

CP3 Investigación Médica en Costa Rica, Análisis Preliminar

Eric Mora Morales

Resumen

En Costa Rica la investigación médica se realiza por tres razones principales: para encontrar respuestas a inquietudes personales, solucionar problemas específicos de salud detectados en los centros médicos o universitarios y analizar la respuesta a medicamentos en nuestra población. En los hospitales, los procedimientos terapéuticos especializados para salvar vidas como son los trasplantes de Órganos (corazón, hígado, riñón, médula ósea) implican investigación médica de alta precisión y complejidad y no se analizan en esta investigación. La Universidad de Costa Rica y los institutos de salud estatales, producen una cantidad importante de investigaciones para solucionar problemas de salud como son la fabricación de sueros antiofidicos, la detección y prevención del cáncer gástrico, hemoglobinopatías y sordera congénita como ejemplos principales. Las universidades e institutos privados realizan la modalidad de investigación por intervención en enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes, principalmente y también el efecto de medicamentos. En el Seguro Social, con la creación del Centro de Docencia e Investigación en la década del 70, se han desarrollado las estructuras administrativas, científicas y bioéticas para el desarrollo de la investigación médica en Costa Rica. El Ministerio de Salud publicó en 1977, Las Políticas de Investigación e Innovación Tecnológica en Salud, y la conformó del Sistema Nacional de Investigación Científica y Tecnológica en Salud.

Con el objeto de conocer las condiciones personales, reglamentarias, organizativas, institucionales, administrativas y económicas en que se desarrolla la investigación médica, se distribuyeron dos cuestionarios a investigadores y directores de departamentos de investigación. Se obtuvieron 86 y 8 respuestas respectivamente, con los siguientes resultados: el 50.1% pertenece al Sector Salud, el 44.1% a la Universidad de Costa Rica, el 2.3% a un instituto privado y el 3.5% a médicos en ejercicio privado. Señalan que la mayor parte de las hipótesis de investigación son institucionales, muy pocas de origen personal. No hay protocolos de investigación hechos en común con investigadores del extranjero. La mayor parte de la legislación médica científica y ética es nacional. Los Comités Locales de Investigación funcionan regularmente y sus observaciones son bien acatadas. El porcentaje de trabajos terminados y publicados en el país o en el extranjero es claramente insuficiente. El costo económico de la financiación es cubierto en su mayor parte por el Estado. El ciento por ciento coincide en que la investigación médica es necesaria para el país, pero discrepan en la calidad y cantidad de recursos para realizarlo. Faltan insumos para informática, asistencia secretarial y es notable la instrumentación personal en este campo. El 68% opinó que la investigación de productos farmacéuticos extranjeros es útil tanto para el investigador como para el país, pero señala la mayoría que los protocolos deberían ser elaborados en conjunto con el investigador extranjero, mediante visitas comunes, compartiendo también el beneficio económico y enfatizando la necesidad de que el investigador nacional no se convierta en un "maquilador o peón" de las compañías farmacéuticas, preservando la dignidad personal y social del país en el ámbito internacional.

La acreditación de los investigadores es escasa e insuficiente. Dos terceras partes de los investigadores no desean pago económico extraordinario por su trabajo, excepto para invertirlo en la misma investigación.

Se analizan 12 citas bibliográficas y 2 anexos con comentarios personales de los investigadores, relaciones científicas nacionales e internacionales y principales proyectos de investigación realizados o en curso.

CP4 Salud para todos... para el año 2002. Nuestro proyecto para la C.C.S.S.

Rodolfo E. Piza Rocafort

El siglo XX ha sido escenario para un desarrollo y sofisticación de los servicios para la recuperación de la salud sin precedentes en la historia. Consecuentemente, una buena parte de los recursos materiales y humanos de las organizaciones y países se han concentrado en el desarrollo de tecnologías "de punta" dedicadas a los hospitales e institutos de nivel secundario y terciario y, a pesar de que en muchos países este enfoque ha mejorado sustancialmente la salud de los habitantes, también es cierto que se ha producido una discriminación con incremento en la brecha de servicios para amplios sectores de la población que, por razones culturales, geográficas, financieras o de simple oportunidad, no logran acceder a los centros de alta tecnología.

También es un hecho comprobado, que la salud no es hoy día un problema que se pueda manejar solamente con tecnología, ni tampoco que se deba concentrar únicamente en las manos de los médicos y otros profesionales. "La salud es un problema de todos" y todos debemos estar involucrados en los esfuerzos necesarios para incrementarla, conservarla o recuperarla.

En 1978, en Alma Ata, actual Kazakhstan, la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF lanzaron al mundo el reto de lograr unas metas de Salud Para Todos en el año 2000. En ese entonces Costa Rica supo vestir la camiseta de ese objetivo logrando cumplir con él en forma expedita. Antes del año 1985 pudimos decir orgullosamente que varias de las metas programadas, habían sido cumplidas.

Desde el inicio del siglo la salud pública ha hecho también grandes avances, particularmente en el campo de las madres y los niños pequeños y en la prevención de enfermedades transmisibles. Vacunación, saneamiento ambiental, nutrición y, en los últimos años la lucha contra hábitos dañinos como el fumado, el alcoholismo, las drogas y la promoción de un estilo de vida más sano, han significado grandes mejoras en la calidad de vida de los habitantes, sobre todo en los países desarrollados.

En el caso de Costa Rica no cabe ninguna duda que esas medidas mencionadas, junto con mejores medicamentos y tratamientos de las enfermedades más prevalentes, han contribuido significativamente a la impresionante mejoría que hemos logrado en los índices de mortalidad general e infantil, en la expectativa de vida al nacer, el estado de nutrición general y otros indicadores que nos han colocado a la cabeza de la región latinoamericana.

Todos esos logros no hubiesen sido posibles, sin embargo, si nuestro país no hubiera tomado ciertas decisiones trascendentales: en el campo de la salud pública, la instalación de la Secretaría de Salud, actual Ministerio del ramo y en el de la salud individual, la creación de la Caja Costarricense de Seguro

Social, como obra visionaria de nuestros antecesores y como medio para conseguir, primero la extensión de la atención médica y luego del concepto de salud integral, dentro del marco de la permanente interacción entre individuo, comunidad y funcionarios encargados de la administración de los servicios.

En esta cadena de hechos que han condicionado el progreso no podemos dejar de lado el enorme esfuerzo realizado por nuestros médicos y otros profesionales para acudir, las más de las veces con sacrificios personales importantes, a los más diversos puntos del globo para recabar los conocimientos generadores de la excelencia académica que los caracteriza y su vocación docente responsable de la conservación y acrecentamiento de la misma.

Nos encontramos al filo del tercer milenio equipados excelentemente para penetrar en una nueva etapa. Las bases están plantadas. Contamos con los elementos necesarios para continuar el progreso con un nuevo paradigma.

Hemos crecido en cobertura, en sofisticación de la oferta de servicios y en preparación de nuestra fuerza laboral, debemos ahora abocarnos al fortalecimiento del concepto de calidad con eficiencia, teniendo en mente como meta la satisfacción plena de las necesidades de nuestros pacientes, nuestros clientes externos, leitmotiv del diario que hacer de las instituciones que se dedican a la recuperación y promoción de la salud.

Dentro de todos estos logros, algunos temporalmente empañados por islas de ineficiencia, se destacan como actores protagónicos y como eje fundamental del sistema, los hospitales que nacidos inicialmente como hospicios o centros para el "bien morir", fueron progresivamente concentrando recursos y conocimientos médicos y educativos hasta convertirse en los modernos centros que aúnan la sofisticación de la Unidad de Cuidado Intensivo con la piedad de la mano cariñosa de la enfermera, que nos conforta en los momentos de sufrimiento o al enfrentarnos al atemorizante aparato de la moderna ciencia del diagnóstico o el tratamiento.

Nos ha tocado en suerte dirigir, junto a un selecto grupo de profesionales de la salud, la economía, la administración y otras ramas del conocimiento, los destinos de la Seguridad Social en su paso por el umbral del nuevo siglo. Sabemos que esta designación implica una enorme responsabilidad y plantea retos que, por su trascendencia, quizás escapen a nuestras capacidades. Contamos, no obstante, con que tendremos a nuestro lado un experimentado equipo de técnicos y pensadores quienes han sido protagonistas en el proceso de desarrollo hasta hoy llevado y que nos guiarán y aconsejarán para minimizar nuestros necesarios yerros, enmendándonos a tiempo, a fin de ser capaces de entregar el timón de la nave ya adentrada en las aguas que la conducirán a puerto seguro.

Dentro de la responsabilidad que nos cabe, está el continuar el proceso de desconcentración de los centros de salud, hospitales,

clínicas y áreas de salud, hasta poder ofrecer a los administradores locales la posibilidad de manejar una buena parte de su presupuesto y de contar con personería jurídica para la contratación de personal y administrativa, llegando a una verdadera concepción del binomio proveedor comprador e incluyendo parámetros de cumplimiento y eficiencia que permitan el verdadero beneficio de los mejores sin olvidar que, en muchos casos, la ineficiencia es producto de deficiencias crónicas en la estructura y en el equipamiento de las unidades, por lo que debemos ser tolerantes a fin de impulsar la progresiva superación de esos obstáculos. Será nuestro socio en esta empresa, la comunidad organizada a través de comités de salud o juntas hospitalarias y de clínicas y caerá en ellos la tarea de fiscalizar, en muchos casos el cumplimiento de las metas, la eficiencia y la humanización de los servicios provistos a sus conciudadanos.

La educación y capacitación continua de nuestros profesionales y funcionarios administrativos es otro de los aspectos que figuran en nuestra lista de prioridades. Debemos redefinir los lineamientos y objetivos del Centro de Docencia que ya cuenta con una impresionante estructura de base, para direccionarlos a fortalecer los sectores menos favorecidos dentro de los grupos profesionales como son los médicos generales y personal paramédico del área rural y de las clínicas metropolitanas, sin olvidar continuar incentivando el desarrollo de las ciencias de la salud y la investigación, para asegurar la conservación de lo adquirido y el progreso hacia el futuro.

Para lograr permanencia de los logros, se hará necesario mejorar nuestros sistemas de información y registro, incorporando la tecnología moderna de la informática hasta lograr que cada costarricense tenga dentro del sistema de salud, un carnet que, al igual que la cédula de identidad, corresponda a un expediente único informatizado, electrónico y accesible desde cualquier punto del país y, por qué no, del mundo. De esa manera facilitaremos el trabajo de los médicos, administrativos y otros profesionales, evitaremos duplicaciones innecesarias y podremos controlar mejor la utilización de nuestros recursos, permitiéndonos planificar en forma más eficiente el desarrollo a futuro.

Vamos hacia una pensión universal. Para esto tomaremos parte del proceso de Concertación Nacional y buscaremos como crear los recursos para ofrecer a todos los costarricenses de más de 70 años una suma que les asegure al menos una subsistencia básica decorosa. Para los que ya tienen el derecho a la pensión, lucharemos por la sustentabilidad del régimen, realizando los cambios necesarios para evitar su colapso cuando, a partir del año 2010, el porcentaje de pensionados se incremente, poniendo en peligro su financiamiento.

El impresionante desarrollo logrado por el sistema de salud de Costa Rica ha dejado de lado algunas áreas marginales de las ciudades y muchas de las zonas alejadas de la Meseta Central. Es esta la razón por la que hemos incluido, dentro del grupo asesor que labora en estrecho contacto con la Presidencia Ejecutiva, profesionales que conocen a fondo la problemática de las zonas

alejadas y tienen una decidida vocación por respaldar su progreso a fin de eliminar o al menos minimizar las diferencias y asignando un porcentaje del presupuesto del Régimen de Enfermedad y Maternidad al desarrollo de esas áreas deprimidas

Debemos mejorar la recaudación de los dineros que la Constitución y las leyes nos asignan para el cumplimiento de nuestros fines. Para ello utilizaremos la amplia experiencia y capacidad de los profesionales institucionales en el campo de las finanzas, a fin de constituir un verdadero modelo de administración tributaria que nos permita crecer, en el campo económico, al menos un 5% sobre el nivel nacional de inflación. Solo de esta manera podremos continuar nuestro camino al progreso y lograr que sea una realidad nuestra meta de entregar una "Mejor salud para todos los costarricenses en el año 2002", en el entendido que el esfuerzo es de todos los ya que, al fin y al cabo, "La salud es un asunto de todos y de todas".

LX Congreso Médico Nacional **Curso Precongreso de Cirugía** **Laparoscópica Avanzada**

Sede: Colegio de Médicos y Cirujanos
Hospital San Juan de Dios
Auditorio - Salón 1
27 y 28 de noviembre, 1998

Coordinadores:
Dr. Claudio Orlich Carranza
Dr. Alvaro Camacho Fernández
Cupo Limitado: 20 Personas

Temas

- Cirugía hernia inguinal. Abordaje preperitoneal y transperitoneal
- Cirugía abdomen agudo. Apendicectomía
- Cirugía antireflujo: Selección de paciente, ¿Cuál operación? Técnicas
- Cirugía colon
- Mesa redonda: temas previos y complicaciones
- Cirugía úlcera péptica
- Esplenectomía laparoscópica
- Adenectomía
- Cirugía esofágica, acalasia

Conferencistas

Dr. Tomás Barrientos
Dr. Stephen Weiss
Dr. Felipe Urbina
Dr. Horacio Asbun

Notas: _____

