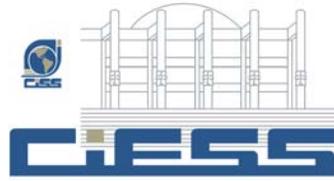


## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

# DOCENCIA, TECNOLOGÍA Y ATENCIÓN EN SALUD

Carlos Enrique Fuentes

# B

*Debate*

BREVIARIOS  
DE SEGURIDAD  
SOCIAL



DOCENCIA, TECNOLOGÍA  
Y ATENCIÓN EN SALUD

## Breviarios de seguridad social

### Comité editorial

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OIT)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

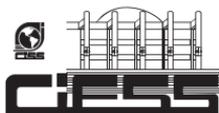
Orlando Peñate Rivero (Cuba)

Helmut Schwarzer (Brasil)

# DOCENCIA, TECNOLOGÍA Y ATENCIÓN EN SALUD



Carlos Enrique Fuentes



Primera edición

México 2009



Primera edición, 2009

ISBN: 978-970-9880-09-0

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CIESS.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social  
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,  
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2009. CIESS

# Índice

Introducción	1
I. Docencia en los servicios de salud	3
Observación, experiencia y función docente	11
Docencia y el ser integral	16
Calidad de la docencia	21
Enseñanza e investigación	26
II. Tratamiento institucional de la salud	28
La transformación para el desempeño	31
Reformas en salud y docencia	34
III. Un ensayo de interpretación	40
El ciudadano y los servicios de salud	40
Transformación y exigencias en servicios de salud	46
IV. Tecnología e innovación	51
Telesalud y educación virtual	51
Transparencia	53
Servicio al público	53
Innovación tecnológica	54
V. Tendencias (una segunda interpretación)	57
Bibliografía	65

## Introducción

**L**as coberturas en salud se dan a partir de una adecuada organización de sus servicios, esto en cuanto a su infraestructura, tecnología y recursos necesarios para su funcionamiento, pero también en cuanto a su alcance geográfico y accesibilidad a la población.

En este documento se reafirma la relación entre tecnología y atención en salud, teniendo como relación la participación de las personas que hacen posible que la organización funcione: su personal, sus recursos humanos. Una organización en salud basa su funcionamiento en el conocimiento de las personas, es una unidad estructurada a partir de ese conocimiento, el cual la mayoría de las veces se logra después de un largo proceso de formación en universidades e institutos especializados y de una práctica que permita brindar seguridad en la aplicación de esos conocimientos en los seres humanos a los cuales esos servicios atienden.

La parte central de este breviario sostiene que la operación tecnológica de los procedimientos no debe alejar al trabajador de la salud (sea cualquiera el puesto que ocupe dentro de la organización) de las necesidades de cada persona que recibe sus servicios. Es necesario que la relación entre el agente que brinda el servicio y la persona que lo reciba se desarrolle dentro de los cánones de la comunicación y la comprensión.

El tema principal de este breviario puede situarse en el estudio de los recursos humanos como elemento esencial del proceso de promoción, educación y atención de la salud. Los recursos humanos en salud, como bien lo señaló la Organización Mundial de la Salud, son imprescindibles.

Al tratar el tema entre tecnología y servicios de salud con un enfoque de recursos humanos, este libro destaca hechos esenciales como la formación, la capacitación, la ética del desempeño, la relación entre los agentes de la salud y la población y la función docente. Estos temas se debaten dentro de la transformación que han venido enfrentando los servicios de salud en todas sus fases. Servicios que forman parte importante dentro del concepto y principios de la seguridad social. Para ello, se toman referencias de distintos autores y estudios elaborados, así como experiencias que en la materia se han venido planteando.

Finaliza con un ensayo interpretativo de las tendencias sobre el tema en cuestión, tomando en cuenta las variadas circunstancias que se presentan en forma positiva o negativa durante el proceso de trabajo en salud, una de ellas el encuentro no siempre simétrico entre los principios y objetivos del sistema nacional de salud y los distintos agentes que intervienen en él.

## 1. Docencia en los servicios de salud

Los centros asistenciales en todos sus niveles y, especialmente los de mayor complejidad, están relacionados con la docencia en salud. Esta docencia la desarrollan las universidades con programas en áreas de salud, tanto en estudios de grado como de posgrado, mediante el uso de lo que se ha denominado campos clínicos docentes.

Otras actividades docentes universitarias basan su plan de estudio en el conocimiento acumulado en los campos asistenciales, y sus estudiantes realizan sus prácticas e investigaciones dentro de los servicios de salud, como epidemiología, salud pública, economía de la salud, gerencia, administración de servicios de salud, entre otros, en los niveles de grado y postgrado. Los comités locales de bioética se encargan de garantizar que las investigaciones académicas se realicen bajo las pautas éticas de acatamiento nacional e internacional.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> En el caso de Costa Rica la Caja Costarricense de Seguro Social emplea el término campo clínico docente debidamente reglamentado para el uso de las instalaciones en materia educativa, tanto de universidades públicas

Se comprende la docencia como parte de los tres pilares básicos de los servicios de salud, junto con la investigación y la asistencia. Un centro de salud (sea un hospital, una clínica o un área de salud) debe fundamentar su quehacer en estos tres campos, especialmente cuando su complejidad tecnológica, calificación de su personal, tipo de cobertura y su nivel de atención así se lo exijan. Docencia, investigación y asistencia es la tríada esencial para un adecuado desarrollo en la prestación de servicios de salud, pues las tres crean una realimentación y se nutren en la generación de nuevos conocimientos, prácticas y destrezas del personal que compone la organización de los servicios. La formación (entendida como un programa formal de estudios que lleva a la titulación) y la capacitación (como estudios cortos para refrescar conocimientos o adquirir nuevos), han sido fundamentos esenciales que van asociados indisolublemente con los avances en materia de la atención de los servicios. Avances que, por el desarrollo científico y tecnológico de nuestra época, se presentan con frecuencia, especialmente en aquellas ramas del conocimiento que van ligadas con los sistemas de información, la tecnología y las mejores prácticas clínicas y de gestión. La relación entre información y generación de nuevos conocimientos obliga a la adaptación organizacional en ese ambiente tan cambiante.

*Se comprende la docencia como parte de los tres pilares básicos de los servicios de salud, junto con la investigación y la asistencia*

como privadas con el correspondiente reglamento para la protección del derecho y privacidad de los pacientes derivado de un mandato de ley. También tiene reglamentado lo concerniente a bioética de la investigación que regula la investigación en los centros asistenciales, resguardando lo acordado en las pautas nacionales e internacionales sobre protección a los pacientes ante la investigación.

La docencia es un factor importante para la gestión de los servicios de salud, en tanto esta interactúa con la investigación y con la asistencia, mediante la relación entre docentes y estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje. La docencia sin el apoyo de la investigación, corre el riesgo de convertirse en simple transmisión de conocimientos sin mayores sustentos que el uso de textos o prácticas no adaptados a las necesidades del futuro profesional. La responsabilidad social de las unidades docentes (universidades e institutos, por ejemplo) está en tener una constante disposición de impulsar iniciativas que favorezcan una atención integral de la salud y un espíritu crítico por parte de sus egresados. En este aspecto, la claridad de hacia dónde se mueven los campos emergentes para la educación es un quehacer fundamental para responder a nuevos retos en los planes de cobertura de servicios, incorporación y adaptación tecnológica y para una visión de promoción y prevención de la salud desde los primeros niveles de atención. Es indispensable la formación de recursos humanos comprometidos con la atención primaria, como uno de los pasos necesarios para mejorar los índices de salud en coordinación con otros sectores responsables por el bien público. Este tipo de formación debe orientarse hacia el trabajo en equipo y la resolución de problemas de manera interdisciplinaria.

Una fase histórica del proceso de enseñanza y aprendizaje, refiriéndose específicamente al hospital, nos la presenta George Rosen, quien la ubica a partir del siglo xvii: “El hospital que surge de la Edad Media era un instrumento de la sociedad para aliviar el sufrimiento, disminuir la pobreza, erradicar la mendicidad y ayudar a mantener el orden público (...) Este mismo periodo fue testigo de la asociación con la profesión médica, pero el médico aún no era parte del hospital, seguía independiente. Esta asociación sirvió de base para otra tendencia, que a partir del siglo xvii en adelante haría que la medicina aprovechara cada vez más el hospital para estudiar

las enfermedades y para su propia educación práctica. La idea de que el hospital debía ser tanto para el tratamiento de los enfermos como para el estudio y la enseñanza de la medicina iba a tener consecuencias fructíferas en los siglos posteriores. Holanda abrió el camino en este sentido; la enseñanza al pie de la cama se instituyó en Leyden en 1626. La misma idea se puso en práctica en Inglaterra por sir Francis Bacon, Samuel Hartlib, William Petty y John Bellers...”.<sup>2</sup>

Michel Foucault señala que a finales del siglo XVIII ya era necesario el certificado médico para internar a las personas en los asilos. Trata, asimismo, de la función del médico en los primeros años del asilo: “Desde finales del siglo XVIII, el certificado médico ha llegado a ser casi obligatorio para internar a los enfermos mentales. Pero en el interior mismo del asilo, el médico ocupa un lugar preponderante, en la medida en que él lo instala como un espacio médico. Sin embargo, y es esto lo esencial, la intervención del médico no se realiza en virtud de un saber o de un poder medicinal, que él tuviera como algo propio, y que estaría justificado por un conjunto de conocimientos objetivos. No es su calidad de *sabio* como el *homo medicus* que posee autoridad dentro del asilo, sino como prudente. Si se exige la profesión médica, es como garantía jurídica y moral, no como título científico. Un hombre de intachable conciencia, de virtudes íntegras y que tuviese una larga experiencia en el asilo, podría sustituirlo bastante bien”.<sup>3</sup>

El conocimiento médico no es el que introduce la ciencia en el asilo de la época, sino un personaje que interpreta los viejos ritos del orden, de la autoridad y del castigo. Es el personaje con algunos poderes en lo moral y lo social en cuyas

<sup>2</sup> Rosen, G. *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI Editores, México, 1985, p. 334.

<sup>3</sup> Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica II*, Fondo de Cultura Económica, México. Título original *Histoire de la folie à l'âge classique* (1964), pp. 252-253.

prácticas: “... (el) médico, según Pinel, debía actuar no a partir de una definición objetiva de la enfermedad o de un cierto diagnóstico clasificador, sino apoyándose en esas fascinaciones que guardan los secretos de la familia, de la autoridad, del castigo y del amor; es utilizando ese prestigio, poniéndose la máscara del padre y del juez, como el médico, por uno de esos bruscos atajos que dejan a un lado su competencia científica, se convierte en el operador casi mágico de la enfermedad y toma la figura del taumaturgo”.<sup>4</sup>

En tanto el hospital se fue constituyendo en una organización compleja, se fueron instituyendo administraciones municipales, voluntarias, religiosas o caritativas para su administración, al mismo tiempo que los médicos y cirujanos se incorporaban en el establecimiento y trabajaban gratuitamente: “A cambio de ello el personal médico podía hacer uso de los casos que le interesaran para docencia o investigación”.<sup>5</sup>

*En la actualidad las organizaciones sanitarias públicas y privadas parten del conocimiento de su personal como elemento esencial para el desarrollo de sus responsabilidades*

En la actualidad las organizaciones sanitarias públicas y privadas parten del conocimiento de su personal como elemento esencial para el desarrollo de sus responsabilidades y en ese sentido también se encuentran estructuralmente distribuidas de manera departamental. Hay ramas muy específicas del quehacer en salud que históricamente se han situado como funciones esenciales con un contexto legal que protege su desempeño: el personal médico, de farmacia, de enfermería, de trabajo social, de administración, de laboratorio, de ingeniería, entre otros,

<sup>4</sup> *Ibid*, pp. 255-256.

<sup>5</sup> Rosen, G. *Óp. Cit*, p. 348.

áreas de las ciencias de la salud que cuentan con la descripción específica de puestos y las responsabilidades para el ejercicio de su función, dentro de un concepto de asociación gremial que les permite involucrarse en el trabajo y las decisiones de determinada información organizacional.

En buena medida, esta asociación también se ha convertido en un medio para el desarrollo de los individuos que componen estos estamentos profesionales en materia de educación continua, protección salarial, incentivos y la negociación de normas de relaciones laborales específicas. La legislación para la contratación y el desempeño, así como para la contraprestación de los servicios está garantizada en estatutos de servicios o en acuerdos protegidos por la legislación laboral que no solo abarcan el ámbito público sino también el privado. Este núcleo de agrupación gremial se convierte a su vez, en grupos de presión que se insertan en las distintas áreas del quehacer, que incluso imponen sus criterios en la formulación del plan de estudio para la enseñanza.

Son grupos que, dados sus intereses diversos, también logran involucrarse en los sistemas de contratación, en la nueva formación de otros recursos, en la generación de nuevas profesiones o especialidades y en el quehacer administrativo de los lugares donde se desempeñan. Estos grupos influyen en la heurística de la atención de la salud, la cual siguen patrocinando desde un enfoque eminentemente biologista y tecnocrático, cuyo enfoque se aleja de una atención basada en la prevención, la promoción y la educación para la salud desde los niveles comunitarios básicos y familiares. Abogan por un ejercicio liberal de la profesión, aún insertos en organizaciones de carácter público con otro foco de interés.

De lo antes expuesto, sirva como referencia esta opinión: “Los procesos de adaptación mutua entre estos dos grupos de agentes

sociales<sup>6</sup> están mediados por la estructura y dinámica que tienen los mercados laborales, tanto sobre la formación como sobre la utilización de los recursos humanos. En la mediación actúan las profesiones. El desarrollo para la profesionalización abarca procesos sociales contruidos sobre campos de saber e influencia definidos por los grupos de profesionales, capaces de imponer reglas de comportamiento a sus miembros y de obtener regímenes especiales de tratamiento de sus asuntos en el conjunto de la sociedad. El papel de los sindicatos ligados más a los intereses económicos del personal y las asociaciones profesionales asumen roles de ‘sujetos colectivos’ en los difíciles equilibrios de este campo de fuerzas”.<sup>7</sup>

Por lo general, los estudiantes de las carreras de la salud se incorporan a los servicios asistenciales y comunitarios en forma temprana, ello facilita su incorporación al campo en el cual se desenvolverán en el futuro y en el que habrán de tomar sus propias decisiones. Esta temprana incorporación les permite familiarizarse no solo con el proceso de trabajo interno del área asistencial o comunitaria, sino que les va facilitando el conocimiento de aquellas patologías de mayor prevalencia en el país y sus medios de prevención, diagnóstico y resolución. Los servicios de salud constituyen el lugar de aprendizaje donde se combina la teoría y la práctica, para lo cual se aprovechan varios recursos presentes, como los tecnológicos, los físicos y los didácticos. Es en esa práctica donde deben atender a pacientes y explorar sobre el diagnóstico y tratamiento de distintas patologías. También se aprovecha para estudiar *in situ* aquellos

<sup>6</sup> Agentes sociales en el texto son los servicios de salud y las universidades y escuelas, últimas que definen de forma autónoma las características de sus egresados.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*, Madrid, España, 26 y 27 de octubre 2003, p. 4.

elementos que, habiendo sido analizados en el salón de clases o en el laboratorio, se convierten en análisis y reflexión. El estudio del caso por lo general se hace en grupo, dándole una mayor solidez a ese proceso de enseñanza y aprendizaje. Ello se complementa con revisiones bibliográficas, la preparación de casos o ponencias a partir de un estudio particular orientado por su profesora o profesor, con lo cual se acercan al método de investigación al estudiar un problema desde distintas dimensiones clínicas o sociales. Este sistema de enseñanza y aprendizaje crea un patrón de socialización profesional importante, asociado con el proceso de la atención de la de salud. Esa socialización profesional, como se ha expresado, ha estado anclada en una atención más biológica que integral.

*El estudio del caso por lo general se hace en grupo, dándole una mayor solidez a ese proceso de enseñanza y aprendizaje*

Las acciones realizadas en los sitios con motivo del proceso de enseñanza y aprendizaje, deben quedar sustentadas en el consentimiento informado; es decir, la persona que requiere los servicios es el *sujeto* de la atención y no *objeto* de esta. En el consentimiento informado la unidad docente (hospital, área de salud, etcétera) debe informar a cada paciente sobre la práctica clínica docente que se realiza en ese lugar. En el caso de Costa Rica, conforme la ley 8239, Deberes y derechos de los usuarios de los servicios de salud públicos y privados, se debe cumplir que: “(...) En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado” (Art. 2, inciso m).<sup>8</sup>

<sup>8</sup> República de Costa Rica, Ley 8239, *Deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios públicos y privados de Salud*, 2 de abril de 2002.

La persona, de constituirse en un simple medio observado clínicamente, pasa a ser un sujeto con opinión propia que interactúa con el sujeto que le ha de brindar la atención. El monólogo del clínico que observa y clasifica a partir del dato extraído de la persona disminuida (materia inerte, cadáver, flujo, imagen digitalizada, muestra biológica o tejido), pasa a un diálogo entre iguales; es decir, son dos personas en comunicación, la cual se entabla entre la que posee un determinado saber y la que busca una respuesta a su estado físico y anímico a partir del saber que tiene la primera, pero conservando ambas partes su autonomía, son seres con deberes y derechos.

## ● Observación, experiencia y función docente

En los salones de clase se estudian de forma teórica, con algunas referencias prácticas, las ciencias básicas y todas aquellas disciplinas que facilitan una visión relacionada con el proceso de la salud y la enfermedad, desde la óptica social, fisiológica, biológica y farmacológica, entre otras. Ya en los centros de práctica, llámense hospitales, clínicas, áreas de salud o comunidad, los estudiantes se relacionan con seres humanos que presentan una dolencia o que por su condición tienen muchas carencias, por lo cual no es posible comprender sus necesidades solo desde un punto de vista, como el biológico. Tal situación exige una disciplina de comunicación esencial para aprender a compartir con el paciente y sus familiares: “El paciente no es solo lo que informa el radiólogo, el clínico o el patólogo, sino que es la síntesis de todo eso, agregado de mucho más, que escapa a nuestros medios de examen y que no podemos etiquetar por la propia ignorancia que tenemos sobre lo que somos nosotros mismos”.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Díaz, B. “Presencia necesaria y permanente” en *Gremio médico y Educación Médica Continua*, <http://www.smu.org.uy/noticias86/presencn.htm/> 29/06/2001.

Hay quienes abogan porque en la enseñanza de la medicina, por ejemplo, se utilice la consulta externa, con la finalidad de que el estudiante tenga “... un contacto más realista de la patología cotidiana y donde en clínicas organizadas podría verse expuesto a grupos de numerosos pacientes y a las enseñanzas que se derivan de un trabajo en conjunto”.<sup>10</sup> Los autores (Quesada y Pacheco) señalan que la utilización mínima de la consulta externa dentro de la docencia —y agregaríamos la comunidad— ha sido un error, precisamente porque, según su planteamiento, dentro de un hospital de tecnología compleja no se tienen las mismas oportunidades de aprendizaje para examinar la realidad en la cual los pacientes viven o trabajan.

*El aprendizaje y la enseñanza en áreas de la salud se materializan en casos prácticos*

Generalmente llegan a estos servicios con un estado muy avanzado de su patología. Por supuesto que estos principios son válidos para cualquier otra carrera de las áreas de la salud, porque cuando este tipo de relación se limita al espacio del hospital, al no tener un referente comunitario, descontextualiza el proceso de formación, lo limita y lo vuelve mecánico y acrítico.<sup>11</sup>

El aprendizaje y la enseñanza en áreas de la salud se materializan en casos prácticos, en la vivencia diaria para la resolución de problemas simples y complejos del proceso de la salud y la enfermedad. Ello se refuerza con el trabajo y la discusión en grupo de los distintos problemas que se analizan en presencia del docente especialista en la materia o en presencia de un grupo de profesionales que aportan experiencias y puntos de vista que enriquecen el conocimiento del que se trata.

<sup>10</sup> Quesada Vargas, O. y Pacheco Coronado, R. “Medicina costarricense algunos problemas y perspectivas” en *Gaceta Médica de Costa Rica*, Suplemento 1, Año 2000: 21

<sup>11</sup> Villalobos, L. *Médico Salubrista: Comunicación personal*, dic. 2001.

En esta relación entre docentes y estudiantes, se analizan las distintas patologías del paciente, ya sea en su presencia o por otros medios (exámenes, imágenes, historia clínica, visita comunitaria o familiar...). Es un estudio que por lo general se realiza en grupo, mediante una acción solidaria entre quien tiene experiencia y quienes tratan de adquirirla por la observación y la práctica: “La experiencia médica (...) no está dividida entre el que sabe y el que ignora: está hecha solidariamente para el que descubre y aquellos ante quien se descubre. El enunciado es el mismo; la enfermedad habla el mismo lenguaje a los unos y los otros”.<sup>12</sup>

La observación dinámica, según Foucault, que se establece en esta relación cotidiana entre estudiantes y docentes implica la presencia de dos dominios que históricamente se han conjugado entre sí: el dominio hospitalario y el dominio pedagógico.<sup>13</sup> Ya abordado el dominio hospitalario, se estaría tratando del dominio de los servicios de salud. La docencia es sinergia entre asistencia e investigación, dinámica y concurrente. Es el espacio donde se comparten protocolos de atención, habilidades, conocimientos, uso de herramientas y tecnología, mientras que a la vez se yergue como el principal motivador de la creatividad y de la inspiración de sus estudiantes. En este sentido, observación, experiencia, motivación y aprendizaje se oponen sin excluirse dentro de esos espacios. Es natural que la observación conduzca a la experiencia y de ahí se saquen nuevas conclusiones para una relación continua y cotidiana del proceso de enseñanza y aprendizaje. En este espacio de enseñanza y aprendizaje, el estudiante en forma individual o en grupo, puede observar, examinar y conversar con el paciente,

<sup>12</sup> Foucault, M.(1989). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI Editores, México, p. 159 (título original *Naissance de la clinique*, 1963).

<sup>13</sup> Foucault, M. *Óp.cit*, p. 157.

con lo cual completa y trasciende la referencia teórica de una enfermedad.<sup>14</sup> En el sistema de grado universitario, lo que se busca es que el estudiante, entre otros aspectos del proceso de la enseñanza y el aprendizaje, aprenda a realizar una adecuada interpretación de un diagnóstico o una intervención comunitaria con una acertada orientación pedagógica.<sup>15</sup> No obstante, en este interactuar prevalece el interés del grupo profesional a cargo de la capacitación que, como se dijo, impone normas de actuación a sus miembros y al personal que se está formando. Ciertas pautas de actuación, de comportamiento en el mercado de trabajo, de disciplina jerarquizada, e incluso de consumo y conducta social, se fomentan desde el proceso de enseñanza y aprendizaje.<sup>16</sup>

Durante la práctica en el hospital, en un área de salud, en la comunidad o en el seno familiar, el estudiante es quien palpa y visualiza por sí mismo a las personas y a la enfermedad: en este periodo de su formación profesional, comienza a desarrollar el pensamiento racional de intervención en salud. Esto le permite ejercitar el conocimiento aprendido y mejorar en lo que sea necesario, mediante la guía pedagógica de quien ejerce la docencia.<sup>17</sup> El reto está en trascender ese pensamiento racional centrado en la patología de la persona enferma, y poder dar el salto a una comprensión multicausal del proceso de salud y

<sup>14</sup> Ordóñez P., Médico Radioterapeuta: *Comunicación personal*, 10-12-2001.

<sup>15</sup> Vanegas, R. Jefe Posgrado de Cardiología CENDEISS: *Comunicación personal* 13-12-2001.

<sup>16</sup> El uso del uniforme u otros elementos identificadores, así como cierta conducta disciplinaria, es una característica de distinguir profesiones dentro de un medio de atención de la salud. El comportamiento como mensaje a los observadores y las barreras que se establecen a partir de estas conductas grupales entre grupos ocupaciones y público son tema de investigación del campo de la semiología.

<sup>17</sup> Von Herold, E. Médica Salubrista Pública: *Comunicación personal*, 10-12-2001.

enfermedad. Un enfoque positivista para explicar una realidad social o personal no siempre lleva a resultados esperanzadores.

Cualquiera que sea el lugar donde se desarrolle el proceso de enseñanza y aprendizaje, este debe presentar un ambiente caracterizado por la calidad técnica, personal y ética de sus profesionales. Deben ser ambientes acreditados y con las condiciones propicias para que este proceso se lleve a cabo bajo estrictos estándares de calidad y humanismo en el trato a las personas. Bibliotecas, laboratorios, lugares de reunión, materiales a emplear, ayudas didácticas, entre muchas, deben ser medios para que la docencia se lleve de la mejor forma posible.

*La docencia, en buena medida, depende del entusiasmo y compromiso de la persona que orienta a un grupo de estudiantes*

La persona que ejerce la docencia no solo debe mostrar competencia en su área de conocimiento (reconocimiento profesional acreditado), sino que debe conocer el plan de estudio dentro del cual se encuentra la asignatura de su alcance (integral); debe aplicar los principios de psicología para diferenciar los caracteres y capacidades de sus alumnos, así como conocer los fundamentos de la pedagogía y poseer habilidades de comunicación tanto oral como escrita.

La docencia, en buena medida, depende del entusiasmo y compromiso de la persona que orienta a un grupo de estudiantes, así como de sus aportaciones a las áreas de la atención de la salud y de la investigación. Debe considerarse que los profesores tienden a convertirse para los estudiantes en arquetipos de las profesiones que representan, lo cual se facilita por el monopolio que ejercen las profesiones sobre el saber profesional por medio del sistema educativo, tal y como se ha venido manifestando en párrafos anteriores. Es un monopolio ejercido al interior de una misma profesión con escasos contactos con otras profesiones que

también se orientan a un objetivo similar: “Este monopolio no solo impide la socialización de los conocimientos profesionales, sino que otorga legitimidad, por medio de la certificación y acreditación, a las definiciones que las profesiones van dando de sí mismas”.<sup>18</sup>

Romper ese monopolio también es un reto para la educación en las carreras vinculadas con la salud. Ese rompimiento iniciaría por una visión interdisciplinaria del proceso de atención de la salud y la enfermedad que partiría de la transformación de los propios planes de estudio universitarios, pero como se dijo, un tanto firmados por intereses profesionales diversos.

## Docencia y el ser integral

La integración de la atención en salud, y de los procesos docentes en salud, es consecuencia de que el ser humano es integrado consigo mismo y con la naturaleza. La relación con la naturaleza (con el ambiente y con todo lo que nos rodea, hechos e ideas, sean positivos o negativos) es permanente. El ser humano es cuerpo y espíritu, pero en cuestiones de salud es muy dado a atender el cuerpo, a atender la dolencia específica. Es necesario integrar el espíritu en toda atención de la salud: es posible que dos personas no reaccionen igual ante el mismo tratamiento, no porque el agente farmacológico sea inadecuado, sino por otras causas ajenas a lo fisiológico: las morales, económicas, sociales y culturales. Si no se reconoce la parte afectiva, las intervenciones en salud tienden a alargarse o a no ser efectivas. Por ello, hay que analizar críticamente las encuestas de satisfacción al final de la consulta: dos personas no necesariamente perciben de igual forma un determinado hecho.

<sup>18</sup> Martínez Benitez, M. *et al* (1985). *Sociología de una profesión. El caso de enfermería*, Nuevomar, México, pp. 28-29.

A una persona le podría ser indiferente esperar dos horas para que la atienda su médico de confianza; mientras que a otra, esto sea su mayor causa de insatisfacción.

En las áreas de salud, la enseñanza moderna no solo debe orientar su concepción hacia el aspecto biológico de la atención de la enfermedad, sino también a una comprensión del proceso de salud y enfermedad, como se ha venido planteando: “(...) la salud y la enfermedad se deben ver según una óptica mucho más amplia que la puramente biológica. O mejor, que la respuesta biológica de un individuo —que es la más destacada y mejor definible— está en función de numerosos y diversos factores externos a veces muy evidentes, a veces ocultos. Sin embargo, estos factores se deben tomar en consideración, no solo para explicar la génesis de ciertas enfermedades sino también para precisar el motivo de su distribución desigual, que luego se traduce en una distinta duración media de la vida humana”.<sup>19</sup>

*Si no se reconoce la parte afectiva, las intervenciones en salud tienden a alargarse o a no ser efectivas*

La máxima contribución de los programas docentes en salud, se deben fundamentar en desarrollar un pensamiento crítico, donde los esfuerzos se orienten a prevenir las enfermedades. Docentes y estudiantes se sitúan como sujetos esenciales del proceso de enseñanza y aprendizaje en salud. Sobre este tema, Mario Timio señala: “El médico no debe jamás considerar la enfermedad prescindiendo de los enfermos. De estos debe conocer las condiciones familiares, sociales y económicas, la actividad, los intereses, a fin de encuadrar y resolver mejor el estado morbooso que los afecta”.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Timio, M. (1986). *Clases sociales y enfermedad, introducción a una epidemiología diferencial*. Nueva Imagen, México, 1976, pp. 30-31.

<sup>20</sup> *Ibid*, pp. 143-144.

Agregaríamos, que tal responsabilidad en las circunstancias actuales no es solo del personal médico, sino de todo el equipo humano de los servicios de atención. Igual responsabilidad recae entre quienes deben aplicar críticamente procesos de trabajo basados en los mejores adelantos tecnológicos. En un estudio realizado en México en cuatro centros médicos de las ciudades de Guadalajara, León, México y Monterrey, donde participaron 838 médicos residentes de las cuatro especialidades incluidas: cirugía general, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría, se analizó el proceso formativo de los médicos especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social y su relación con la presencia de una conciencia crítica del ejercicio profesional. Se determinó, conforme los resultados obtenidos, que "... en los diferentes procesos educativos a los que están expuestos los especialistas en formación no se promueve la reflexión y la discusión acerca de lo que representa la tecnología, sus formas de uso y de abuso, las consecuencias de su mala utilización, etcétera. Tal pareciera que lo que se aprende es a depender de ella y no a servirse de ella para perfeccionar la propia experiencia".<sup>21</sup>

Esta misma conciencia crítica del ejercicio profesional también es válida para toda aquella persona que se desempeñe en un servicio de salud.

Es ético educar para la vida. La educación en salud, es parte intrínseca del desarrollo de las personas y de las comunidades. El personal de salud, algunas veces sacerdote y

<sup>21</sup> Viniestra Velásquez, L. Investigador responsable y colaboradores, "El proceso formativo de los médicos especialistas y su relación con la presencia de una conciencia crítica del ejercicio profesional. El papel de la tecnología en la práctica médica." en *Las múltiples facetas de la investigación en salud*. Proyectos estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, María del Carmen García Peña *et al.* Editores, México, marzo de 2001, p. 371.

otras consejero, ayuda en buena medida a guiar a muchos por el buen sentido de la vida. El derecho a la vida es un principio humano universal: la salud es el elemento esencial para disfrutar de ese derecho a la vida. La salud es optar siempre por una mejor calidad de vida y ello es una protección esencial de todo Estado moderno.

Muchas intervenciones en salud invaden la intimidad del ser humano; otras dejan secuelas permanentes como las amputaciones o las cicatrices, consecuencia de que se produjeron para preservar un bien superior; otras ocasionan efectos secundarios (medicamentos que generan reacciones o que conducen a otra enfermedad).

*Es ético educar para la vida. La educación en salud, es parte intrínseca del desarrollo de las personas y de las comunidades*

En un centro hospitalario, el paciente queda sujeto al personal incluso hasta en la forma de vestir, así como a horas de alimentación, a exámenes, a palpaciones, a colocación de instrumentos sobre su cuerpo o a conexión a máquinas. Respetar esa intimidad, esa individualidad, es una vía de carácter primario referente a la ética en salud. La indiferencia a situaciones que al personal de salud le parecen comunes por rutinarias, deja una brecha entre la calidad y la calidez de un servicio. Se podría ejecutar una intervención en salud exitosa por su calidad, pero sin el menor sentido de calidez, lo cual es una paradoja, a pesar de que en la cotidianeidad esto se torna como una conducta común. Los resultados de una intervención pueden ser buenos, aun sin el menor sentido de calidez, lo cual despoja a la atención de uno de sus más notables valores humanos.

El buen trato, la comprensión y el sentido de compasión son valores necesarios para una mejor atención en los servicios de salud. También lo es que las personas vivan en ambientes

que favorezcan un estado de salud adecuado: ambientes físicos, psicológicos... En estos momentos la sociedad moderna vive un ambiente generalizado de inseguridad, incertidumbre y desconfianza, lo cual afecta la salud colectiva tanto en lo físico como en lo emocional. Somos parte de una sociedad que, en su conjunto, no está bien de salud: los movimientos armados, las migraciones forzadas, la violencia en todas sus manifestaciones, los accidentes de tránsito, la contaminación ambiental, el hambre de millones de personas en el mundo, la inseguridad ciudadana, el desempleo, la discriminación y las epidemias, mantienen a la humanidad en permanente alerta y con una calidad de vida disminuida.

Formamos parte de una sociedad que se precia de sus indicadores de salud, no obstante hay signos de que la parte emocional se ha visto afectada por hechos que niegan los principios mismos de la seguridad social. Por ello, es nuestro compromiso debatir las mejores opciones como responsables de la herencia que les dejaremos a las nuevas generaciones. Es injusto que nuestros descendientes deban enfrentar servicios más caros y menos efectivos, o estar excluidos totalmente de ellos, tan solo porque no reaccionamos ante conductas que desdican los principios de la seguridad social.

Ignorar que el ser humano es un ser integral, es anteponer la técnica y lo material a la persona. Es no reconocer que formamos parte del cosmos, de la armonía del universo.

Algunas interrogantes que se pueden plantear para dejar un campo abierto en el análisis del proceso de enseñanza y aprendizaje en campos de la salud, son las siguientes:

¿Cuáles son las particularidades más importantes del proceso de enseñanza y aprendizaje dentro de los servicios de salud?

¿Qué regulaciones se establecen entre el estudiante en su práctica y la organización de los servicios de salud?

¿Cuáles son los problemas más significativos que se presentan dentro de ese proceso de enseñanza y aprendizaje?

¿Qué relación existe entre los conocimientos aprendidos dentro de los servicios de salud y la futura incorporación al campo laboral?

Con base en estas interrogantes, es necesaria una relación entre entidades formadoras como las universidades públicas y privadas y los servicios de salud. Unas y otros deben actuar de manera estratégica y acordada, con una orientación hacia la salud como un bien público, a partir de la formación de recursos humanos con vocación hacia la atención primaria de la salud.

## ● Calidad de la docencia

De una indagación realizada en 2002 (C. Fuentes),<sup>22</sup> en este apartado se exponen algunos datos de carácter cualitativo y que son vigentes a la fecha; estos se actualizan con información nueva. El estudio se hizo con docentes de la salud y con amplia experiencia en los servicios de salud.

La opinión de los expertos consultados, es que la preparación del estudiante debe estar más orientada a la salud que a la enfermedad, sin embargo, el plan de estudio de muchas carreras en salud no tratan temas antropológicos, sociológicos o comunitarios. Tampoco, señalan algunas personas consultadas, tratan temas sobre la organización de la red de servicios de salud y temas actuales como los compromisos de gestión y la participación comunitaria. Al no estar este plan de estudio acorde con las necesidades de la población, la gente cuando se incorpora a trabajar se siente en un contexto muy diferente al

<sup>22</sup> Fuentes Bolaños, Carlos. *La docencia en salud: con referencia al caso de Costa Rica*, CENDEISS, febrero 2002.

recibido durante su carrera, lo cual tiende a la desmotivación. Muchos médicos, por ejemplo, habiendo estudiado en centros de muy alto nivel tecnológico deben realizar su trabajo en áreas rurales o periféricas pobres, aplicando otro tipo de estrategias de intervención, lo cual los desmotiva hasta caer en la rutina.

Sobre este mismo tema, también se menciona que el personal de salud se forma dentro de un sistema de tercer nivel para trabajar en este tercer nivel, que es el de mayor complejidad, y no para desempeñarse en niveles menos complejos. La propia educación en salud que tiene la población es la misma educación que le transfieren los profesionales en salud: atención de la enfermedad en vez de la atención de la salud: “El hospital debe dejar de ser el único espacio central en la formación de los profesionales de la salud, especialmente de los médicos, pues es difícil que la práctica hospitalaria emule a la práctica médica real que el profesional va a afrontar una vez graduado. Al graduarse, los médicos salen a trabajar a la comunidad, pero la formación que reciben no les ha preparado para desempeñarse de manera adecuada en ese escenario”.<sup>23</sup>

A muchos funcionarios no les interesa ser docentes, dice una de las expertas consultadas; la universidad los contrata tan solo porque saben hacer los procedimientos, pero el instructor no quiere saber nada de métodos pedagógicos. Si bien la universidad se preocupa por poner a disposición de sus docentes cursos de técnicas didácticas, los instructores no asisten porque tienen nombramientos de corta duración. Esto es una limitante para la calidad, ya que la calidad pedagógica no siempre es la adecuada. El docente por lo general enseña a partir de su experiencia y no con base en la evidencia científica. Como profesor hace lo que le enseñaron a hacer.

<sup>23</sup> Universidad de Costa Rica, Rectoría. *Foro: Hacia un enfoque de políticas públicas de salud en la Costa Rica del Siglo XXI*, Op. cit.: p. 126.

Se menciona también que es difícil cambiar la actitud de los estudiantes, si no cambia la forma de desarrollar el proceso de enseñanza y aprendizaje: “(...) la heurística de la atención de la salud y de la prestación de los servicios sigue anclada en un enfoque biologista. (...) La formación que se imparte en la actualidad se encuentra atada al esquema curativo, mientras que una concepción integral ve la salud desde un enfoque preventivo y articulado con las condiciones sociales, culturales y económicas del bienestar”.<sup>24</sup>

*Quien enseña debe conocer las tendencias de lo que está enseñando*

Es importante mencionar que a la hora de enseñar y de aprender, estudiantes y docentes deben ponerse en una situación de futuro. Se debe enseñar pensando en que un problema que se resuelve ahora de determinada manera, posiblemente dentro de cinco años o menos se puede solucionar de otra. Quien enseña debe conocer las tendencias de lo que está enseñando. Conocer hacia qué dirección tiende su disciplina para orientar sobre las diversas opciones existentes y las posibles oportunidades que se puedan presentar en su campo de estudio. En el caso de las residencias médicas, el proceso de enseñanza se ve afectado porque el residente está pendiente de sus obligaciones laborales. La parte laboral, dice uno de los expertos consultados, le quita mucho peso a la academia. En estas circunstancias, el estudiante tiene poco tiempo para resolver problemas desde el punto de vista del método de investigación.

Sobre la enseñanza en residencias médicas, un estudio reciente señala la prevalencia de desgaste profesional en médicos residentes, y entre los factores analizados uno se refiere a los horarios de trabajo, tanto ordinarios como extraordinarios,

<sup>24</sup> *Ibid.* p.126.

dentro de este grupo de estudiantes que combinan la docencia con lo laboral en sus espacios de aprendizaje. También el síndrome de desgaste profesional está asociado a las demandas que se imponen las personas que cursan una residencia, tanto en lo laboral como en lo académico. Los bajos puntajes en el factor “despersonalización”, en el caso de residentes de pediatría, los autores lo asocian al grado de interés y compromiso con sus pacientes, pero con costos emocionales altos.<sup>25</sup> A nuestro criterio, lo académico y lo laboral en forma simbiótica y de alta presión, produce consecuencias en general respecto de la salud de la persona que debe atender no solo su jornada ordinaria, sino también las jornadas extraordinarias que este tipo de entrenamiento intrahospitalario demandan. Por tal razón, el reglamento que regula la formación de especialistas, en uno de sus considerandos, prevé lo siguiente: “Garantizar la importancia académica en la formación de especialistas y evitar el alto costo social y en salud integral de los médicos residentes producto de largas jornadas laborales ordinarias y extraordinarias”.<sup>26</sup>

No obstante lo anterior, las normas de Rotación de los Médicos Residentes que rigen en la Universidad de Costa Rica, dan la posibilidad de que estos estudiantes puedan desempeñar guardias como médicos generales con cargo al presupuesto del Área Local de Salud en donde las efectúe. El inciso f) de este reglamento señala “f. El médico residente que esté inscrito y autorizado sin restricciones para el ejercicio profesional por el

<sup>25</sup> Millán-González, R. y Mesén-Fainard, A. “Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses” en *Acta Médica*, Vol. 51, núm. 2, abril-junio 2009, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica: 91:97.

<sup>26</sup> ccss. Reglamento que regula la formación de especialistas en ciencias médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social en las unidades docentes autorizadas”, Artículo 17 de la sesión número 7877, del 5 de agosto de 2004.

Colegio de Médicos y Cirujanos, podrá efectuar guardias como médico general, siempre que sean financiadas por el Servicio de Salud Local, pero no podrá realizar guardias o disponibilidades de especialistas<sup>27</sup>.

Es decir, en otra área distinta a donde ejerce como residente en su condición de estudiante y trabajador a la vez. Esto, a nuestro criterio, puede ser motivo de que estos estudiantes/trabajadores se sometan a un exceso de jornada laboral ya delimitado por el propio reglamento de la Caja citado.

Quedan por realizar mayores y profundos ejercicios de evaluación sobre las jornadas ordinarias y extraordinarias de los médicos residentes, y de otro tipo de personal, buscando un equilibrio en la salud de los trabajadores. La exposición a turnos de trabajo rotativos y largas jornadas, tal como está demostrado, llega a afectar la salud integral de las personas. La Organización Internacional del Trabajo, desde sus inicios ha puesto su atención a la limitación de las jornadas laborales, de manera que no haya jornadas excesivas y que se garanticen periodos de descanso y vacaciones. Nuestro Código de Trabajo, del año 1943, ya incorpora los límites de jornadas y los periodos de descanso y vacaciones, como derechos fundamentales de los trabajadores. El proceso de enseñanza y aprendizaje, en cualquier puesto que se desempeñe, no ha de interferir con el descanso necesario y protegido en nuestras leyes laborales, aunque como en el caso de los médicos residentes haya una combinación entre lo laboral y lo académico. Tampoco la enseñanza se ha de convertir en la puerta de entrada a un sistema en donde la expectativa por mejores ingresos personales sustituya a cualquier otra expectativa y vaya contrario a una adecuada salud personal y ocupacional.

<sup>27</sup> Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Postgrado. Normas de Rotación de los Residentes. En <http://www.cendeiiss.sa.cr/posgrados/rotacionresidentes1.html>, consulta del 5 de agosto de 2009.

## Enseñanza e investigación

Existe una coincidencia en que la enseñanza y la investigación tienen que ir de la mano. Debe incentivarse y premiarse la investigación. Dentro de las normas de la docencia en servicio, deben considerarse las regulaciones para la atención de las personas, la calidad docente, la comodidad para el aprendizaje y los incentivos para el personal docente. La ccss, en el documento denominado *La ccss hacia 2025*, en la perspectiva de su desarrollo científico y tecnológico, incorpora la investigación como un factor esencial para el desarrollo de la salud y la seguridad social “la ccss es una organización basada en el conocimiento, donde la investigación científica, la innovación y el desarrollo tecnológico constituyen elementos estratégicos que contribuyen a articular los procesos sustantivos y de apoyo, con el fin de responder de manera oportuna y efectiva a las necesidades de salud y de pensiones bajo su responsabilidad, bajo los principios de solidaridad, equidad y sostenibilidad financiera”.<sup>28</sup>

Según lo expuesto, se concluye que la enseñanza y el aprendizaje en carreras de la salud deben reorientar sus prácticas y estrategias, teniendo como base la investigación, para alimentar el nuevo conocimiento y que esta investigación se oriente a estudiar problemas autóctonos, especialmente aquellos que más peso tienen en la salud pública costarricense. La educación en carreras de la salud ha de estar también sustentada en la prevención de la enfermedad con un enfoque integral; asunto que podría criticarse como un discurso ya conocido, pero con escasa práctica.

<sup>28</sup> ccss. Presidencia Ejecutiva. *La Caja hacia el año 2025. Visión y estrategias de largo plazo y líneas de acción para el periodo 2006-2011, Resumen*. San José, septiembre de 2006.

La máxima contribución de los programas docentes en salud, se fundamentarían en desarrollar un pensamiento crítico, en donde los esfuerzos se orienten a prevenir las enfermedades, para lo cual docentes y estudiantes se han de situar como sujetos esenciales del proceso de enseñanza y aprendizaje en salud.

Sobre este aspecto, Quesada y Pacheco apuntan lo siguiente: “... los estudios de grado y posgrado dirigen sus máximos esfuerzos de trabajo y aprendizaje para tratar los padecimientos de las personas y no para evitar que ellos (sic.) se enfermen. Las escuelas de medicina tienen, como bien dice el doctor Jaramillo, que ser orientadas no solo para producir médicos clínicos, sino también para proporcionar médicos con conocimientos de la salud y sean capaces de analizar los problemas del entorno y la sociedad como un todo. Esta es la introducción a la llamada medicina social u holística que es el paradigma del presente”.<sup>29</sup>

La anotación anterior es válida para la totalidad de los programas de estudio relacionados con la salud.

<sup>29</sup> Quesada Vargas, O. y Pacheco Coronado, R., *Óp. Cit.*

## 2. Tratamiento institucional de la salud

**D**aniel Goleman presenta su punto de vista acerca del tratamiento institucional de la salud en los tiempos modernos “para el paciente cualquier encuentro con una enfermera o un médico puede ser una oportunidad para obtener información, consuelo y tranquilidad; y, si se maneja inadecuadamente, una invitación a la desesperación. Pero con demasiada frecuencia quienes se ocupan de los cuidados médicos actúan con precipitación o son indiferentes a la aflicción del paciente. Por supuesto, existen enfermeras y médicos compasivos que se ocupan de tranquilizar e informar, además de administrar medicamentos. Pero también hay una tendencia a un universo profesional en el que los imperativos institucionales pueden hacer que el personal médico pase por alto la vulnerabilidad del paciente, o se sienta demasiado presionado para hacer algo por él. Debido a que la cruda realidad del sistema médico está cada vez más regulada por los contadores, las cosas parecen empeorar cada día”.<sup>30</sup>

<sup>30</sup> Goleman, D. (1997). *La inteligencia emocional*, Javier Bergara Editor, Buenos Aires, título original *Emotional Intelligence* (1995).

Para el autor, existe un margen positivo en la eficacia de la atención de la salud, tanto en la parte preventiva como en el tratamiento, el cual debe lograrse tratando el estado emocional de las personas junto con sus dolencias físicas. El concepto de compasión, entonces, debe entenderse como “el padecer con el otro”, el comprender lo que el otro pudiera estar sintiendo. Compasión no es lástima, como ordinariamente se pudiera entender, es tratar de ponerse en el sitio de la otra persona.

Esto nos lleva a otra tesis, la del ejercicio de la práctica médica en la era de la tecnología, tal como la plantea K. Jaspers.<sup>31</sup> Este médico y filósofo alemán, examina, a la luz del desarrollo tecnológico, las relaciones de humanidad que se deben establecer entre el personal de la salud y las personas que demandan sus servicios. En la era tecnológica lo que ocurriría en caso de una conciencia limitada de su uso, es el establecimiento de fronteras entre el agente de la salud y la persona que requiere una atención. Estas fronteras o limitación de espacios, se puede presentar por el apego acrítico del personal con su objeto de trabajo (la máquina, el instrumental médico) con total incomunicación con quien es tratado por medio de esa máquina o instrumento diagnóstico, sea como se llame. Es el paréntesis en el cual se mete al ser humano dentro de la concepción foucaultniana.

*El concepto de compasión debe entenderse como “el padecer con el otro”*

Viniegra y colaboradores, citados, en el estudio realizado en México con la participación de médicos residentes, llegan a la siguiente conclusión: “Cuando el ambiente en donde se aprende está dominado por sistemas de control impersonales, cuantitativos y burocráticos, en los que la justificación de las

<sup>31</sup> Jaspers, K. (1986). *La práctica médica en la era tecnológica*, Gedisa editorial, Barcelona, 1988.

actividades se hace oficial por medio de papeles, se propicia la irreflexión, se tiende a la rutina o, peor aún, a la simulación que disocia el discurso de la acción. En tales situaciones, aunque todo pueda haber cambiado en el discurso, las acciones siguen siendo las mismas. Estos ambientes burocráticos constituyen, hoy día, el terreno abonado donde el ejercicio clínico se vuelve igualmente burdo, rutinario y burocrático y donde las condiciones laborales de los médicos y la organización tecnocéntrica se reflejan en los servicios; así las cosas, actualmente se suele hacer un uso indiscriminado, inefectivo e incluso contraproducente de la tecnología que no solo encarece la prestación de los servicios, sino que amplifica los errores, incrementa el tiempo de resolución y restringe el intercambio propio de la relación médico-paciente”.<sup>32</sup>

La crítica se dirige al trabajo controlado bajo líneas de mando, cuya eficacia es medida por la producción en cadena, al estilo de los inicios de la administración científica, pero agravada en su conducta por tratarse de un área como es la atención de las personas. La burocracia de la atención en salud tiende a privilegiar la opción por el dato controlado: interesa conocer cuántas visitas domiciliarias se hicieron en determinado periodo, pero no la calidad de la visita. Interesa saber el número de medicamentos despachados en determinado momento, sin ahondar en los beneficios y perjuicios que la práctica pueda traer a la población de consumidores. Pareciera importante dar cifras sobre el número de exámenes de laboratorio practicados, en vez de preguntarse sobre la necesidad efectiva de ciertos exámenes para realizar un buen diagnóstico. La sociedad de consumo privilegia precisamente eso, el dato de lo consumido, sin mayor crítica sobre los beneficios de ese consumo.

<sup>32</sup> Viniestra Velásquez, L. y colaboradores. *Óp. Cit.*, p. 372.

La práctica profesional se ejerce en esa delimitación de espacios de la organización moderna, con reglas estandarizadas de actuación. El saber técnico organiza y desorganiza la atención, con pocas posibilidades de que el ciudadano pueda tener algún tipo de intervención. El propio profesional de la salud encuentra sus límites en esa delimitación espacial; así como está sometido a estándares de desempeño, también está regido por pautas funcionales que no puede transgredir.

Es un hecho que la organización moderna en salud ha desarrollado sistemas complejos de gestión que, en algunas circunstancias, separan al profesional de la investigación, la asistencia y la docencia, para que desempeñe labores relacionadas con el control administrativo y la eficacia económica, con lo cual sin duda se puede ganar en lo segundo, en detrimento de lo primero.

## ● La transformación para el desempeño

Se completa lo anterior con el hecho de que la docencia en ciencias de la salud en general, y de medicina en particular, viene siendo analizada en los últimos tiempos en América Latina, particularmente por la creación de numerosas escuelas de medicina en cada país de la región, situación que puede calificarse de preflexneriana: “Las escuelas de medicina proliferan sin control, los programas de estudio son irregulares y deficientes, la enseñanza tan compleja se ha reducido a más o menos cuatro años, el servicio social y el internado son, por lo general, una pérdida de tiempo y peligrosamente deformantes. A las residencias de especialidad sólo tiene acceso una pequeña porción de médicos graduados, y salvo aquellos que logran

una plaza en hospitales de tercer nivel, la enseñanza clínica es limitada y mediocre”.<sup>33</sup>

Tal orden de cosas es similar a la que encontró Abraham Flexner, en el sistema educativo de Estados Unidos en el año 1910 y quien, con apoyo de la Fundación Carnegie, llevó adelante una reforma en el plan de estudio de medicina que no solo cambió el concepto de los estudios en esta rama del conocimiento, sino que muchas facultades de medicina tuvieron que ser cerradas en el país (de 166 escuelas médicas se pasa a 126).

Un paso adelante es incorporar la acreditación de las carreras en salud, con el propósito de que exista una garantía de calidad en el proceso de enseñanza y aprendizaje. Es importante la acreditación de las carreras que garantice una adecuada formación de las personas que las cursan, en términos de excelencia académica y formación integral de sus

*Un paso adelante es incorporar la acreditación de las carreras en salud, con el propósito de que exista una garantía de calidad en el proceso de enseñanza y aprendizaje*

estudiantes. La acreditación, en el caso de Costa Rica, se lleva a cabo por un organismo externo a la universidad evaluada mediante criterios y estándares de calidad de una carrera o de un programa educativo. Debe existir un compromiso de la universidad de adherirse a los principios de calidad que rigen al sistema nacional de evaluación de la educación superior.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> Bribiesca, L. B., Reforma radical a la enseñanza médica. *Lunes en la Ciencia*, 13 de marzo de 2000 en <http://www.jornada.unam.mx/2001mar00/> 19 de diciembre de 2001.

<sup>34</sup> República de Costa Rica, Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior [http://www.sinaes.ac.cr/proceso\\_acreditacion/](http://www.sinaes.ac.cr/proceso_acreditacion/) acceso el 15 de julio de 2009.

No obstante este crecimiento de centros formativos en áreas de la salud, los cuales no todos han pasado por un proceso de acreditación nacional ni internacional, hay que señalar que en recursos humanos en salud existen divergencias regionales importantes. En la 140a. Sesión del Comité Ejecutivo OPS/OMS se destaca el hecho que más de 72% de los países de América Latina han sufrido una pérdida neta a causa de la emigración. Por otra parte, la oferta de médicos en zonas urbanas es ocho o diez veces más alta que en las zonas rurales. En América del Norte, el número de enfermeras supera el de médicos por tres a uno, pero en muchos países de América Latina y el Caribe se invierte esa relación.<sup>35</sup>

Se conoce el hecho de la concentración de personal en lugares de desarrollo en detrimento de zonas menos favorecidas, y ello debido a una cultura centrada en la maximización de la tecnología como medio de atención, tecnología que a su vez está reunida en los centros de salud de mayor concentración urbana, lo cual a su vez no permite una atención equitativa de acceso; en este sentido se crea una conciencia para reducir las brechas entre regiones y poblaciones. Veamos este criterio relacionado con la atención primaria en salud y el desarrollo de los recursos humanos “Hay una conciencia global de la necesidad de reducir las brechas en la situación de salud y en el acceso a los servicios de salud; en este sentido es clara la responsabilidad de los gobiernos de las naciones en la toma de decisiones adecuadas para proteger a sus poblaciones. La declaración de las Metas de Desarrollo del Milenio, refleja un consenso político sin precedentes sobre el estado del mundo y su visión del futuro, este consenso es el llamamiento a la acción colectiva con una visión tan poderosa como la convocatoria que en 1978 se dio en Alma Ata”.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 140a. Sesión del Comité Ejecutivo, Washington, D.C. USA, 25 al 29 de junio de 2007.

<sup>36</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la

## Reformas en salud y docencia

Al final de los años ochenta y al comienzo de la década de los noventa, los sistemas de salud iniciaron un proceso de reforma, componente importante de las reformas estructurales del Estado. En el mundo hubo un interés por revisar el funcionamiento de los sistemas de salud. Por todo el planeta, líderes y técnicos del sector público y privado examinaron cómo combinar las innovaciones del mercado competitivo con los valores de la justicia y la solidaridad en los sistemas de atención de la salud.<sup>37</sup> Este proceso de reforma impone la combinación de una serie de políticas y de herramientas gerenciales relacionadas con la formulación, ejecución y evaluación de presupuestos en salud, gestión descentralizada y regulación del sector público y privado en materia de servicios de salud, las cuales hasta cierto momento estuvieron centralizadas en niveles decisorios que estaban alejados de los problemas reales de la población, siendo las unidades de trabajo simples ejecutoras o consumidoras acríticas de recursos planificados y distribuidos por un nivel político-administrativo central que actuaba como “deus ex machina” (dios que llegando providencialmente desde fuera del escenario de los hechos interviene para resolver una situación).

Las reformas inician motivadas por la aguda crisis económica de este periodo y la problemática que se presentaba con la financiación y los mecanismos de cobertura de los servicios públicos de atención. En este proceso, surge y se mantiene una marcada diferencia entre los países industrializados y los subdesarrollados, pues en estos últimos el pobre desarrollo de

Salud, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*, Op. Cit. p. 3.

<sup>37</sup> Cfr. Lewis J., "Reform born in private sector" en *Modern Healthcare*, *Weekly Business News*, 13 de noviembre de 2000: 40.

los sistemas de salud, de la infraestructura, de la accesibilidad y de los recursos humanos son las características que prevalecen.

Fue en este momento que se afianzaron conceptos como los de financiación, economía de la salud, compromisos de gestión, sistemas de calidad, pagos por eventos, contratación con terceros, políticas de aseguramiento, evaluación de servicios, descentralización, participación comunitaria, entre muchos otros, los cuales introdujeron una nueva cultura en la gestión de los servicios de salud y en el tratamiento a las personas, unos con más éxito que otros y con mayor o menor aprobación por los múltiples actores intervinientes. En esta fase se apuesta a los indicadores de productividad para medir la calidad de la oferta de los servicios, y como un mecanismo para incorporar el sentido de la competencia dentro del servicio público.

En el caso de Costa Rica, la política pública optó por reformas orientadas a reforzar el primer nivel de atención mediante la creación de los equipos básicos de atención integral (EBAIS), los cuales cubren las áreas de salud definidas en el Modelo Readecuado de Atención. Son equipos de atención básicos con responsabilidad por un sector geográfico determinado (4000 habitantes por EBAIS). Se implementan los compromisos de gestión entre el financiador y el proveedor de los servicios para la asignación de recursos. Dentro de los términos del compromiso, se introducen incentivos vinculados con la eficiencia y el desempeño de las unidades proveedoras de los servicios. Se promulga la ley de desconcentración de clínicas y hospitales, mediante la cual se crean las juntas de salud, que tienen como finalidad fomentar y mejorar la atención de la salud de las personas, fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al centro de salud, así como procurar el desarrollo eficiente de la administración presupuestaria, de los recursos humanos y de la contratación administrativa de su centro de salud. La

ley de desconcentración otorga autonomía a las unidades desconcentradas en materia de manejo del presupuesto, de contratación administrativa y de la conducción y organización de los recursos humanos. Esta ley incorpora el concepto de desconcentración instrumental, que le otorga a las unidades desconcentradas las facultades señaladas.<sup>38</sup>

Con la reforma, se procuró fortalecer el primer nivel de atención, el mejoramiento de la gestión hospitalaria y la separación de funciones de financiación, compra y provisión de servicios. En materia de productividad se exploraron opciones como la prestación de servicios brindada por terceros (como el caso de las cooperativas de salud; la contratación con entidades privadas para algunos servicios esenciales, la medicina de empresa que brinda atención a los trabajadores en el lugar donde laboran y los exámenes y medicamentos corren a cargo de la ccss; la medicina mixta mediante la cual el ciudadano paga la consulta médica privada y los exámenes y medicamentos son atendidos por la ccss).

En este contexto, el Ministerio de Salud asume la función rectora, mediante la planificación, la conducción y la coordinación de las acciones públicas y privadas en relación con la salud, mientras lo concerniente a la atención de las personas pasa a ser responsabilidad de la ccss. La rectoría es un asunto que debe estudiarse más a fondo por cuanto su consolidación depende de muchos factores, entre ellos la autonomía que tiene la mayor prestadora de servicios como es la ccss.<sup>39</sup> Lo importante de la

<sup>38</sup> Cfr. Costa Rica, *Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social*. N.7852, 30 de noviembre de 1998. En Diario Oficial La Gaceta. Núm. 250 del 24 de diciembre de 1998.

<sup>39</sup> En el último periodo gubernamental (2006-2010) se nota una mayor disposición de las autoridades en la consolidación de la rectoría por cuanto hay adecuadas vías de comunicación. El Estado por medio del Ministerio, es el encargado de la definición de política nacional de salud,

rectoría es la capacidad de articular diversos actores sociales, sean estos públicos o privados, en la protección de la salud pública.<sup>40</sup>

Ante los procesos de cambio introducidos por la reforma, fue necesario replantearse los programas de capacitación y formación orientados al desarrollo de los recursos humanos. Paralelamente, se fueron introduciendo nuevos métodos de trabajo que traen aparejados sistemas de capacitación y formación de personal que los faciliten. Era necesario incorporar una nueva cultura de trabajo y de atención a los habitantes del país que facilitaran el cambio y la calidad de los servicios ofrecidos dentro de la readecuación del nuevo modelo de atención. Esta capacitación a partir de los puestos decisorios procuraba la sensibilización al cambio y desarrollar una labor más técnica en la gestión de los servicios.<sup>41</sup>

En este periodo de cambio y de reorganización de servicios, se consideró necesario incrementar la capacidad resolutoria de las unidades de trabajo, aspecto para el cual se identificaron aquellas áreas que debían reforzarse. De esta identificación, se incrementó la capacitación y la formación a los nuevos gestores en temas como economía de la salud, epidemiología, salud pública, gerencia de

la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a la salud, así contemplado en el Artículo 2 de la Ley General de Salud, núm. 5395, del año 1973.

<sup>40</sup> Si bien el hecho es muy reciente, y también requiere de mayores elementos de juicio para evaluarlo, se ha tenido una acción importante de la autoridad rectora con motivo de la pandemia H1N1, que ha reunido esfuerzos institucionales y comunales para enfrentarla de la mejor manera posible. Se ha convertido en la voz orientadora de políticas, estrategias y acciones para que las entidades encargadas de la atención de la salud públicas y privadas y la ciudadanía tomen las precauciones necesarias para evitar la propagación.

<sup>41</sup> Cfr. Sáenz, L. B. (1998). "La modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social" en *La Reforma del Sistema Nacional de Salud*, MIDEPLAN, San José, C. R., marzo.

la salud y administración de servicios de salud. Estas necesidades de capacitación fueron atendidas por medio de acuerdos con universidades nacionales e institutos nacionales y extranjeros, con experiencia previa en procesos de reforma del Estado y en reforma de servicios de salud. El Centro de Docencia e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) estimuló la concesión de becas al personal para la inversión en esta materia.<sup>42</sup>

*Todo cambio necesita ser aceptado por el personal responsable de los servicios*

De hecho, todo cambio necesita ser aceptado por el personal responsable de los servicios, razón por la cual también se incorporaron una serie de cursos y eventos cortos relacionados con la gestión del cambio, el liderazgo, el manejo del presupuesto, la planificación de los servicios, la gestión financiera, la atención a los usuarios y la sensibilización para el cambio, los cuales muchos a la fecha se mantienen como parte de la educación continua al personal de los distintos niveles de atención. Otras actividades educativas se han incorporado al variar sustancialmente la actividad de la administración pública relacionada con la ejecución y el control del gasto, en materia de contratación pública, enriquecimiento ilícito, ordenamiento presupuestario y valoración de riesgos, entre algunas de las últimas disposiciones tomadas en el orden legislativo.

Estas líneas de trabajo en capacitación y formación, se centran en los elementos que sustentan la modernización planteada en los servicios de salud, como el fortalecimiento

<sup>42</sup> Se realizó una actividad intensiva en formación de personal para el primer nivel de atención y se dio importancia a programas de capacitación a gerentes de los servicios de salud con maestrías en Salud Pública, Gerencia Moderna y Economía de la Salud, entre los principales, programas que son desarrollados por universidades públicas y privadas del país.

del sistema financiero, en sus componentes de recaudación y asignación de recursos; la descentralización, mediante la desconcentración instrumental otorgada por ley a los órganos locales; y la capacitación de los recursos humanos, orientada a fomentar el trabajo interdisciplinario, el trabajo en equipo y la motivación e identificación del personal con el cambio.

## 3. Un ensayo de interpretación

### ● El ciudadano y los servicios de salud

**E**l ciudadano promedio se ha visto envuelto en esta serie de transformaciones, generalmente con información difusa o siendo sujeto de medidas en las cuales ha tenido muy poca o escasa participación. No obstante, es importante rescatar algunas disposiciones en donde interesa destacar al ciudadano (habitante de la República) con una serie de derechos y deberes con respecto a la Administración Pública en general y en materia sanitaria en particular.

En lo que a Costa Rica compete, en la Ley General de Salud,<sup>43</sup> se dispone, entre sus múltiples alcances, que todo habitante tiene derecho a las prestaciones en salud, así como el deber de acudir a la autoridad sanitaria a declarar cualquier asunto relacionado con la salud pública. Toda persona ha de ser responsable por su salud y la de los miembros de su hogar, en la misma medida en que tiene derecho a ser informada y a recibir instrucciones claras por parte de funcionarios competentes.

<sup>43</sup> República de Costa Rica, Ley General de Salud, núm. 5395, *La Gaceta*, Alcance núm. 172 del 24 de noviembre de 1973.

En el caso de los niños, estos tienen derecho a que el Estado y sus padres velen por su salud y su desarrollo físico, social y psicológico. También dispone que ninguna persona podrá ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o técnicas sin ser debidamente informada, así como el derecho de recibir información clara de la condición experimental a que se sujetaría, de los riesgos que corre, para lo cual tendría que dar su consentimiento previo, o el de la persona legalmente facultada a darlo si estuviere impedida para hacerlo.

En este aspecto, y por los alcances de esta ley, el habitante de la República tiene asegurados sus derechos en materia de salud, así como sus deberes particulares y ante la sociedad para preservar la salud, materia en la cual existe una serie de condiciones y personal debidamente autorizado para hacer cumplir el principio de que la salud es un bien público tutelado por el Estado.

Desde el mandato de la Ley General de Salud, el ciudadano tiene prioridad en las políticas, acciones y tareas de la salud pública en general. Es sujeto y no objeto de las políticas, en tanto individuo con derechos y deberes sobre la salud personal y colectiva. Si bien el Estado debe propiciar espacios para preservar su salud, el ciudadano es un vigilante de que la salud colectiva sea preservada, en tanto tiene capacidad de denuncia y de ser esta atendida con diligencia por los organismos públicos competentes.

El ciudadano tiene obligaciones como la vacunación o el sometimiento a exámenes que el Ministerio ordene por estimarlos necesarios. En vacunación, los padres, encargados o tutores son responsables por la vacunación de menores o personas discapacitadas. El profesional de la salud, por su parte, debe informar la presencia de agentes causales de enfermedades declaradas de denuncia obligatoria o de interés sanitario por el Ministerio.

Este enfoque es el que se basa en el principio de que la salud es un constructo colectivo, a partir de lo cual el Estado y las comunidades adquieren responsabilidades conjuntas dentro de un proceso de identificación y mejoramiento de aquellos sucesos relacionados con la salud individual, la familia y la comunidad. La salud y los servicios a su alcance, deben considerarse dentro del contexto social y económico de las poblaciones, con una visión que integre las necesidades generales del país en esta materia del desarrollo humano.

*La salud y los servicios a su alcance, deben considerarse dentro del contexto social y económico de las poblaciones*

El Estado ha procurado dar al ciudadano respuestas a sus inquietudes con respecto a los servicios de salud y a su derecho a la salud, para lo cual se ha abierto una serie de caminos en donde la ciudadanía puede presentar quejas de carácter jurídico y administrativo. Las Contralorías de Servicios son unidades ubicadas en los centros de trabajo donde el ciudadano puede presentar quejas o inquietudes por la atención recibida. Estas contralorías tienen la obligación, previa investigación del caso demandado, de contestar a la ciudadanía los planteamientos que realicen. La Sala Constitucional es otra vía para atender recursos de amparo o recursos de inconstitucionalidad relacionados con el derecho a la salud. La Defensoría de los Habitantes es otro medio por el cual la ciudadanía puede realizar denuncias relacionadas con la salud. Conforme la Ley de Control Interno, órganos de control como las auditorías internas y la Contraloría General de la República, “...guardarán confidencialidad respecto de la identidad de los ciudadanos que presenten denuncias ante sus oficinas”.<sup>44</sup>

<sup>44</sup> República de Costa Rica, Asamblea Legislativa, *Ley de Control Interno*, núm. 8292, 18 de julio 2002.

La ley 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados, ya citada, entre los derechos de las personas usuarias, en su Artículo 2 están los de recibir información clara, concisa y oportuna; un trato digno y con respeto; atención médica con la calidad y diligencias debidas; ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia; tener acceso al expediente clínico y que se le suministre una copia. Este mismo artículo, entre otros derechos, le da la facultad de presentar reclamos ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos (lo transcrito no es literal). En casos de docencia, y experimentos clínicos, la persona debe dar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado. El consentimiento informado también es un instrumento que opera para investigaciones en general y así contemplado en regulaciones internas de las instituciones de salud tanto de servicio como académicas.

La ley Núm. 8220, del 19 de febrero de 2002, protege al ciudadano del exceso de requerimientos y trámites administrativos. Esta ley es aplicable a toda la Administración Pública, central y descentralizada, instituciones autónomas y semiautónomas, órganos con personalidad jurídica instrumental, entidades públicas no estatales, municipalidades y empresas públicas. A partir de la promulgación de esta ley, el ciudadano ya no se ve inmerso en aquella burocracia kafkiana en donde su gestión se iba perdiendo en cada uno de los niveles por donde pasaba. Ahora, la entidad, órgano o funcionario deberán resolver dentro de los plazos máximos establecidos, sin dilación alguna.

Este ambiente colectivo, en constante movimiento y reformulación, se enfrenta a situaciones que permean su estabilidad, algunas de ellas son las siguientes, y de cierta forma han sido objeto de comentario en este texto:

- a) Existen poblaciones con acceso restringido a los servicios de salud, entre las cuales están las áreas geográficas de difícil

acceso (comunidades indígenas); o bien personas que teniendo servicios cercanos a su comunidad, estos no cuentan con la tecnología, el recurso humano o la infraestructura adecuada para brindar las atenciones necesarias (hospitales regionales o periféricos con recursos limitados en personal especializado; o bien con normas de atención que hacen a las personas de lugares lejanos desplazarse para consultar centros de atención especializados, lo cual aumenta el tiempo de respuesta y se crean lo que se ha denominado “listas de espera”).

- b) Hay niveles elevados de pobreza, en donde los pobladores de las comunidades económicamente deprimidas buscan en primer lugar resolver el problema diario de subsistencia, y dejan en segundo plano el cuidado de su salud; y en menor escala la atención preventiva de esta. La pobreza es asociada a mayores riesgos y problemas de salud colectiva, especialmente cuando, si bien la cobertura de agua potable es positiva en el país, aún existen problemas de tratamiento de aguas para el consumo humano y la eliminación de aguas residuales. Por ejemplo, en 2007, según reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el país había 1 182 108 viviendas, de las cuales 302 194 poseían alcantarillado o cloaca; 837 122 tanque séptico; 35 103 pozo negro o letrina; 453 ignorado y 5 193 no tiene.<sup>45</sup>

En la misma fuente citada antes, se tiene que de esas 1 182 108 viviendas, 670 849 se abastecen del agua de acueductos y alcantarillados;<sup>46</sup> 455 311 de acueducto rural o municipal, empresa o cooperativa; 32 104 de pozo; 22

<sup>45</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censos, Anuario 2007, Vivienda, cuadro 04, en <http://www.inec.go.cr/> consultada el 20 de julio de 2009.

<sup>46</sup> Se refiere al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, creado por ley 2726 del 14 de abril de 1961, y se le considera como una iniciativa de gran trascendencia para la salud pública costarricense.

106 de río, quebrada o nacimiento; 1 738 de lluvia y otros. Las múltiples fuentes de abastecimiento, especialmente las poco controladas como las municipales, de acueductos rurales o de fuentes como pozos, no garantiza una calidad adecuada del agua para el consumo humano y, por tanto, el riesgo a la salud es un factor determinante.

- c) Existen prácticas del mercado de la salud como es el concentrar recursos en ciertos lugares de desarrollo, en detrimento de las zonas geográficas menos favorecidas. Los recursos humanos son uno de estos recursos que se establecen en zonas favorecidas, pues en estas también se encuentra el desarrollo y la tecnología.
- d) Existen prácticas profesionales de carácter gremialista o de mercado que propician que algunas profesiones permanezcan en las áreas urbanas (capital de la República) en detrimento de la periferia, por el lado del ejercicio público estos profesionales pueden acceder con facilidad al privado mediante redes de servicios que sostienen esta práctica de modo permanente.
- e) La orientación de carácter biológica y farmacocéntrica en la formación de recursos humanos propician el uso y consumo de tecnología y esta difícilmente la encuentran los futuros egresados en zonas alejadas de la periferia. En este sentido, también, el sistema se ha arraigado en la lógica de la medicación, a la cual la población, por su propia influencia le da más valor que a cualquier otra intervención en salud.
- f) Parece existir un acuerdo tácito de reducir el nivel de competitividad en el mercado privado, dado esta relación mixta con lo público, por lo que se contrae la formación en ciertas áreas aunque estas sean necesarias (anestesiología y radioterapia, en este momento, son deficitarias en el nivel de egreso de estudiantes de posgrado). Una hipótesis que se

podiera plantear es que el “nivel de estatus profesional”, para algunos grupos ocupacionales, pudiera verse afectado con la formación suficiente de personal (a más personal dentro de un campo del desempeño menos estatus; parece ser la norma, tanto en áreas especializadas como entre áreas de las tecnologías de los servicios de salud). Esto posiblemente por las orientaciones que en materia del ejercicio en salud se han desarrollado a partir de los años noventa con el proceso de reforma: “Las reformas impulsadas durante los últimos años han debilitado la identidad del Sistema Nacional de Salud costarricense, históricamente desarrollado con un anclaje específico y de relevancia en el sector público y con la ayuda del sector privado. El sistema se ha transformado por los cambios, en un escenario institucional con orientaciones muy ambiguas, contexto en el que la naturaleza solidaria y universal del sistema tiende a diluirse”.<sup>47</sup>

## Transformación y exigencias en servicios de salud

Las organizaciones actuales enfrentan varias exigencias: la eficiencia de los servicios que desarrollan, la cual se alimenta de la racionalidad de los procesos, de la gestión de los recursos y de las relaciones internas y externas, y por supuesto, una exigencia fundamental constituida por los resultados que se valoran según su impacto, en razón de la eficacia de sus respuestas. En el caso de Costa Rica, la introducción del instrumento “Compromiso de gestión”, entre el proveedor de los servicios y el que ejerce la función de compra, es un buen

<sup>47</sup> Universidad de Costa Rica, Rectoría. *Foro: Hacia un enfoque de políticas públicas de salud en la Costa Rica del Siglo XXI*, Ciudad de la Investigación, 3 y 4 de octubre de 2006: p. 117.

ejemplo de una herramienta de gerencia para equilibrar la gestión del órgano desconcentrado con los recursos que se le asignan. El compromiso de gestión es una especie de convenio anual que el proveedor de servicios realiza, con este convenio ejerce la función de compra por parte del órgano central, para comprometerse con el alcance de ciertos indicadores y nivel de desempeño. Si se alcanza una evaluación aceptable, el proveedor logra una serie de incentivos económicos que los puede invertir en el desarrollo de su centro de trabajo.

Desde nuestra perspectiva, la eficiencia, independientemente de los instrumentos gerenciales que se empleen, ha de ser fruto de sistemas integrados que se orienten a un propósito común; se desarrolla con el apoyo de personal bien informado y comprometido con los objetivos de trabajo y conocedor del quehacer general de la organización.

*La eficiencia ha de ser fruto de sistemas integrados que se orienten a un propósito común*

Las personas que se desempeñan en organizaciones que procuran la eficiencia, actúan en equipos de trabajo, sin perder la esencia de sus valores individuales y obtienen compensaciones gratificantes por su quehacer, gratificaciones relacionadas con contratos psicológicos manifestados en el respeto, en el afianzamiento de la autoestima y en reglas claras de desempeño. En un ambiente caracterizado por eficiencia, cada persona sabe qué se espera de ella para el éxito final, a la vez que el sistema organizacional cuenta con mecanismos que valoran y reconocen esas aportaciones.

Una exigencia relacionada con la anterior, es la atención oportuna a las necesidades de los ciudadanos. Las organizaciones hacen esfuerzos para que los ciudadanos reciban servicios de calidad dentro de un tiempo mínimo razonable. Si en presencia de factores favorables los tiempos se prolongan, es porque

podieran existir fallas en los procesos de trabajo que acarreen implicaciones negativas en la administración de los productos o los servicios. Cuando no se dan respuestas efectivas, aun existiendo condiciones favorables como la tecnología, los recursos financieros y la capacidad de la gente, el personal que sí estaría dispuesto a dar más de sí, pierde el interés, en especial cuando se enfrenta a procesos de trabajo muy estandarizados, escasamente productivos y poco relacionados entre las distintas áreas. Cuando las personas pierden el interés por el objetivo común, se acentúan las luchas por los intereses particulares.

La eficiencia puede considerarse relacionada con ciertas variables de las funciones organizacionales como la de los trabajadores, la institucional, la de la población y la del Estado.

La función de los trabajadores se refiere a que las personas de la organización deben compartir responsabilidades, metas y objetivos para asegurar un esfuerzo sostenido por los resultados. En esta función un factor destacado es el desempeño del liderazgo, especialmente el que se caracteriza por integrar equipos de trabajo y por incentivar la creatividad de las personas que forman parte de ellos.

La función institucional es la que impulsa el acto gerencial por los logros y es la responsable de adecuar la estructura al cumplimiento de la misión. Por medio de esta función se legitiman y fortalecen los valores y principios por los cuales la sociedad creó una organización. Su personal directivo se muestra atento a los cambios del ambiente, para emprender las variaciones necesarias que abran la posibilidad de enfrentar demandas o presiones de naturaleza social, económica cultural y tecnológica, demandas que por lo general emergen de modo combinado.

La función de la población se refiere a que esta, lejos de ser sujeto de carácter pasivo, se caracteriza como sujeto activo

de los servicios. En la actualidad la mayor participación social permite que personas interesadas velen por el desarrollo de sus instituciones y se aseguren la calidad y la pertinencia de los servicios. Se han abierto diversos canales para que la ciudadanía tenga acceso a las actividades organizacionales y a la actuación de sus funcionarios, tal como se explicó en párrafos anteriores. Esta apertura se ha considerado como una forma de destrabar los actos burocráticos y de poseer algún tipo de intervención en la canalización de los recursos en aquellas actividades de interés público. Desde este punto de vista se otorga mayor participación a la ciudadanía en el funcionamiento de los servicios y en el control de sus proveedores.

El mecanismo de participación es un fértil terreno para la comunicación entre usuarios y proveedores de los servicios la cual incrementa los niveles de eficiencia. El autocratismo intelectual, centralista, tiene que ceder ante la participación social en la toma de decisiones, mientras que el poder del experto ha de combinarse de modo sinérgico con el conocimiento de las comunidades, que son las que viven con sus necesidades y tienen suficiente criterio de lo necesario para su desarrollo.

La otra función relevante la asume el Estado, el cual asegura el acceso y la equidad en los servicios. La política pública es la expresión de un pensamiento y de un accionar hacia servicios equitativos y de calidad, porque en ella se conjugan las manifestaciones de demandas por satisfacer que deban ser garantizadas en su cumplimiento, en consecuencia con el bien común. La descentralización de acciones, se yergue como una política pública general que se asume como un camino para garantizar la equidad.

## 4. Tecnología e innovación

**D**esde la perspectiva del desarrollo de la investigación y de la innovación tecnológica, tal como se analizó en apartados anteriores, las organizaciones en salud se estructuran a partir del conocimiento de las personas. Este conocimiento a su vez debe estar en constante renovación mediante actividades de investigación y docencia, a fin de, también como se dijo, ponerlo al servicio de la población.

Actualmente, las tecnologías de información han tenido un gran impacto en casi todas las actividades, y los sistemas de comunicación hacen que las personas conozcamos hechos en forma simultánea en cualquier lugar del planeta. En este sentido, en el caso de Costa Rica, nuestras organizaciones han realizado los esfuerzos necesarios para poner esas tecnologías en favor del mejoramiento de los servicios.

El desarrollo tecnológico es salud, por su propia dinámica, es muy cambiante, y ese cambio ha de manejarse con acciones proactivas, entre ellas, que el personal pueda ser capacitado tanto dentro como fuera del país para aprovechar las ventajas

de las tecnologías. En resumen, este apartado expone algunos hechos tecnológicos que han posibilitado el crecimiento a pesar de la limitación de los recursos que enfrentan países en vías de desarrollo como el nuestro.

## ● Telesalud y educación virtual

La seguridad social costarricense ha venido aplicando las tecnologías de la información a la atención de la salud, con el fin de incrementar los servicios dirigidos a la población y para la educación tanto de la población como del personal.

En materia de atención a las personas, se creó el programa de Telesalud, proyecto que inició en el año 1998, mediante el cual pacientes de zonas alejadas de la capital, reciben atención médica, sin tener que desplazarse grandes distancias para consultar con el médico especialista.

Telesalud es atendida por médicos especialistas quienes resuelven la mayor cantidad de casos que a diario presentan médicos de los centros que consultan. Este programa, tiene un fundamento educacional importante al servir como base para la transferencia de conocimiento de los centros hospitalarios hacia los hospitales periféricos del país. Si bien se inició con pocas unidades de trabajo y especialidades, la idea es fortalecerlo para ampliar su cobertura, para esto, se tiene contemplado la adquisición de equipos de telemedicina, teledermatología, telerayos, teleostoscopios, teleoftalmoscopios, cuatro telemonitores de rayos X.<sup>48</sup>

Este programa se ha extendido para la educación y la información a distancia en general, por cuanto es un medio

<sup>48</sup> "ccss ofrece consultas médicas por telemedicina" en [http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2008/02/n\\_486.html](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2008/02/n_486.html)

idóneo para realizar teleconferencias con temas de interés nacional, por ejemplo temas presupuestarios, de seguridad social, jurídico-administrativos o para dar instrucciones precisas sobre uso de protocolos en caso de emergencias sanitarias.

En esta misma línea, el Centro de Docencia en Salud, Información y Seguridad Social (CENDEISS) ha iniciado el desarrollo de la educación virtual, mediante la puesta en red de cursos esenciales para la capacitación del personal. Mediante esta tecnología se espera en corto tiempo ofrecer capacitación a más trabajadores, sin el costo de traslado a centros de capacitación y con metodologías didácticas ajustadas a las distintas necesidades de los grupos ocupacionales. Si bien esto está en etapas iniciales, la idea es reforzar el programa para que cada vez tenga mayores coberturas. Este tipo de educación en línea, aprovecharía los recursos ya disponibles en materia de acceso a bibliotecas especializadas y personal capacitado en el manejo de este tipo de tecnologías. Dará también la posibilidad de reformar metodologías didácticas, de evaluación y transmisión de conocimientos.

*Mediante esta tecnología se espera en corto tiempo ofrecer capacitación a más trabajadores con metodologías didácticas ajustadas a las distintas necesidades de los grupos ocupacionales*

Las tecnologías de información han venido a incorporar nuevas formas de trabajo y de organización y han sido un medio efectivo para el mejoramiento organizacional en materia de atención de las personas, transparencia y agilización de los procedimientos, en este último caso al reducir el uso de papelería y de trámites excesivos.

## ● **Transparencia**

Las instituciones que forman el Sector Salud, por ejemplo Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Acueductos y Alcantarillados, poseen páginas de internet abiertas al público para información institucional en general y para la agilización de trámites a realizar ante estas instituciones. Son tecnologías desarrolladas al servicio de la comunidad y como un medio de transparencia en el manejo de los recursos. En este caso, son tecnologías de información para que las organizaciones se acerquen aún más a la ciudadanía, la cual tiene acceso a informes, formularios para trámites, direcciones de consulta o para expresar sus inquietudes, sugerencias o quejas por los servicios recibidos. La transparencia se ha convertido en un aspecto importante de la gestión pública, como un medio de rendición de cuentas por el uso de los recursos disponibles.

## ● **Servicio al público**

Dentro de este espectro de la transparencia y la agilización de los servicios, la ccss ha puesto en su página web ([www.ccss.sa.cr/](http://www.ccss.sa.cr/)) una serie de servicios a la población. Por ejemplo, existen servicios en línea para los patronos y consultas sobre incapacidades. Consultas para usuarios externos sobre sus cuotas del régimen de pensiones, así como consultas y formularios para los distintos proveedores que le prestan servicios a la institución.

Pone a disposición de la ciudadanía información relacionada con trámites para la afiliación al seguro, trámites ante la Dirección de Inspección para la inscripción para seguro por concepto de servicio doméstico, patrono físico y jurídico. La página da acceso a formularios para trámites de

pagos por préstamo, pago de seguros, pagos a proveedores, aseguramiento del trabajador independiente e información sobre la presentación y actualización de planillas. Existen uniones relacionadas con las prestaciones en dinero y subsidios que otorga la ccss con sus respectivos requerimientos.

El Ministerio de Salud, en su página ([www.ministeriodesalud.go.cr/](http://www.ministeriodesalud.go.cr/)), en lo concerniente a atención a la ciudadanía, dispone de información acerca de servicios de salud acreditados, requerimientos para trámites varios y permisos ante el Ministerio, así como formularios para el registro de establecimientos. Boletines, investigaciones, material educativo y temas de actualidad, forman parte de la información que el Ministerio brinda dentro de este proceso de transparencia.

Una revisión de las demás páginas de los organismos gubernamentales se dirige a dar solidez a esa transparencia exigida dentro de las normas éticas del desempeño público. Asimismo, la ética en las organizaciones modernas se yergue como una condición *sine qua non* para el funcionamiento del aparato público en general, dadas las experiencias poco edificantes que han resultado de su inobservancia.<sup>49</sup>

<sup>49</sup> La Procuraduría General de la República, como órgano superior consultivo técnico-jurídico de la Administración Pública tiene especial tutela sobre la ética pública. La Red Interinstitucional de Transparencia de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica es una herramienta que facilita a los habitantes conocer información relacionada a la administración de los recursos públicos, mediante su publicación en internet, véase la página <http://www.dhr.go.cr/transparencia.html>

## ● Innovación tecnológica

Las instituciones modernas como las de los servicios de salud y pensiones, se encuentran en constante renovación, pues se estructuran a partir del conocimiento de las personas que las conforman, como se ha expuesto antes. En este sentido, la incorporación de nueva tecnología para procedimientos diagnósticos y terapéuticos es constante, así como la capacitación que debe poseer el personal para el manejo adecuado de esta.

Los hospitales, por ejemplo, son centros en donde la tecnología funciona para múltiples procedimientos, y va desde los instrumentos tradicionalmente aplicados hasta tecnología de punta en muchos casos.

En este sentido los hospitales y clínicas han incorporado las agendas automatizadas para consulta externa, digitalización de imágenes, el expediente electrónico, afiliación, identificación y confección de expedientes que vienen a agilizar los procedimientos en estas áreas del desempeño, haciendo uso intensivo de las tecnologías de información.

*Debe procurarse una adecuada capacitación del personal para garantizar su uso y seguridad en los procedimientos*

Existen múltiples procesos de trabajo especializados con una base tecnológica importante, como es el caso los laboratorios (clínicos, patología, control de calidad, soluciones parenterales, reactivos), las imágenes médicas en general y las salas quirúrgicas, entre otras. Junto con la introducción de nueva tecnología, debe procurarse una adecuada capacitación del personal para garantizar su uso y seguridad en los procedimientos. Para la incorporación, manejo, coberturas y adaptación y desarrollo tecnológicos, el país ha realizado los esfuerzos financieros necesarios para la actualización constante y la capacitación del personal tanto en el

territorio nacional como en el extranjero. El personal de la salud, se encuentra entre uno de los grupos laborales más especializados, que lo obliga a estar actualizando sus conocimientos, aptitudes y habilidades por la propia dinámica del avance tecnológico en los campos de su quehacer y en el propio avance que el país ha tenido en protección a los derechos ciudadanos.

Los trasplantes de órganos, las variadas intervenciones quirúrgicas y otras técnicas de tratamiento y diagnóstico requieren personal y equipo altamente especializado. En estas materias, Costa Rica ha obtenido logros significativos, asimismo en el campo de la cobertura de servicios y en el mejoramiento de los índices sanitarios.

Generar servicios eficientes y oportunos a la población y agilizar la toma de decisiones es parte esencial del uso de las tecnologías de información. Estos servicios se ven beneficiados al ampliar el alcance de las comunicaciones entre las distintas unidades de la red de servicios de salud como una opción para reducir los tiempos de espera en la preconsulta, la consulta y posconsulta en cualquiera de los servicios disponibles.

## 5. Tendencias (una segunda interpretación)

**E**l presente es testigo de variaciones en las formas de asociarse para el trabajo. En el país se cuenta con experiencias de grupos de autogestión, de sociedades anónimas laborales y de cooperativas que han introducido nuevas formas de conducta organizacional de cómo alcanzar un objetivo común con ópticas diferentes a las tradicionales. Si bien no puede afirmarse cuál es el punto óptimo, sí existe acuerdo en que el mejor contrato es aquel que promueve el compromiso y la responsabilidad por parte de los miembros de la organización, con una contraprestación de incentivos y un ambiente sano de trabajo que facilite el desarrollo de las personas.

La gestión de recursos humanos en servicios de salud, se fortalece en ambientes de trabajo físicos y psicológicos saludables. Una organización sana procura que sus trabajadores tengan visión de un propósito común y que sus acciones se encaminen hacia su consecución. Cuando no existe claridad del propósito común cada quien termina luchando por sus propios intereses, haciendo con ello que se ahogue todo intento

de creatividad. Por eso, debe abogarse por una formación de plan de estudios centrados en la acción interdisciplinaria. En la actualidad el plan de estudio de las carreras de salud forman islas de enseñanza y aprendizaje con escasos puntos de contacto entre las distintas disciplinas en formación; el contacto de muchas profesiones se llega a dar en el campo de trabajo, con la consecuente incomunicación inicial entre disciplinas, la cual se ha sostenido en el tiempo. Esto repercute en el ambiente de trabajo donde las personas llegan a ejercer las funciones correspondientes, tendiendo con esta incomunicación inicial al rompimiento del propio equilibrio organizacional. Esto es más evidente con las múltiples carreras en ciencias de la salud que han incorporado distintas universidades públicas y privadas, las cuales han aparecido con escasas regulaciones. La mayoría de ellas sin un sistema de acreditación, como se ha descrito en apartados anteriores.

*En la actualidad el plan de estudio de las carreras de salud forman islas de enseñanza y aprendizaje con escasos puntos de contacto entre las distintas disciplinas*

Los ambientes físico y psicológico equilibrados tienen repercusiones positivas dentro de una organización sana. Un ambiente físico adaptado a los servicios que se prestan es determinante para lograr mayores niveles de productividad y de motivación por parte de los trabajadores. El ambiente psicológico se funda en la comunicación asertiva, el respeto por la persona, la ética del desempeño, el reconocimiento de los límites de responsabilidad, todo lo cual tiende a transformarse en adecuadas relaciones con los ciudadanos que acuden a los servicios o con quienes se deben coordinar acciones para el mejoramiento de la salud pública en general.

Se complementa el ambiente físico con medidas de seguridad humana que benefician tanto a trabajadores como usuarios. La seguridad humana, en este contexto, ha de entenderse como la protección efectiva de las personas que se desenvuelven en ambientes donde se desarrollan acciones en salud.

Dentro de esta preocupación por la seguridad humana, en el país se ha introducido el concepto de “hospital seguro”, definido de la siguiente manera: “Hospital Seguro es un establecimiento de salud que cuenta con las medidas de seguridad apropiadas para cuidar la vida de sus ocupantes, conservar las inversiones sociales en equipamiento y mantener los procesos de atención funcionando adecuadamente. Asimismo, un hospital seguro es aquel que cuenta con la máxima protección posible frente a sucesos adversos y cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y en su misma infraestructura, inmediatamente después de que ocurre uno de dichos sucesos”.

El término hospital seguro, indica la misma política, se extiende a todos los establecimientos de salud de la ccss.<sup>50</sup>

El ambiente psicológico es la otra fase del complemento, puesto que conduce dentro de una organización saludable, a la existencia de un ambiente armonioso el cual propicia que la gente se desempeñe con más motivación. Un ambiente psicológico inapropiado —frialdad, maltrato, falta de respeto...— produce reacciones negativas entre quienes reciben los servicios. Si el ciudadano es atendido en un ambiente hostil, en la primera oportunidad abandona la organización; la cambia por otro proveedor que sí le brinde las condiciones necesarias.

La comunicación fluida, la claridad de objetivos, el respeto mutuo, el incentivo personal por el logro, el buen trato entre jefes

<sup>50</sup> ccss. *Política institucional del hospital seguro*, Junta Directiva, Artículo 5, sesión 8069 del 6 de julio de 2006.

y empleados, la sinceridad, la atención oportuna al ciudadano, son componentes mínimos de un contrato psicológico que forman el caleidoscopio de un ambiente organizacional propicio para lograr mayores avances en la consecución de objetivos.

Lo anterior se logra al sustentar un liderazgo que se enfoque en el buen trato al personal y a los usuarios. Con la base de un liderazgo orientado hacia el fortalecimiento de una mejor comunicación, fácilmente se apreciarán las ventajas que se ofrecen en un ambiente en donde la gente se sienta realmente valorada.

Los ciudadanos cuando ingresamos a un establecimiento, tenemos a la vista el ambiente físico y desde un primer contacto obtenemos conclusiones relacionadas con la existencia o no de la calidad en los servicios. De hecho, y según las circunstancias, es una apreciación subjetiva, pero que forma una primera imagen difícilmente de borrar. Un ambiente con las medidas de seguridad apropiadas, ordenado, aseado y accesible, produce una mayor confianza.

También los ciudadanos percibimos el ambiente psicológico según las actitudes de las personas que nos atienden: don de servicio, amistad, respeto, uso del lenguaje, presentación personal, disposición a brindar respuestas a nuestras inquietudes, capacidad de escuchar, tiempo oportuno de atención, son detalles que fortalecen la confianza y crean un ambiente de seguridad.

El trato impersonalizado, la excesiva regulación, la imprecisión en la información, el retardo de las decisiones, entre algunos comportamientos ya conocidos, son actitudes organizacionales que molestan a toda persona y la inhiben para obtener el servicio que requiere.<sup>51</sup>

<sup>51</sup> (Kafka es un maestro en interpretar el curso de la burocracia: El Castillo y El Proceso son dos ejemplos del ciudadano atrapado ante el trámite inacabado...).

Una persona insatisfecha multiplica la mala imagen, con mucho más poder de convicción que aquella que logró ser bien atendida. Quien recibió un buen servicio lo toma como una obligación organizacional explícita y únicamente lo llega a reconocer cuando este ha traspasado el límite de sus expectativas. Quien ha recibido un mal servicio transmite a muchas más personas su inconformidad al compartir con ellas su insatisfacción, con lo cual crea en los otros una imagen negativa de la organización; en otras palabras, crea una imagen negativa del personal que la conforma. Los conceptos negativos que haya podido comunicar hace que terceras personas queden condicionadas negativamente para cuando logren establecer alguna relación con el organismo objeto de crítica o para que simplemente se abstenga de recurrir a sus servicios.

*La organización que somete los procesos de trabajo a líneas de control evita el acaecimiento de hechos que perjudican al ciudadano*

Las reacciones de la gente, sus comentarios y sugerencias es una información apropiada para tenerla en consideración al tratar de mejorar los servicios que se brindan. Las devoluciones o los trabajos defectuosos que producen reclamos y consecuentemente insatisfacción, tendrían que contar con canales para su corrección en el menor tiempo posible. La organización que somete los procesos de trabajo a líneas de control evita el acaecimiento de hechos que perjudican al ciudadano y que pueden causar grandes pérdidas por reparación de daños e imagen. Dependiendo de la posición organizacional y de los valores asignados por la comunidad, los perjuicios que se causen tienen un alto grado de sanción social. En ese sentido, las Contralorías de Servicios tienen una función relevante, al convertirse en medios por los cuales los ciudadanos canalizan

sus quejas e inquietudes, así como las Juntas de Salud, que, representadas por la comunidad organizada, tienen la potestad de vigilar por la adecuada gestión de los servicios.

Mediante la ley 7852, de diciembre de 1998, que se denomina “Desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social”, se crean las Juntas de Salud, las cuales son órganos auxiliares de las unidades desconcentradas para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, a su vez, alientan la promoción de la participación ciudadana.

En el plano del mejoramiento de los servicios las personas se ven en la necesidad de desarrollar la capacidad de escuchar, con lo cual se permite que quien deba expresarse lo haga con la mayor amplitud y confianza posibles, en una relación armónica entre emisor-receptor. Organizacionalmente las estructuras son segmentos en donde los canales de comunicación son las vías de acceso para dirimir los desacuerdos antes de que estos se puedan agudizar. Las estructuras, ahora más planas que verticales, más flexibles que estandarizadas, permiten que las vinculaciones produzcan mayor efectividad y sean más dinámicos los procesos de trabajo. Estas estructuras flexibles facilitan la comunicación entre trabajadores y usuarios de los servicios y parten de la creación de un ambiente de mayor productividad, con compensaciones para ambos. Los sistemas de comunicación que permiten esta apertura, son un buen síntoma de un sano ambiente organizacional.

En resumen, las organizaciones están en constante transformación, puesto que ello forma parte de su sobrevivencia. Es posible que aquel organismo que no se transforme y procure elevar su nivel de eficiencia y competitividad tienda a desaparecer como un acto natural; los espacios que se dejan otros los ocupan.

La tendencia de la formación y de la capacitación de los recursos humanos en salud, en América Latina y el Caribe, se presenta en dos dimensiones principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en servicio, las cuales han experimentado variaciones en el proceso de la reforma del sector salud. De la capacitación del personal en servicio, el Observatorio de Recursos Humanos concluye: “La educación del personal en activo en casi todos los países ha sufrido un gran cambio como consecuencia de las reformas y de los proyectos de inversión que le dan soporte. En apoyo a la descentralización e instalación de formas originales de organización y gestión, se generan proyectos o componentes de proyectos de desarrollo institucional para responder a necesidades de recientes perfiles ocupacionales, nuevas competencias en los perfiles actuales, con una cobertura masiva e impacto local. Estos proyectos han requerido la adopción de otros paradigmas educacionales, nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación”.<sup>52</sup>

En materia de formación de recursos humanos en salud, en esta misma reunión del Observatorio de Recursos Humanos, se llegó a esta sucinta conclusión: “De manera casi unánime la cuestión de la formación educativa del personal profesional y técnico se definió principalmente en términos de lo inadecuado de los perfiles de salida ante los requisitos sociales, epidemiológicos y de los servicios de salud”.<sup>53</sup>

<sup>52</sup> Organización Panamericana de la Salud. “Situación y tendencias de Recursos Humanos de Salud en las reformas sectoriales en nueve países de América Latina y El Caribe” en *Observatorio de los Recursos Humanos de Salud, Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT*, Quito, marzo de 2000, pp. 43-44.

<sup>53</sup> *Loc. Cit*, p. 44.

Puede afirmarse, entonces, que la docencia en términos de capacitación al personal y de formación de nuevos cuadros de trabajo, adaptados a una nueva realidad organizacional, ha estado presente en la agenda del sector salud costarricense.

## Bibliografía

- BTRIBIESCA, L. B. *Reforma radical a la enseñanza médica*, Lunes en la Ciencia, 13 de marzo de 2000, en <http://www.jornada.unam.mx/2001mar00/> 19 de diciembre de 2001.
- ccss. *Reglamento que regula la formación de especialistas en ciencias médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social en las unidades docentes autorizadas*, Artículo 17 de la sesión número 7877, del 5 de agosto de 2004.
- ccss. *Política Institucional del Hospital Seguro*, Junta Directiva, Artículo 5, sesión 8069 del 6 de julio de 2006.
- ccss. Presidencia Ejecutiva. *La Caja hacia el año 2025. Visión y estrategias de largo plazo y líneas de acción para el periodo 2006-2011, Resumen*. San José, setiembre de 2006.
- ccss. “ccss ofrece consultas médicas por telemedicina”, en [http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2008/02/n\\_486.html](http://www.ccss.sa.cr/html/comunicacion/noticias/2008/02/n_486.html), consulta del 30-7-09.
- DÍAZ, B. “Presencia necesaria y permanente” en *Gremio médico y educación médica continua*, [www.smu.org.uy/noticias86/presencn.htm/](http://www.smu.org.uy/noticias86/presencn.htm/) 29/06/2001.

- FOUCAULT, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica II*, Fondo de Cultura Económica, México. Título original *Histoire de la folie á l'age classique* (1964).
- . (1989). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI Editores, México. Título original *Naissance de la clinique* (1963).
- FUENTES Bolaños, Carlos. *La docencia en salud: con referencia al caso de Costa Rica*, CENDEISSS, febrero 2002.
- GOLEMAN, D. (1997). *La inteligencia emocional*, Javier Bergara Editor, Buenos Aires. Título original *Emotional Intelligence* (1995).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, *Anuario 2007*, Vivienda, cuadro 04, en <http://www.inec.go.cr/> consultada el 20 de julio de 2009.
- LEWIS, J. "Reform born in private sector" en *Modern Healthcare*, *Weekly Business News*, 13 de noviembre de 2000:40.
- MARTÍNES Benitez M. *et al.* (1985). *Sociología de una profesión. El caso de enfermería*, Nuevomar, México.
- JASPERS, K. (1986). *La práctica Médica en la Era Tecnológica*, Gedisa editorial, Barcelona, 1988.
- ORDÓÑEZ, P. Médico Radioterapeuta. *Comunicación personal*, 10-12-2001.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos, *Atención primaria de salud y desarrollo de recursos humanos*, Madrid, España, 26 y 27 de octubre de 2003.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 140ª. *Sesión del Comité Ejecutivo*, Washington, D.C. USA, 25 al 29 de junio de 2007.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Observatorio de los Recursos Humanos de la Salud. *Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT*, Quito, marzo de 2000.
- QUESADA Vargas O. y Pacheco Coronado R., “*Medicina Costarricense algunos problemas y perspectivas*”, en *Gaceta Médica de Costa Rica*, Suplemento 1- Año 2000:21.
- República de Costa Rica, Ley 8239, *Deberes y Derechos de las personas usuarias de los servicios públicos y privados de Salud*, 2 de abril de 2002.
- República de Costa Rica, *Ley General de Salud*, núm 5395, La Gaceta, Alcance núm. 172 del 24 de noviembre de 1973.
- República de Costa Rica, *Ley de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. N. 7852*, 30 de noviembre de 1998, en *Diario Oficial La Gaceta*. núm. 250 del 24 de diciembre de 1998.
- República de Costa Rica, Sistema Nacional de Acreditación Educación Superior, [http://www.sinaes.ac.cr/proceso\\_acreditacion/](http://www.sinaes.ac.cr/proceso_acreditacion/) acceso el 15 de julio de 2009.
- ROSEN, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI Editores, México.
- SÁENZ, L. B. (1998). “La modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, en La Reforma del Sistema Nacional de Salud”, MIDEPLAN, San José, C.R, marzo.
- TIMIO, M. (1986). *Clases sociales y enfermedad, introducción a una epidemiología diferencial* (1976), Nueva Imagen, México.
- Universidad de Costa Rica, Rectoría. *Foro: Hacia un enfoque de políticas públicas de salud en la Costa Rica del Siglo XXI*, Ciudad de la Investigación, 3 y 4 de octubre de 2006.

Universidad de Costa Rica, Sistema de Estudios de Postgrado.  
*Normas de Rotación de los Residentes en [www.cendeiiss.sa.cr/postgrados/rotacionresidentes1.html](http://www.cendeiiss.sa.cr/postgrados/rotacionresidentes1.html)/ consulta del 5 de agosto de 2009.*

VANEGAS, R., Jefe Posgrado Cardiología CENDEISS: *Comunicación personal* 13-12-2001.

VINIEGRA Velásquez L., Investigador responsable y colaboradores. “El proceso formativo de los médicos especialistas y su relación con la presencia de una conciencia crítica del ejercicio profesional. El papel de la tecnología en la práctica médica”, en, “Las múltiples facetas de la investigación en salud. Proyectos estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social”, María del Carmen García Peña *et al.* Editores, México, Marzo de 2001.

VILLALOBOS L. Médico Salubrista: *Comunicación personal*, diciembre de 2001.

VON Herold E. Médica Salubrista Pública: *Comunicación personal*, 10-12-2001.



P a r a  
la publicación de  
esta obra se contó con la  
colaboración de Martín Gómez  
en la coordinación editorial; Jacqueline  
Brieno en el cuidado de la edición; el  
diseño de interiores estuvo a cargo de  
Miriam Gómez; la diagramación es de  
Francisco Rivera, mientras que el diseño  
de la cubierta es de Brenda Serrano. La  
impresión se realizó en los talleres de  
Solar Editores, durante octubre  
de 2009.

# DOCENCIA, TECNOLOGÍA Y ATENCIÓN EN SALUD

La temática de este breviario se centra en el estudio de los recursos humanos como elemento esencial del proceso de promoción, educación y atención de la salud.

Asimismo, se analiza la relación entre tecnología y servicios de salud, con un enfoque de recursos humanos. Se destacan aspectos como la formación, la capacitación, la ética del desempeño, la relación entre los agentes de la salud y la población, así como la función docente. Estos temas se debaten dentro de la transformación que han venido enfrentando los servicios de salud en todas sus fases y considerando que son elementos fundamentales del concepto y principios de la seguridad social.

## SALUD. EL RETO DEL BIENESTAR

En los breviarios de la colección *Salud. El reto del bienestar* se analizan temas relacionados con políticas públicas, enfoques teóricos, diseño de sistemas de salud, resultados de programas, gerencia de servicios e investigaciones diversas que demuestran la importancia de la salud para una protección social integral. De ahí que se resalte el estudio de la atención al adulto mayor y de otros grupos en situación de fragilidad, así como experiencias e innovaciones dirigidas a alcanzar sociedades con condiciones de salud más equitativas.

