

## Carta al Editor

### La práctica de la medicina en la Caja Costarricense de Seguro Social

A pesar de las enormes limitaciones (logísticas, de espacio físico y recursos humanos) con las que los médicos laboramos en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), nuestra profesión no puede permitirse caer en la apatía, la rutina y, en especial, la pobreza de rigurosidad científica que día a día la amenazan. La salvaguarda de nuestra calidad profesional y académica, recae en la Universidad de Costa Rica, en tanto institución tutelar de los cursos de pregrado y los de especialización (residencias médicas) que se desarrollan en la CCSS. Sin embargo, su rol protagónico y su liderazgo académico (sin mencionar investigación clínica y preclínica) ha venido a menos, en parte porque ha cometido el error de mimetizarse con los defectos de una institución politizada y administrada por personas ajenas al mundo académico.

Los médicos residentes de las especialidades clínicas son distribuidos por los servicios de emergencias y de hospitalización en forma rotativa, por lo general cada 30 días; en algunos casos, durante todo su periodo formativo. Esto los exime de un componente vital en la formación del médico: su identificación con las prácticas, normas y procedimientos protocolizados inherentes a cada servicio, disciplina o especialidad. El médico residente es un eterno “rotante” y, como tal, pasa por todos los servicios brevemente, sin que aprenda lo necesario en ninguno de ellos, de manera que, como suele decirse: *el médico pasa por los servicios de Medicina, pero la Medicina no pasa por el médico*. Muchas veces su rol se limita a cooperar con labores tales como trasladar pacientes o gestionar exámenes complementarios, y sin embargo, recaen sobre él responsabilidades que deberían asumir médicos más experimentados. Por supuesto, suceden frecuentes errores y descuidos por este motivo; pero sobretodo, el resultado es poca o ninguna experiencia educativa, constructiva y satisfactoria, y sus calificaciones le son otorgadas “por defecto”, a veces condicionadas por los caprichos de sus superiores, o por un vil intercambio de conveniencias. Mientras, los médicos asistentes, colmados de trabajo, laboran en consultas externas multitudinarias y no pueden, con frecuencia, establecer prioridades según la complejidad y urgencia ameritadas. En muchos servicios no existen roles bien definidos para el interno, el residente, el asistente joven, el más experimentado y el consultor: los 2 primeros pasan por los servicios como mano de obra migratoria y los segundos permanecen como operarios de una gran maquinaria sobreesaturada de consultas innecesarias o interconsultas mal indicadas.

La forma más visible de esta realidad es la manera de confeccionar las notas de ingreso, historias clínicas, referencias para médicos especialistas o procedimientos terapéuticos, tanto en los hospitales como en otros centros de menor complejidad. Se repite, sin cuestionar, el diagnóstico emitido por el primer médico que valoró al paciente, muchas veces equivocado; se solicita una valoración por un especialista, pero se desconoce el cuadro clínico de ingreso (a veces hasta la edad) y otros datos básicos que justifiquen la interconsulta; cuando el médico residente acompaña a su paciente a la sala de rayos X o al laboratorio de endoscopías, ignora la indicación del procedimiento, no conoce el resultado, ni lo discute académicamente con el médico asistente de ese servicio o del que está rotando; su paciente es llevado a sala de operaciones por una complicación, pero no puede ingresar con él ni asistir al cirujano, porque tiene que cumplir con tareas como acompañar a otro paciente a un examen radiológico fuera de su hospital o clínica. En bastantes ocasiones, actividades como seminarios o discusión de casos clínicos –cuando existen-, se efectúan entre los

propios médicos residentes, con poca o ninguna presencia de los médicos asistentes que decidieron o manejaron el caso, porque están disociados del quehacer asistencial y académico del servicio, cuando debería ser todo lo contrario.

En la CCSS, demasiadas decisiones médicas se condicionan a la realización de exámenes complementarios, cada vez más caros y complejos; se está olvidando que la confección de una buena historia clínica permite tomar muchas decisiones, y que solo una minoría de situaciones clínicas amerita un estudio histológico, microbiológico, bioquímico o morfológico detallado. Y la terapéutica está fagocitada por el empirismo: al paciente con dispepsia alimentaria se le solicita una endoscopia, antes de pensar que se trata de un trastorno funcional; al paciente con sobrepeso que aqueja disnea, se le solicita un ecocardiograma, antes de indicarle que haga ejercicio y corrija sus hábitos alimentarios; al paciente con gonalgia se le refiere para un reemplazo quirúrgico de rodilla, antes de emplear terapias más baratas, y efectivas, como la terapia física. Además, se engrosan sin necesidad las tristemente célebres “listas de espera”, pues la práctica de una Medicina carente de razonamiento clínico, la hace insípida y frustrante. Los costos se multiplican y permiten, en los casos más patéticos, que intereses particulares se impongan sobre los del servicio y su razón de ser: la salud de los pacientes. Estas observaciones, desde luego, no invalidan la buena práctica que todavía llevan a cabo muchos servicios, a pesar de las limitaciones citadas.

Los médicos que practicamos la docencia en las numerosas facultades de Medicina existentes en el país, tenemos la enorme responsabilidad de evitar la extinción de la buena enseñanza y práctica de la Medicina, como técnica sistemática revestida de arte y como profesión culta; y de evitar su contaminación con la caótica gestión institucional y las prácticas clientelistas y a veces corruptas de los funcionarios politizados de la CCSS –incluyendo algunos médicos-, que solo se limitan a cobrar por los “campos clínicos”. Las autoridades de la Universidad de Costa Rica, en ocasiones también jefes de servicio u otros cargos burocráticos de la CCSS, deberían velar por la actualización de los programas y el cabal cumplimiento de los objetivos de los cursos de pregrado, y por la organización de las actividades de los internos y médicos residentes, como parte de sus servicios y no como simples médicos visitantes, lo mismo que asegurarse de que las prácticas en sus servicios sean protocolizadas, lo cual las convierte en excelentes herramientas docentes y evita parte de la avalancha de referencias y solicitudes mal confeccionadas, mal indicadas o motivadas por otros intereses, que abarrotan los hospitales de la CCSS. Y deberían también, asumir un rol protagónico en la confección de registros de pacientes y estadísticas en sus servicios, con miras a diseñar estudios clínicos que respondan interrogantes de interés para nuestra realidad. Tenemos una interconsulta urgente: una vacunación contra la mediocridad.

*¿Por qué nuestros Magistrados, nuestros Abogados,  
nuestros Médicos  
y muchos eclesiásticos suelen tener más letras,  
más gusto y más ingenio  
de los que se encuentran en todas las otras profesiones?  
Pues porque su estado es el de poseer un espíritu cultivado,  
así como el de un comerciante es conocer su negocio.*

Voltaire, *Cartas Filosóficas*, 1734

Oswaldo Gutiérrez Sotelo  
✉ [oswcr@hotmail.com](mailto:oswcr@hotmail.com)