura de nuevas escuelas de medicina, la migración no planificada de profesionales médicos y la formación médica en escenarios primordialmente hospitalarios.

La pertinencia del SS como estrategia para ampliar la cobertura, ha sido cuestionada dentro del desarrollo de la reforma del sector salud, que tiene como principales elementos cobertura universal, atención integral y continua, accesibilidad, oportunidad, calidad, eficiencia, participación social¹³ y como estrategia para su logro los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), integrados por un médico, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria.¹⁴ Se considera que el sistema de EBAIS logra la cobertura de la

población así en los últimos cuatro años se han establecido 600 EBAIS en las áreas rurales, que representan el 75% de los 800 programados y abarcan un total de 3.200.000 personas, si bien no se tiene un registro centralizado que permita su evaluación¹, amplían la cobertura y tienen como ventajas su cercanía a los hogares, el tipo de atención y la rapidez de entrega de los medicamentos, como desventajas el exceso de trabajo, la falta de recursos materiales y humanos impidiendo una atención adecuada.¹⁶ Se debe tener presente que es en los EBAIS donde se realiza el SS y se está indicando que existe carencia de recursos humanos en los mismos, por lo que deben ser reforzados en este aspecto. Al comparar los índices de pobreza de las regiones con la distribución de plazas, las regiones Brunca y Chorotega, con los mayores índices de pobreza, en la última década han tenido 182 y 202 plazas, datos similares a los de la región del Pacífico Central y la Central con 213 y 209 plazas respectivamente, zonas que ocupan el sexto y séptimo lugar en pobreza por región,¹⁷ por lo que no se está llenando el propósito de brindar atención médica a las regiones más desprotegidas.

La apertura de nuevas escuelas de medicina, que han pasado de dos en 1990 a seis actualmente eleva el número de candidatos a la prestación del SS, por lo que algunos no obtienen plaza, afectando la formación médica en atención primaria. A lo anterior se suma la migración no planificada de profesionales médicos en la última década, que se acogen a tratados internacionales o que en razón de la situación social o política de su país migran a Costa Rica, todo lo cual conduce a mayor oferta médica, para un sistema socializado de prestación de servicios, lo que actualmente ha conducido al desempleo y subempleo profesional, que en caso de eliminarse o disminuirse las plazas del SS incidirán sobre el desarrollo y la prestación de servicios de salud.

Es innegable que el SS tal como está, no resuelve totalmente el problema de acceso de la población a la prestación de servicios, como tampoco contribuye a la formación

Cuadro 2
Índice de Pobreza por Región y Plazas Servicio Social

Región	1995		1996		1997		Total de Plazas
	Índice	Plazas	Índice	Plazas	Índice	Plazas	
Brunca	37	9	37	29	32	7	182
Chorotega	35	11	35	31	36	6	202
Huetar Norte	26	8	26	11	27	8	111
Huetar Atlántica	17	17	25	16	26	23	208
Pacífico Central	23	23	23	20	24	26	214
Central	16	9	17	49	14	31	219

Fuente: El Estado de la Nación, 1997. Dirección General de Salud, MSP. Dirección de Recursos Humanos, CCSS.

interdisciplinaria del médico, ni a la permanencia del mismo en las zonas rurales. Actualmente sobran médicos y faltan plazas de SS. Concebido como un medio para resolver la escasez de médicos en áreas rurales, rebasa la dimensión asistencial en que se centraba y aunque mantiene su vigencia, tiene dificultades operativas y de financiamiento que deben ser subsanadas mediante acciones a desarrollar por la Comisión de Servicio Social.

El estudio indica que la distribución de plazas del SS no guarda relación con los índices de pobreza de las regiones, por lo que no está tomando en cuenta este criterio para la ubicación de las plazas, tampoco se establece que contribuya al arraigo del médico en la zona rural, pues aunque los datos son inexistentes la distribución de médicos privilegia el área urbana, tanto de especialistas como de médicos generales. Fue llamativo la ausencia de seguimiento de todos los aspectos que conforman el SS, y no existen en las diversas instituciones archivos que permitan obtener información en forma completa. Los resultados permiten concluir que a nivel de las diversas instancias debe realizarse un seguimiento del Servicio Social y establecerse lineamientos que permitan cumplir lo que señala la ley 7559 y que al momento actual no se logra. La Comisión de Servicio Social, adscrita la MSP debe hacer valer sus potestades en el manejo y distribución de plazas, se le debe dotar de la infraestructura requerida para realizar sus diversas acciones entre ellas, el seguimiento y la evaluación anual del SS para ajustar el SS a los objetivos del mismo, se deben realizar los planteamientos necesarios ante quien corresponda para la creación de plazas y el establecimiento de convenios con las universidades conducentes a la realización de programas de educación continua para los médicos que están en SS.

El aspecto formativo que el SS legalmente debe tener, toma importancia dentro de la Reforma del Sector, abriendo la posibilidad de avanzar en un programa académico nacional, con participación conjunta de las instituciones formadoras y las prestatarias del SS que permita el logro de los objetivos tanto sociales como académicos que el mismo tiene. El desarrollo de los servicios de salud, se da en mejor forma cuando existe una estrecha colaboración entre el mundo académico y el de los servicios.¹⁸

El SS debe ser la extensión lógica del proceso integral de formación médica, que inicia en el grado y continúa con la formación en servicio y se mantiene con la educación continua y permanente, a la vez que contribuye a los objetivos indicados en la Ley 7559. El SS que se ha transformado en un mercado laboral, debe desarrollar el componente académico, definido por su ley, mediante un programa educación continua, organizado y dirigido por las escuelas de medicina, regulado por el MSP, con evaluación sistemática, cuyos resultados permitan incorporar su impacto en el proceso de construcción de la salud y en la educación continua y permanente del personal en salud.¹⁸

La formación del médico, ligada al sistema de seguridad social, lo condiciona a un tipo de atención individual que favorece la especialización y la concentración en los grandes centros de la meseta central, el SS al tener lugar dentro de un sistema de salud local, abre la posibilidad de formación de un médico no solo en el campo individual, sino también en el campo comunitario y familiar¹⁹ orientado hacia la atención primaria.

Estos aspectos desarrollados por la Reforma del Sector Salud aunados a las funciones de la Comisión Coordinadora otorgadas por la ley 7559, de proponer, planear, revisar, regular y aprobar, junto con las instituciones involucradas, los programas de investigación, capacitación y acción comunitaria que se asignen a los profesionales de SS, establecen el marco y el respaldo legal que posibilita el establecimiento y desarrollo de un programa académico dentro del SS que permita no solo mejorar lo que hasta el momento se tiene sino también el logro de aquellos objetivos que aún no se han desarrollado, tales como:

- 1- Propiciar el desarrollo y la formación del médico, en el campo de la medicina comunitaria y familiar, con la estrategia de atención primaria de la salud.
- 2- Establecer normas de coordinación entre el MSP y las escuelas de medicina, para diseñar, elaborar, ejecutar y evaluar los programas docente-asistenciales que se realizarían en ese espacio formativo.
- 3- Establecer un sistema de enseñanza-aprendizaje, investigación y evaluación, integrando aspectos teóricos y prácticos basados en problemas reales.
- 4- Mantener la vinculación del médico con la academia universitaria durante ese período.
- 5- Identificar al SS, como un campo de formación y capacitación de los médicos dentro de la estrategia de atención primaria.
- 6- Servir de retrocontrol a los entes del sector salud, para la regulación necesaria que en el campo de la formación y capacitación en salud se debe realizar, de forma tal que se obtenga la adecuación constante de los planes de estudio, de capacitación y prestación en servicio, de acuerdo con las necesidades de la población costarricense.

Agradecimiento

A la Sra. Lorena Carvajal Coto, funcionaria de la Escuela de Medicina de la UCR, por la digitación de los resultados y el documento final.

Referencias

1. Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
2. Ley 7559. Servicio Social Obligatorio para Profesionales en las Ciencias de la Salud, 1995

3. Decreto del Poder Ejecutivo No. 25068. Reglamento del Servicio Social Obligatorio para los Profesionales en Ciencias Médicas. 21 marzo de 1996.
4. Sandoval RJ, Hernández ZG, Durante MI, Córdoba A, et al. La experiencia del Servicio Social en Medicina. Perspectivas de un trabajo conjunto. *Educ Med Salud* 1994;28 (3): 341-353.
5. Acta sesión de la Junta General del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. San José, 17 de setiembre de 1948: 225-259.
6. Junta Fundadora de la Segunda República. Decreto de 5 de octubre de 1948.
7. Decreto Ejecutivo No 4, de 14 febrero de 1970.
8. Ley 5305 de 9 Agosto de 1973. Ley de la Creación del Servicio Social para Cirujanos Dentistas.
9. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. El Servicio Social de Medicina en América Latina. Propuesta de Cooperación inter-países. Informe preliminar de un taller regional. Washington DC, OPS, abril 9-11. 1997.
10. Organización Panamericana de la Salud y Fundación Josiah Macy, 1992, con la colaboración de Flores JR. Situación de la práctica del Servicio Social en las profesiones médicas de América Latina y el Caribe. Washington DC:OPS, 1992.
11. Fundación Josiah Macy, JR. Servicio Social y Comunitario en el entrenamiento Médico y la práctica profesional. Sesiones de la Conferencia sobre el tema, realizadas en Washington DC, en marzo de 1993.
12. Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica, Capítulo 1.
13. Miranda, G. La Seguridad Social y el desarrollo en Costa Rica. IIed. San José, EDNASSS/CCSS. 1994.
14. Ministerio de Salud de Costa Rica. Cuatro años después. Informe Anual 1997.
15. El estado de la Nación informe de 1997. Resumen del cuarto informe: Proyecto Estado de la Nación. San José Costa Rica. 1998.
16. Estado de la Nación. Informe 1996, capítulo 2, Proyecto Estado de la Nación. San José, Costa Rica. 1997.
17. Jiménez E. Desarrollo y Seguridad Social. En Foro: La Salud como producto social en el Estado Moderno. Su Rectoría. Ministerio de Salud de Costa Rica. Organización Mundial de la Salud. San José, 1-16 junio, 1993.
18. FEPAFEM/PAFAMS, ACAFAM XIII Conferencia Panamericana de Educación Médica, Servicios de Salud y Seguridad Social. Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica;1992.
19. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Desarrollo de la práctica y educación médica en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 1997.