

La enseñanza en Servicios de Salud caso Costa Rica | Education in health services Costa Rica Case

Carlos Fuentes Bolaños

Filólogo, Magíster en Administración Pública con énfasis en Administración de Servicios de Salud. Profesor Asociado de la Universidad de Costa Rica, Escuelas de Tecnologías en Salud y Salud Pública. Área Soporte Técnico a Procesos de Investigación CCSS/ CENDEISSS. carlos.fuentes@ucr.ac.cr

Recibido 9 junio 2010 Aprobado 12 agosto 2010

RESUMEN

La docencia en salud se distingue por ser una actividad de enseñanza y aprendizaje que se inicia en el aula y luego se completa en el hospital, en centros de atención primaria o secundaria, en la comunidad o en el seno familiar. Este ensayo se orienta en hacer un análisis de este tipo de docencia y su contribución en el desarrollo del personal que luego se desempeñará en diferentes espacios laborales de los servicios de salud. Se plantean algunos elementos relacionados con el enfoque de recursos humanos que se da a partir de la modernización de los servicios de salud y el vínculo entre docencia, servicios asistenciales e investigación.

Palabras clave: educación, servicios de salud, recursos humanos, docentes. (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Teaching in health characterizes for being an educational and learning activity that begins at the classroom and then it is completed at the hospital, an outpatient health services office, the community or in the family bosom. This article is oriented to analyse this type of teaching and its contribution in the development of the personnel that later will practice in different labour spaces of the health service and the link between teaching, assistance services and research in health.

Key words: education, health services, human resources, faculty. (*source: MeSH, NLM*).

Investigación, docencia y asistencia: triada del desarrollo en salud

Los centros asistenciales de carácter público en todos sus niveles están vinculados con la docencia en salud. Esta docencia la desarrollan las Universidades con carreras de las ciencias de la salud, tanto en estudios de grado como de postgrado, mediante el uso de campos clínicos docentes, los cuales son autorizados por las unidades competentes en donde se realiza esta clase de actividad. Estos campos clínicos docentes se conceptúan como un espacio para el proceso de enseñanza y aprendizaje, siendo uno de los requisitos primordiales el resguardo de los derechos de los pacientes, el buen servicio público, el patrimonio institucional y la excelencia académica (1).

Existen otras actividades educativas universitarias de grado y posgrado que basan su currículo en el conocimiento acumulado en los campos asistenciales, y sus estudiantes realizan sus prácticas e investigaciones dentro en los servicios de salud, tal como epidemiología, salud pública, economía de la salud, gerencia y administración de servicios de salud, entre otros.

También la docencia se ejerce desde iniciativas internas de las propias unidades de trabajo, en atención a la educación continua del personal. Es una práctica importante, en el tanto las personas complementan sus conocimientos en su disciplina de desempeño. Además, como en el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el sistema mantiene un programa de becas para que el personal pueda realizar estudios dentro y fuera del país, como una política sostenida para el desarrollo humano y organizacional, así como para la formación de personal en distintos campos del desempeño tales como imágenes médicas, ortopedia, registros en salud, histotecnología, disección, electroencefalografía, asistentes dentales, asistentes de laboratorio clínico, así como auxiliares de enfermería y asistentes técnicos de pacientes.

Esta práctica del ejercicio docente, se fundamenta en los tres pilares básicos de una organización sanitaria que son la asistencia a las personas, la investigación y la docencia. Un centro de salud (sea un hospital, una clínica o un centro de atención primaria) debe fundamentar su quehacer en estos tres pilares, especialmente cuando su complejidad tecnológica, calificación de su personal, tipo de cobertura y su nivel de atención así se lo exijan.

En este sentido, la docencia tanto en programas de

formación como de capacitación ha sido fundamento básico que va asociado indisolublemente con los avances en materia de la atención de los servicios. La docencia interactúa con la investigación y con la asistencia, mediante relaciones trascendentes entre docentes y estudiantes en el proceso de enseñanza aprendizaje. La docencia sin apoyo de investigación, corre el riesgo de convertirse en transmisión de conocimientos sin mayores sustentos que el uso de textos o prácticas repetitivas no adaptados a las necesidades del futuro profesional.

La práctica docente ha ido de la mano con el desarrollo organizacional de los servicios. Cuando los centros de salud se constituyeron en organizaciones complejas se fueron alternando diversos tipos de administraciones sean estas municipales, voluntarias, religiosas, caritativas, privadas y estatales. En el caso de Costa Rica, se pasa de la función caritativa - a cargo de juntas de caridad, a una función a cargo del Estado por medio de las juntas de protección social o de consejos de asistencia técnica dependientes del Ministerio de Salud - a una de seguridad social de atención universal. Debe sumarse a ello la creciente oferta de servicios privados.

En cada una de estas administraciones, siempre ha existido una función de enseñanza y aprendizaje: antiguamente el conocimiento fundamentaba en la práctica y la experiencia, las cuales modernamente se consolidan en programas académicos que tienen como fin perpetuar y a la vez mejorar los conocimientos y los procedimientos. Del reconocimiento social del personal por su pericia en una labor (personas que se contrataban en un establecimiento, aprendían una determinada función y se convertían en expertas en su campo de desempeño), se pasa a la acreditación de las personas por su preparación académica, evaluación de actitudes y aptitudes y experiencia.

Los espacios docentes

La docencia en servicios de salud George Rosen la ubica a partir del siglo XVII, fundamentando que la enseñanza de la medicina en esa época aprovechó el hospital para estudiar las enfermedades y para la práctica de los estudiantes (2). En el espacio de un hospital, con una visión netamente patocéntrica, el personal docente y quienes aprenden – coincidiendo con lo expuesto por este autor – corren el riesgo de explicarse la enfermedad cuando ya esta ha alcanzado su horizonte más avanzado, con pocas posibilidades de prevenir su acaecimiento.

Por lo general, los estudiantes de las carreras de

la salud se incorporan a los servicios asistenciales y comunitarios en forma temprana, y ello facilita su inserción dentro de un campo en el cual se desenvolverá en el futuro y en el que habrá de tomar sus propias decisiones. Esta temprana inserción les permite familiarizarse no solo con los procesos internos del centro de trabajo, sino que les va facilitando el conocimiento de aquellas patologías de mayor prevalencia en el país y sus medios de prevención, diagnóstico y resolución, teniendo la limitante, como antes se indicó, de que cuando su inserción es en centros de alta complejidad, se enfrentan a estadios de la enfermedad ya avanzados y a una tecnología compleja que posiblemente en su futuro laboral tendrán escasas probabilidades de aprovechar.

Las unidades de atención de la salud o los servicios comunitarios se constituyen en el lugar de aprendizaje en donde se combina la teoría y la práctica, aprovechando la presencia de varios recursos como los tecnológicos, los físicos y los didácticos. También son oportunidades para estudiar in situ aquellos elementos que, habiendo sido analizados en el aula o en el laboratorio, se convierten en discusión y reflexión en presencia de la realidad. El estudio del caso, por lo general, el personal docente lo conduce en grupo, lo cual le da una mayor solidez formativa. Ello se complementa con revisiones bibliográficas, la preparación de casos o ponencias a partir de un estudio particular orientado por el docente, con lo cual los estudiantes se van acercando al método de investigación al analizar un problema desde distintas dimensiones clínicas o sociales. Este sistema de enseñanza y aprendizaje va creando un patrón de socialización profesional importante, asociado con el proceso de la atención de la de salud. Patiño Restrepo (3), señala que “Los maestros pueden (...) estimular, guiar e inspirar, pero son los estudiantes quienes deben aprender, más que ser enseñados”.

Los espacios docentes y la comunicación

Las acciones que con motivo del proceso de enseñanza y aprendizaje se realicen, deben quedar sustentadas en el consentimiento informado, partiendo del principio de que la persona que requiere los servicios es el sujeto de la atención y no objeto de esta. Condición para el consentimiento informado es que las autoridades de cada centro de trabajo (hospital, clínica, etc.) deben comunicar en forma expresa y clara a pacientes, trabajadores y público en general sobre la práctica clínica docente que se realiza en su establecimiento. Conforme la ley 8239, Deberes

y derechos de los usuarios de los servicios de salud público y privados “(...) En casos de docencia, las personas usuarias de los servicios de salud deberán otorgar su consentimiento para que su padecimiento sea analizado (4).”

En las aulas 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 de la enfermedad, desde la óptica social, fisiológica, biológica y farmacológica, entre otras. Ya en los centros de práctica, los estudiantes se relacionan con seres humanos que sufren una dolencia o que por su condición enfrentan diversas carencias, por lo que no es posible comprender sus necesidades solo desde un punto de vista como es el biológico. Tal situación exige una disciplina de comunicación esencial con las personas que requieren un servicio de salud. El paciente, como persona, es un ser integral y no solo es la dolencia o la parte anatómica que se le atiende. En esta relación entre docentes y estudiantes en los centros de práctica, se estudian las distintas patologías del paciente, ya sea en su presencia o por otros medios (exámenes, imágenes, historia clínica, visita comunitaria o familiar...); o bien, si es en práctica comunitaria, se abre la posibilidad de adentrarse al proceso de salud y enfermedad de una forma más amplia. 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. En términos de Foucault, la experiencia médica ya no se divide entre quien sabe y quien ignora, sino entre el que descubre y aquellos ante quien se descubre. La situación de la persona enferma o bien la comunidad con un problema de salud pública hablan el mismo lenguaje para unos y otros.

La observación dinámica 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 de la organización sanitaria (hospital, clínica, comunidad...) y el dominio pedagógico. En este sentido, la docencia es sinergia entre asistencia e investigación, dinámica y concurrente en esta importante triada de la que hemos venido tratando. Los actos de la observación, la experiencia, la motivación y el aprendizaje se oponen sin excluirse dentro de esos espacios. Es natural que la observación conduzca a la experiencia y de ahí se obtengan nuevas conclusiones para una relación continua y cotidiana del proceso de enseñanza y aprendizaje.

En este espacio de enseñanza y aprendizaje, los estudiantes, en forma individual o compartiendo en grupo, pueden observar, examinar y conversar con el destinatario de los servicios, con lo cual completa y trasciende la referencia teórica de una enfermedad o de un problema de salud pública.

Durante la práctica en un centro de atención, en la comunidad o en el seno familiar, estudiantes y docentes palpan y visualizan por sí mismos a las personas y a la interacción entre los distintos procesos que pueden explicar la salud y la enfermedad: en este periodo de su formación profesional, comienzan a desarrollar el pensamiento racional de intervención en salud. Esto les permite ejercitar el conocimiento aprendido y mejorar en lo que sea necesario, mediante la guía pedagógica de quien ejerce la docencia.

Los espacios docentes, el monopolio en ciertos paradigmas y nuevas perspectivas

Quienes critican las limitantes de los espacios tradicionales del proceso de enseñanza y aprendizaje, abogan porque se acuda a las consultas externas o a los servicios comunitarios, con la finalidad de que el estudiante tenga una visión más realista sobre el proceso de salud y enfermedad. Quesada y Pacheco (5), una década atrás, planteaban que la utilización mínima de la consulta externa en la docencia ha sido un error, precisamente porque 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. 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.

Cualquiera sea el lugar donde se desarrolle el proceso de enseñanza y aprendizaje, ha de haber garantía de la calidad profesional, tanto en el plano técnico como ético. La persona que ejerce la docencia no solo debe ser competente en su materia (reconocimiento profesional acreditado), sino que debe conocer el currículo dentro del cual se encuentra la asignatura de su alcance (integralidad); así como aplica los principios de psicología para diferenciar los caracteres y capacidades de sus alumnos, conoce los fundamentos de la pedagogía, posee habilidades de comunicación tanto oral como escrita y conoce los principios éticos y bioéticos que rigen en materia de atención a las personas.

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

un grupo de estudiantes, así como de sus aportes a las áreas de la atención de la salud y de la investigación. Debe considerarse que el personal docente tiende a convertirse para los estudiantes en arquetipos de las profesiones que representan, lo cual es facilitado por el monopolio que ejercen las profesiones sobre el saber profesional por intermedio del sistema educativo:

Este monopolio no sólo impide la socialización de los conocimientos profesionales, sino que otorga legitimidad, a través de la certificación y acreditación, a las definiciones que las profesiones van dando de sí mismas (6).

Quebrar ese monopolio, de una enseñanza orientada al ejercicio en centros de alta complejidad, ubicados en las zonas centrales del país, también es un reto para la educación en las carreras vinculadas con la salud. Una hipótesis que se podría plantear es que ese monopolio históricamente ha aparecido contrapuesto al interés de la salud pública, para centrarse en intereses de grupo o gremiales hegemónicos. Para quebrar ese monopolio en la formación y contratación de personal especialista, la CCSS introdujo el Contrato de Aprendizaje. La idea es que el país cuente con personal capacitado en regiones con mayores problemas de acceso (áreas rurales, por ejemplo), para lo cual antes de iniciar los estudios de especialidad el médico se compromete a laborar para la CCSS en el centro de trabajo que al efecto designe en su contrato la Gerencia Médica y por el tiempo reglamentado según necesidades institucionales. Como consecuencia de este cambio sustancial en el que se viene a quebrar la línea de contratación tradicional una vez finalizados los estudios de especialización, se conoce de la resistencia que grupos profesionales han hecho a esta política, que a nuestro criterio se enmarca dentro de una justicia distributiva de recursos.

Esta resistencia a una política de recursos humanos que tiende a una equitativa asignación de los recursos, por ser de origen reciente, ha de ser evaluada desde varios aspectos, el administrativo, el organizacional, el legal, el social, el gremial y el caso individual de los firmantes. No obstante sí cabe decir que el contrato de aprendizaje tiene la visión de una práctica orientada a dar cobertura con personal altamente capacitado a poblaciones que, por la tradicional concentración en áreas urbanas de personal y recursos tecnológicos, han enfrentado con una clara desventaja sus problemas de acceso a los servicios.

Reformas en Sector Salud y docencia

En las últimas dos décadas el país ha desarrollado un

proceso de reforma de los servicios de salud, desde el nivel primario de atención hasta los niveles más complejos como es la red de servicios hospitalarios.

Es en este proceso que se implementan las áreas de salud mediante su componente básico que son los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS). También se incorporan los compromisos de gestión como instrumentos de gerencia para el control y la evaluación de las metas de trabajo versus el uso racional de los recursos asignados. En las cláusulas del compromiso, se incorporan incentivos vinculados con la eficiencia y el desempeño de las unidades proveedoras de los servicios.

En este periodo se promulga la ley de desconcentración de clínicas y hospitales, número 7852 del 30 de noviembre de 1998, la cual crea las Juntas de Salud, con el propósito de fomentar y mejorar la atención de la salud de las personas, fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables, así como procurar el desarrollo eficiente de la administración presupuestaria, de los recursos humanos y de la contratación administrativa. La ley de desconcentración otorga personalidad jurídica instrumental a las unidades desconcentradas en materia de manejo del presupuesto, de contratación administrativa y de la conducción y de la organización de los recursos humanos.

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 que lo concerniente a la atención de las personas pasa a ser responsabilidad de la CCSS.

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, especialmente en aquellas áreas en donde se determinaron déficit de recursos, como por ejemplo en el campo de las tecnologías en salud y de asistentes técnicos de atención primaria. En el plano de la administración de los servicios, se incentivó la formación de cuadros ejecutivos en materia de salud pública, gerencia hospitalaria, epidemiología y economía de la salud, entre los más sobresalientes. Para ello los beneficiarios dispusieron de becas financiadas por los organismos estatales interesados en contar con personal capacitado en estos campos. De hecho, todo cambio necesita ser interiorizado 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, entre otros.

A modo de conclusión

La capacitación y la formación de personal en las disciplinas de la salud, ha sido un tema sensible en cualquiera de las etapas de transformación del Estado en procura de garantizar una política pública de universalidad de la atención y cobertura de los servicios, tanto geográfica como de los derechos individuales de los ciudadanos por procurarse servicios de calidad y lo más cercanos posible al lugar en donde se requiera una respuesta.

Los espacios de la enseñanza y el aprendizaje en servicios de salud, si bien han respondido a una demanda creciente de estudiantes y se vinculan con las necesidades del país en el campo del desarrollo de los recursos humanos, es necesario pensar en la acreditación de las unidades de trabajo en donde se ejerce la docencia, con la finalidad de garantizar calidad y rigurosidad metodológica y didáctica, con lo cual se fortalecería aún más ese vínculo entre docencia, asistencia e investigación.

REFERENCIAS

1. Caja Costarricense de Seguro Social, Reglamento de la Actividad Clínica Docente en la Caja Costarricense de Seguro Social, artículo 18° de la sesión número 7877, celebrada el 5 de agosto del año 2004.
2. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo veintiuno editores, 1985, p.334.
3. Patiño-Restrepo JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo, Fundamento imperecedero de la educación médica. Disponible en: <http://www.fepafem.org/flexner.htm/>. s.n.pp. Consultado 19 diciembre 2001.
4. República de Costa Rica, Ley 8239, Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados, 14 de julio del 2008, art.12.
5. Quesada-Vargas O, Pacheco-Coronado R. Medicina costarricense: algunos problemas y perspectivas. Gaceta Médica de Costa Rica (órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina). Suplemento 1- Año 2000.
6. Martínez-Benitez M, et al. Sociología de una profesión. El caso de enfermería. Nuevomar, México. (1985).