

Universidad de Costa Rica - Caja Costarricense de Seguro Social

¿Unión o disolución?

Al iniciarse la enseñanza de la medicina y de otras carreras del área de la salud, los hospitales nacionales, aún no pertenecientes a la CCSS, se convirtieron tácita -aunque no formalmente- en hospitales universitarios; esta condición y el hecho de que en términos geográficos estaban en sitios separados -las ciencias básicas en San Pedro y las ciencias clínicas en el centro de San José- debilitaron desde un principio la unión de ambas instituciones.

Al pasar los hospitales públicos a la CCSS en 1976, se esperaba, como es lógico, que las dos instituciones complementaran sus funciones académicas, ya que compartían su historia -nacidas el mismo año, bajo los mismos principios de solidaridad y equidad social-, y todo era propicio para desarrollar proyectos colaborativos de docencia, de investigación y de servicio a la comunidad. Es cierto que se han realizado algunos, pero han sido iniciativas particulares de funcionarios, y no políticas institucionales.

Contrario a esa expectativa, después de varias décadas de trabajar juntas la UCR y la CCSS, ha habido inexplicables enfrentamientos. Baste como ejemplo el convenio firmado por el año 2000, cuyo principal objetivo era impedir la amenazante iniciativa de la CCSS de cobrar a la UCR los campos clínicos de sus hospitales, tal como se hacía con las universidades privadas. Esto obligó durante varios meses a una atención especial de parte del Consejo de Área de Salud, que culminó con una obligada marcha desde el campus hacia las oficinas centrales de la CCSS, en la Avenida Segunda. Este episodio es una clara muestra de la perturbadora incidencia de las escuelas de medicina privadas, en la relación UCR-CCSS.

Es importante señalar en este punto, que la creación de escuelas de medicina privadas debía más bien beneficiar a la UCR y, finalmente, a la población, con una competencia que patrocinara una mejor calidad académica, lo cual se ha desvirtuado al existir nombramientos simultáneos de profesores de la UCR en algunas universidades privadas.

La presente opinión se refiere en especial a la perdurable discusión sobre el perfil del médico que el país requiere, así como al problema que representan las especialidades médicas en nuestro Sistema de Salud.

La Escuela de Medicina de la UCR debe ser la involucrada directa en ambos asuntos, sin embargo, debido a que algunos episodios tuvieron lugar en la época en que todavía no se habían dividido las facultades en escuelas en la UCR, nos referiremos en lo sucesivo a la Facultad de Medicina de la UCR (FM). Las Escuelas que actualmente la conforman deben tener participación en la exposición y solución de los problemas, especialmente la de Salud Pública. Además, la FM continúa siendo una instancia política intra y extrauniversitaria, sujeta, sin embargo, a lo que oficialmente dispongan las Vicerrectorías y la Rectoría.

Un problema de discusión por décadas, que todavía se encuentra sin resolver, es el del perfil del médico que el país requiere. Es indudable que la calidad de la atención médica se ha visto reforzada desde que existen las facultades del Área de la Salud de la UCR, pero podría ser discutible si es gracias o a pesar del modelo flexneriano con que se inició la FM.

Se acepta que la formación de un médico general, que en principio se desempeñe con solvencia en la comunidad, no se está alcanzando en ninguna de las escuelas del país, ya que su educación está orientada en forma única, hacia los hospitales nacionales. Se debe insistir en desplazar, al menos en parte, la enseñanza de grado a los hospitales regionales, que tienen que convertirse en centros docentes. Habría que lograr que los profesores de los hospitales centrales, en su mayoría especialistas,

dediquen parte de su tiempo a la enseñanza en dichos centros, lo cual sería factible si tuvieran dedicación exclusiva. Al mismo tiempo conviene contar con profesores únicamente en estos centros regionales, de preferencia con especialidad en Medicina Familiar.

Se han realizado esfuerzos aislados en este sentido, pero no representan un cambio significativo de la situación, al no corresponder a una política institucional, que nuevamente depende de una cohesión casi perdida entre la UCR y la CCSS. Los esfuerzos bien intencionados en la década de los 70, de usar al menos un *currículum* integrado en la enseñanza de la medicina, fracasaron porque se trató de implementarlo dentro de una organización administrativa ya establecida en departamentos, y se olvidó que la integración precisa recursos, organización y flexibilidad, y no solo el intento de juntar cursos y textos.

La FM fue la que inició la formación de personal para la atención primaria, lo cual es un aporte importante, pero ha llegado el momento de revisar por qué no están funcionando como se esperaba la mayoría de los EBAIS, circunstancia que desde luego debe resolverse en forma conjunta entre la FM y el CENDEISS.

El contrato UCR-CCSS para la operación de los EBAIS de los cantones de Montes de Oca y Curridabat, era una oportunidad única para que ambas instituciones pusieran en práctica una colaboración productiva, con un modelo que permitiera ensayar programas de docencia y de investigación en la Atención Primaria. Una oportunidad que lamentablemente no se aprovechó por un desafortunado litigio de índole económico.

Es incluso más preocupante que iniciativas exitosas planeadas y desarrolladas por la FM, como el Programa "Hospital sin Paredes", que era un paradigma de la Atención Primaria, liderado por el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, se haya suspendido desde hace muchos años. Estas son las decisiones políticas incomprensibles emanadas de nuestras instituciones.

La implementación de un programa robusto de la especialidad de Medicina Familiar, es una tarea urgente que tienen que desarrollar la CCSS y el Ministerio de Salud, con el soporte académico de la FM.

Los médicos que hayan realizado con éxito esta especialidad, tendrían aún una mayor capacidad resolutoria en los EBAIS y en las clínicas, y bien supervisados disminuirían las listas de espera de los hospitales. Estos especialistas en Medicina Familiar asignarían y supervisarían las labores de los médicos generales.

La supervisión de los EBAIS y las clínicas la realizarán los especialistas que trabajan en los diferentes niveles de la red de servicios de salud. Si a todo esto le sumamos un análisis de resultados y programas de investigación, tendríamos un modelo asistencial mucho mejor que el actual.

El reciente pronunciamiento de la Sala Constitucional, que faculta a las universidades privadas a firmar convenios para

realizar programas de especialidades médicas en los hospitales de la CCSS, al mismo nivel de la UCR, que era la única que tenía esa potestad, es un ejemplo preocupante del progreso que ha alcanzado esta tendencia enfocada en debilitar la relación UCR-CCSS.

Como alternativa, más bien debe estimularse y realizarse la idea de que las universidades privadas cuenten con clínicas y hospitales propios, donde desarrollen sus actividades docentes y de investigación, al mismo tiempo que ofrezcan a la comunidad una atención médica básica de costo moderado.

Las especialidades médicas se iniciaron en la Facultad de Medicina (FM), y esto fue un logro medular. No obstante, de acuerdo con la organización estructural de la UCR, estos programas fueron asumidos enseguida por el Sistema de Estudios de Posgrado (SEP), con la consiguiente exclusión de la FM; inexplicablemente, no se ofreció ninguna resistencia.

El SEP, no obstante, se ha limitado a dar el aval, ya que la UCR se desentendió de las especialidades médicas, delegándolas al CENDEISS de la CCSS, el cual se crea con el nombre de Centro de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social, con lo que usurpaba la función académica a la UCR. En fecha posterior, en lo que no parece ir más allá de un reacomodo de sus siglas, se ha llamado Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, lo que ha contribuido a desdibujar más su identidad. Esto ha creado un estado de indefinición de competencias entre ambas instituciones, que requiere una revisión urgente.

Como signo preocupante de su continuado desinterés, la UCR no asigna carga académica a los profesores de posgrado, quienes colaboran de manera voluntaria en la preparación de los especialistas.

La indefinición en cuanto a responsabilidades y competencias en el diseño y seguimiento de los programas de especialidades médicas, ha llegado a tal punto que se pide una tesis como etapa final de los programas, pero no todos la hacen, y en la mayoría de los casos se efectúa sin tutor y sin controlar su calidad. Mantener ese requisito en tales condiciones, para tratar de darle una imagen de seriedad al programa, es una peligrosa transgresión académica.

Es imperativo, en primer lugar, que las especialidades médicas se reasignen a la FM, por medio de los Departamentos de Área Clínica de la Escuela de Medicina en los hospitales, como una continuidad del grado.

Se debe crear un régimen de dedicación exclusiva financiando su salario por parte de la CCSS y de la UCR, donde los profesores de esos departamentos puedan desarrollar su labor asistencial junto a la docencia. Organizados en esa forma sería factible lograr ayuda internacional complementaria para la investigación. Desde luego, la desconfianza permanente que han manifestado las auditorías institucionales al respecto, tendría que ser superada. Todo lo anterior daría como resultado una mejor calidad de la enseñanza y facilitaría notablemente la investigación en beneficio de la comunidad.

Este régimen fue propuesto sin eco alguno en el año 2000. Actualmente se ve mucho más difícil de lograr, en vista del cada vez más débil compromiso entre la UCR y la CCSS. Si releemos *Trust* de Francis Fukuyama, recordaremos que: *“una sociedad basada en la desconfianza, no puede prosperar”*.

Se hace impostergable un enfoque científico de los problemas, a todos los niveles de atención, desde los EBASIS hasta el terciario, que incluya la elaboración de protocolos y proyectos de investigación permanentes, estudios piloto comparativos, construcciones físicas fundamentadas en las necesidades de los programas, así como una utilización educada y ponderada de la Informática, y algunas otras ideas que surjan en la elaboración de los detalles del proyecto. Sobre todo, se debe prohibir de manera rotunda la toma de decisiones a partir de ocurrencias.

Para lograr todo esto conviene apelar a la madurez del ser humano. Deben eliminarse algunas enfermedades que aquejan al Sistema, entre las que destacan: la politiquería, el individualismo y la envidia. Necesitamos espíritus sanos, con entusiasmo por el trabajo en equipo. Mientras estas enfermedades no se eliminen será imposible desarrollar programas interinstitucionales con

flexibilidad y tolerancia. No se valorará en su justa medida la conveniencia de alianzas público - privadas con transparencia y honestidad.

Nuestros “clientes externos”, que son los usuarios del sistema, demandan una atención que además de ser de muy buena calidad, resulte oportuna y con calor humano. Nuestros “clientes internos”, que son los trabajadores de la institución, tienen que lograr una preparación excelente, condiciones de trabajo idóneas e incentivos salariales apropiados.

Perder el miedo a ofrecer incentivos por méritos a todos los niveles, puede ser un factor estimulante del proceso de mejora. Si no derribamos esas barreras, seguiremos como en *The Red Queen's race, Now, here, you see, it takes all the running you can do, to keep in the same place*.

Carlos de Céspedes Montealegre
Miembro de Número, Academia Nacional de Medicina
Miembro del Consejo Editorial de Acta Médica Costarricense
cdecespedesm@gmail.com