

Relación “Asistencial Docente” vs relación “Docente Asistencial”

“Health care-teaching” relationship vs “Teaching-health care” relationship

Dr. Claudio Lermanda S.¹

La historia de las relaciones entre el mundo asistencial y académico, en Chile y en el mundo occidental, se pierde en siglos de evolución y avances de todo orden, tecnológicos y científicos, sociales y políticos, culturales y económicos, en cada nación, incluyendo la nuestra.

En Chile, la tradición más formal se remonta al período posterior a la consolidación de la Independencia y sus primeras constituciones. Luego del asentamiento de un poder político, militar y económico que delinear el rol del Estado en la asistencia sanitaria a la población, por entonces, mediados del siglo XIX, predominantemente aquejada de enfermedades infectocontagiosas y morbilidad perinatal importante, se imponieron lentamente las ideas de Semmelweiss, Lister, Pasteur y otros que iniciaron el camino para mejorar esa situación.

Siempre existió alguna forma de relación entre quienes daban asistencia y quienes formaban a los agentes sanitarios, con mucho apoyo de ilustres médicos extranjeros, ‘importados’ por los Gobiernos de la época, y cuyos nombre señeros forman parte no menor de la historia biográfica de la Medicina chilena.

Más recientemente esta simbiosis natural y necesaria entre formadores y prestadores, teniendo como norte único el mejoramiento de las condiciones de salud pública, particularmente en las ciudades que comenzaban a hacinar población migrando desde el campo, se dio en la forma de colaboración entre las cuatro o cinco Universidades que dictaban la carrera de médico – cirujano y los establecimientos asistenciales administrados por el Estado de Chile a través del Servicio Nacional de Salud, primero, y luego del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Todos estos atributos generosamente compartían recursos, equipamiento, insumos e infraestructura con el mundo académico a cambio de la formación de los profesionales que posteriormente iban a desempeñarse en esos mismo establecimientos u otros periféricos vinculados administrativa y/o geográficamente con sus hospitales de referencia.

Recibido el 2 de octubre de 2015. Aceptado el 12 de mayo de 2016

1 Dr. Claudio Lermanda, Decano. Universidad Católica de la Purísima Concepción. Concepción Chile.
Correspondencia a: clermanda@ucsc.cl

Era una relación espontánea, generada por la necesidad y beneficio mutuos orientados a resolver los problemas del único usuario real y terminal de nuestros productos de formación: el paciente. Y que en ese entonces no era 'usuario', tampoco elaborábamos 'productos académicos'. Es toda una jerga nueva que ha contribuido a emponzoñar el ejercicio de la *lex artis nobilis* que siempre fue la Medicina, en todo el mundo. Es jergonza o lunfardo tecnificado que se asocia con el compadrito exitoso que cruzó cordilleras reales y virtuales para traernos el mercado, primero como economía social de mercado y luego como mercado neoliberal a secas.

Era una relación necesaria, generosa, basada en la buena fe de las partes, la confianza de los pacientes y la conciencia de los prestadores. Ni siquiera tenía nombre, y cuando comenzó a evolucionar hacia este 'brave new world' actual, se le llamó Relación Docente-Asistencial. Quizás queriendo destacar el orden secuencial lógico de los procesos, primero te formas, luego asistes. Quizás simplemente porque era más fácil de pronunciar. Quizás porque se reconocía el prestigio de la academia y se entendía claramente que sin aquella era imposible formar estos profesionales sanitarios que hicieron grande la Medicina chilena con su sacrificio, su vocación y su aporte permanente en las más diversas áreas de la disciplina.

Después el país cambió. Y cambió radicalmente. Primero un suceso inusual en respuesta a una contingencia y el que extendió por diecisiete años. Y económicamente por otros 25 a la fecha. En el intertanto, una explosión demográfica de carreras de la salud, particularmente de Medicina. Y pasamos de 4-5 a 24-25, en muy pocos años, la cuarta parte de los que habían perdurado las Universidades pioneras.

Pero también cambió la red sanitaria chilena. Municipalización con traspaso de administración y supuesta conservación de la tuición técnica sobre los Consultorios desde los Servicios de Salud, traducida finalmente en esporádicas visitas de supervisión por enfermeras desde los DAP. Concentración recíproca del recurso médico, especializado y subespecializado, en los Hospitales, aún de dependencia fiscal. Se creó una Medicina de primera y otra de segunda clase. Se generó un distanciamiento entre los niveles asistenciales. Luego vendría el golpe de gracia, la Medicina Familiar y las becas de Medicina General, que dejaron al Médico – Cirujano, el generalista tradicional, cerca de una cuarta o quinta categoría.

La desconexión brutal Hospital-Periferia en todos sus niveles, incluyó la formación de los profesionales, que se volvió casi exclusivamente intrahospitalaria. Y la APS por años fue cuesta abajo. Pero los hospitales también, porque sometidos a sistemas de financiamiento poco consecuentes con la realidad de costos de un ejercicio de calidad asistencial, privados del apoyo estatal y sujetos a cumplimiento de metas, como corresponde a cualquier venta, en este caso de prestaciones médicas, estos establecimientos comenzaron a resentir su capacidad asistencial y altruista, a descuidar y abandonar el pacto tácito y benéfico de formación de pregrado en la alianza histórica con las Casas de Estudio, y en la desesperación de la sobrevivencia, descubrieron que todo debe ser valorizado, transado y pagado oportuna y religiosamente. Y entonces, se acabó la *lex artis nobilis*.

Vinieron los procesos de licitación de campos clínicos, la necesidad de definir la no cohabitación como principio en la variopinta fauna de formadores, vino la desconfianza, la pérdida de simbiosis sinérgica y por tanto el descuido, el trabajo por sueldo y a la zaga la malpraxis y judicialización de la Medicina chilena, es decir, llegó el ejercicio culposo de la profesión. Y como había que protegerse, llegaron los Convenios y las Normas, aunque estas últimas llegaron medio atrasadas.

Los Convenios con sus artículos y cláusulas garantizaron mínimamente paliar posibles errores y compensar costos. Las normas dieron el marco para cimentar licitaciones, cobros y convenios.

Las CONDAS lograron sino revertir o al menos frenar y ordenar un poco el proceso. Pero sobre todo, morigerar el lenguaje. Las licitaciones ahora se llaman procesos de asignación, y los cobros se llaman mecanismos de compensación, y los convenios cautelan ya no la simbiosis sinérgica para beneficiar los pacientes, sino los mayores costos asociados a la docencia. El lenguaje cambió, pero es como en el Gatopardo, ustedes comprenden.

Y la norma 18 devino en DE 254. Pero da lo mismo porque ninguna tiene fuerza jurídica para que sea aplicada transversal, equitativa y democráticamente en todo el país. Los Servicios de Salud son autónomos y tienen su propio cuerpo legal de respaldo.

Entonces vino el estudio de costos. ¿Cuánto es realmente el mayor costo asociado a la docencia? Bueno, depende de cuál sea la política de Estado al respecto (¿la hay?). Como quiera, MINSAL encargó un estudio, Asofamech señaló sus numerosos errores metodológicos y por ende resultados. MINSAL contra – atacó diciendo que antes no había nada y ahora había algo. Y es cierto. Pero de nuevo da lo mismo, porque los Servicios son autónomos también para interpretar algo que no están obligados a acatar.

Y por último, llegó el orgullo de la separación total. Y se cambió el nombre Docente-Asistencial, por anticuado e inexacto, por Asistencial-Docente, más representativo y justo. Chile, país de eufemismos y poetas.

¿Cómo debería ser la Relación Asistencial-Docente, Docente-Asistencial, o como quiera que se llame?

Probablemente basada en la transparencia y la confianza (ya partimos mal). Probablemente orientada al paciente que sigue esperando, gobierno tras gobierno, que le llegue la Interconsulta que le pidieron hace tres años. Probablemente orientada al profesional y técnico asistencial que hace turnos de alta demanda asistencial, manejando problemas complejos, bajo severa presión social y escrutinio judicial y que además tiene que enseñar a los 2-3 alumnos y al Interno que están rotando por su Servicio. Y que por supuesto debe devolver las horas que le remunera la Universidad, si es que lo hace, al Servicio respectivo, aunque el trabajo se haya realizado igual con o sin docencia. Herencia portaliana.

También debería probablemente fundarse en acuerdos formales de largo plazo, sujetos a revisión periódica por las partes, contemplando mecanismos de intercambio reales que potencie el desarrollo de las instituciones involucradas, establecimientos formadores y universidades, pero siempre buscando la inversión, el recurso, el insumo, el mecanismo, la capacitación que beneficien a nuestros pacientes. Estamos al servicio de ellos, de personas de carne y hueso, iguales a nosotros. No estamos al servicio de empleadores, de ningún tipo, ni públicos ni privados, ni fiscales ni municipales, nos debemos a los seres humanos cuyas existencias tratamos de aliviar con lo poco que podemos hacer.

Y para seguir haciendo más, necesitamos una RAD fluida, un pacto entre el Estado y las Universidades, sin eufemismos, sin política contingente, con mirada compasiva hacia nuestros semejantes que sufren, porque la Medicina es eso, nada más.

