

La formación de recursos humanos en salud necesarios para el mundo y los paradigmas vigentes

Formation of the human resources in health required worldwide and the present paradigms

Dr. Tomás Reinoso Medrano,^I Dra. Tamara Tamarit Díaz,^{II} MSc. Grisell Pérez Hoz^I

^I Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II} Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

RESUMEN

Se reflexiona sobre los paradigmas vigentes para la formación de recursos humanos en salud necesarios para el mundo, tomando en consideración algunos de sus determinantes como: voluntad política, recursos financieros y flujo migratorio. Se ponen de manifiesto las causas e implicaciones, en última instancia, sociales, de la utilización del modelo flexneriano para la formación de estos recursos. Se analizan además los diferentes retos que enfrenta hoy a nivel mundial la educación de pregrado y posgrado en Ciencias de la Salud.

Palabras clave: recursos humanos, Informe de Flexner, voluntad política.

ABSTRACT

Some reflections were made on the present paradigms of the formation of human resources in health worldwide, taking several determinants into consideration such as political willingness, financial resources and migration flows. The causes and implications, ultimately of social origin, of the use of the Flexner's model for the formation of these resources were explained. Additionally, the different challenges

that the undergraduate and the graduate education in health sciences are facing at present worldwide were analyzed.

Key words: human resources, Flexner's report, political willingness.

INTRODUCCIÓN

El mundo contemporáneo es bochornosamente desigual. Es una cruel y dura realidad y si no transformamos lo que hemos venido haciendo hasta el día de hoy, ese será nuestro legado para las futuras generaciones.

Los países del llamado Tercer Mundo exhiben, comparado con el Primer Mundo industrializado y rico, una mortalidad infantil 20 veces mayor, 30 años menos de esperanza de vida al nacer y 100 veces menos personal calificado de salud.¹

Algunos han tratado de esquematizar esta situación a enfoques de derecha o de izquierda que llevan a diferentes explicaciones de la naturaleza de estas diferencias. En verdad, el mundo de hoy es bien complejo y las fronteras entre quienes proclaman ser de un lado u otro a veces se borran.

Este no es un discurso retórico. Hay suficientes amargos ejemplos que muestran que, no importa en nombre de quien se hable, el uso de la violencia en lugar de la cooperación ha sembrado la destrucción y aún más pobreza.

La crisis global de salud hoy día refleja el incremento de las inequidades dentro y entre los países. Mientras los ricos se vuelven más ricos y los pobres más pobres, los avances en la ciencia y la tecnología aseguran salud y una vida más prolongada para una pequeña fracción de la población mundial. Los pobres de todas las regiones son excluidos de las herramientas políticas, sociales y económicas que pudieran servirle para crear su propia salud y bienestar.

DESARROLLO

Un llamado para la acción debe ir más allá de un discurso señalando la falta de fondos o recursos humanos experimentados para resolver la mayoría de estos problemas de salud. Acciones concretas y palpables son imperativas.

Múltiples son los factores que pueden atribuirse como determinantes. Los siguientes son algunos de ellos:

La manipulación política

Oradores tras oradores, conferencias internacionales tras conferencias internacionales, toneladas de documentos y declaraciones, señalan que se han alcanzado discretos resultados en los indicadores de salud en el mundo pobre, no pocas veces manipulados para propósitos políticos. A veces se escucha: "La tasa de mortalidad infantil se redujo de 100 a 90 por mil nacidos vivos en los últimos 10 años" y, desde luego, un subsiguiente discurso de la bien diseñada política de salud, etc. Un simple razonamiento nos dice que será necesario más de 80 años para alcanzar los actuales indicadores del mundo industrializado.

¿Debemos sentirnos satisfechos? ¿Sería posible hacer las cosas de un modo diferente para eliminar estas diferencias abismales en un número menor de años?

Los recursos financieros

Aún cuando los aspectos financieros siempre serán un importante aspecto a tener en cuenta para el desarrollo de la salud y la educación, la experiencia demuestra en muchos países que no es suficiente.

Como resultado de la cooperación internacional, ¿cuántos hospitales y centros de atención primaria han sido construidos, e incluso equipados con tecnología apropiada y mobiliario? ¿Cuántos de ellos están cerrados o subutilizados?

Por citar solo el ejemplo de África, varios países de este continente cuentan con instalaciones cerradas y en proceso de deterioro y obsolescencia, sin posibilidad de utilización por la falta de recursos humanos.

Los recursos humanos

Como ha sido bien definido, los médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud que brindan atención al paciente son la mayor fortaleza de cualquier sistema de salud.² Definitivamente son muy insuficientes en número. La Organización Mundial de la Salud ha calculado en alrededor de 4,3 millones los profesionales de la salud necesarios en el mundo para paliar la actual situación, principalmente en el llamado Tercer Mundo. Se calcula que más de mil millones de las personas que hoy habitan el planeta morirán sin haber visto a un profesional de la salud.³

¿Qué se ha hecho a nivel de los países para incrementar esa cifra de modo significativo?

¿Cuántos estudiantes son admitidos anualmente en las universidades del Tercer Mundo? Hay países africanos que apenas gradúan unas pocas docenas de profesionales por año y más de la mitad de esa cifra emigra a otros países, habitualmente a países ricos. Se reporta que como promedio la mitad de los trabajadores del sector salud de estos países han declarado su intención de emigrar.⁴

El flujo migratorio del personal de salud de los países pobres a los ricos, que no sin razón ha sido denominado "robo de cerebros" y merece un análisis en otro trabajo,

tiene una fuerte influencia por parte de los procesos de formación y superación profesional y los paradigmas que para ello se asumen.

De todo lo anterior se desprende que reducir los argumentos a factores económicos y materiales no parece abarcar toda la complejidad del problema. Como educadores de las ciencias médicas, no podemos aceptar que los valores éticos y morales tengan tan poco valor.

La voluntad política

La voluntad política es factor ampliamente reconocido como decisivo para transformar el sector salud en función de resolver los graves problemas que aquejan las grandes poblaciones de desposeídos.⁴ Para materializar esta voluntad se impone conceder énfasis especial al nivel primario de atención y una decidida resolución a romper concepciones de formación profesional esquemáticas, la mayoría de ellas importadas de diferentes contextos y épocas.

Muchas cosas deben ser cambiadas, a pesar de la secular resistencia de nuestras experiencias vividas.

La influencia de algunos paradigmas de sociedades altamente desarrolladas ha sido causa de estancamiento de la educación médica en muchos países pobres.

El Informe Flexner: causas y consecuencias

En una síntesis apretada, hoy día se conoce que en los albores del pasado siglo, la Asociación Médica Americana (AMA) tenía un vivo interés en disminuir la "competencia profesional" que generaban varias universidades en ese país. Para ello se valió de la Fundación Carnegie para trazar una estrategia que alcanzara ese objetivo. Esta fundación contrató a Abraham Flexner (1866-1959), pedagogo graduado en Harvard, cuyo hermano era médico también graduado en Harvard, Director de un instituto de investigación médica en Harvard. No es difícil de predecir que el modelo de escuela de Medicina escogido para medir y decidir si un centro continuaba o no con sus procesos docentes fue el de Harvard.

Luego del llamado Reporte o Informe de Flexner en 1910, las reformas en los Estados Unidos de América provocaron el cierre de un importante número de escuelas de Medicina (de 155 a 66) al no cumplir con los estándares impuestos de un modelo de universidad basado en la investigación a nivel de laboratorio y hospitales altamente equipados.⁵

Se afirma que estas reformas elevaron la calidad de la educación médica en los Estados Unidos, pero al mismo tiempo, es bien conocido que causaron una desproporcionada reducción del número de médicos que prestaban servicios a las comunidades pobres; fueron forzadas a cerrar la mayoría de las escuelas de medicina pequeñas y rurales y todas excepto dos escuelas para la comunidad afronorteamericana, dejando sus pobres áreas de atención con una ínfima cantidad de médicos.⁶

El resultado final fue que cuando en 1910 el informe salió a la luz, las escuelas de Medicina más pobres que no podían alcanzar esos estándares no tenían

simplemente suficiente dinero para semejarse a las escuelas que sí podían cumplirlos.

Los estándares que establece la Asociación Médica Americana hacen énfasis en el modelo biomédico basado en laboratorios con equipamiento de última generación. Esto es algo que parece estar bien distante de la situación real del Tercer Mundo. El reporte de Flexner no buscaba en modo alguno incrementar el número de médicos en formación.

Aún más, investigadores han demostrado que la elevación de los requisitos de ingreso y la extensión de los cursos que hoy día se requiere para convertirse en un profesional médico, promovieron el "elitismo profesional" y su enriquecimiento e impidieron que los sectores económicamente desposeídos accedieran a estudiar carreras médicas.^{7,8}

Si todo esto se reporta en los Estados Unidos, ¿qué ocurrió en los países del Tercer Mundo? Simplemente copiaron el modelo, sin tomar en consideración las profundas diferencias entre el primero y el resto de estos países. Ello trajo como consecuencia un poco o nulo crecimiento de las universidades médicas, por ende un insuficiente número de profesionales formados, más comunidades desprotegidas de servicios e indicadores de salud desastrosos.

Es por ello que cualquier intento de cambiar la situación presente debe romper concepciones sobre la educación médica tan equívocas como arraigadas.

Listemos algunas cuestiones desde la perspectiva de la educación de recursos humanos en salud que constituyen retos para el presente y el futuro.

Retos de hoy: estudios de pregrado

Escenarios docentes: todas las declaraciones internacionales admiten la importancia de la Atención Primaria de Salud para resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población. ¿Por qué no introducir planes de estudio concebidos para ser ejecutados primordialmente a este nivel de atención, incluyendo las ciencias básicas?

Claustro docente: siguiendo esta línea de razonamiento, ¿por qué los profesionales de la Atención Primaria no pueden ser el cuerpo docente principal?

Contenidos docentes: ¿por cuánto tiempo continuaremos enseñando las técnicas especializadas, las enfermedades raras, y nuestros estudiantes no saben enfrentar los problemas diarios de nuestros pacientes?

Retos de hoy: estudios de posgrado

Duración de estudios: en muchos países, existe una tendencia a prolongar el tiempo de los cursos de formación especializada. ¿En qué plano queda entonces la Educación Continuada, la Educación para toda la vida, u otras declaraciones reafirmadas en importantes eventos científicos internacionales? En otras palabras, ¿por qué pretender la inclusión de volúmenes de contenidos siempre crecientes si existen vías y momentos posteriores en la formación del personal de salud?

Muchas universidades del Tercer Mundo reconocen para los profesionales de su país solamente los títulos de cursos de especialidad, principalmente en el exterior, de larga duración (3 años o más). Al propio tiempo, no existe en el país ningún programa de formación de maestría o de doctorado en ciencias. Este enfoque contradictorio de los estudios de posgrado lleva a los profesionales a considerar que los estudios de especialización son "el fin del camino" y la calidad de los servicios de salud, en términos de mejora continua, se ve así sacrificada por las propias autoridades que debían velar por ella.

Coherencia de los estudios de posgrado: para muchos países del Tercer Mundo, ¿donde están las actividades académicas de posgrado, organizadas como sistema, que permitan a los profesionales ser también entrenados en la investigación científica a nivel de la atención primaria? Casi nunca se concibe en los programas de estudios que el escenario docente para el posgrado tenga lugar a nivel de la Atención Primaria.

La investigación científica debe desarrollarse en todos los puestos de trabajo. Si admitimos que la Atención Primaria ha demostrado resolver problemas científicos de la salud de la población, un programa doctoral no debía entonces ser desarrollado solamente a nivel de un bien equipado laboratorio u hospital.

Si nuestros estándares educacionales no cambian, ¿cuándo tendrán los países pobres el número de profesionales que necesitan? ¿Cuándo veremos doctores en ciencias haciendo investigaciones, enseñando y brindando atención médica a los pobres y necesitados en el nivel primario de salud?

A nivel local, cada país debe enfrentar su propio reto: voluntad política no es discurso; muchos mueren cada día escuchando miles de promesas. En tal contexto, al menos un grupo de aspectos debe quedar claramente establecido y cumplido:

- La Atención Primaria de Salud como una prioridad real.
- El ingreso a estudios universitarios en salud y la disponibilidad de empleos de sus graduados para las comunidades y sectores desposeídos.
- Ampliación de los escenarios docentes a la Atención Primaria de Salud.
- Incremento del número de docentes a nivel de todos los servicios de salud, en particular de la Atención Primaria de Salud.
- Transformación de los currículos de estudio, sus contenidos y sus estrategias docentes.

Desde luego, la resistencia al cambio, la ruptura de paradigmas importados y el "divorcio" entre los sectores salud y educación serían desde ese momento motivo diario de confrontación, a pesar de los discretos avances que puedan observarse. Un hecho de extraordinaria importancia favorecerá esta confrontación: la calidad de los servicios de salud mejora en la medida que el proceso docente se introduce en el servicio, y la población no permanecerá ignorante a este hecho.

Esto puede parecer un sueño lleno de utopía. La experiencia acumulada por Cuba en más de medio siglo y llevada a varios continentes nos hace pensar con optimismo que es un sueño alcanzable.

CONCLUSIONES

Los modelos de formación profesional asumidos hasta hoy no han logrado cambiar de modo sustancial la situación de salud de la gran mayoría de la humanidad y parece distante de lograrlo. Somos ciudadanos del mundo responsables del futuro de nuestros pueblos o seguimos como hasta ahora y el destino mortal de niños, mujeres y ancianos que no recibirán atención calificada nos señalarán con su dedo acusatorio o intentamos cambiar para bien de ellos y de nuestras conciencias.

Si tenemos el coraje de admitir nuestras insuficiencias, si rompemos los esquemas que nos atan al pasado, si abrimos nuestro corazón a la solidaridad, si vemos al mundo como un escenario de guerra contra las enfermedades, el hambre y la pobreza, entonces, y solo entonces, un mundo mejor es no solo necesario, es posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. World Health Report 2006. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex4_en.pdf
2. WHO/AFRO Health Worker Crises Threaten To Undermine Health Improvement in Africa. Press Releases. 1 February 2002. Disponible en: <http://www.afro.who.int/press/index.html>
3. Global health - Wikipedia, the free encyclopedia.htm. Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Global_health
4. Awases, M, Gbary, A, Nyoni J, Chatora R. Migration of Health Professionals in Six Countries: A Synthesis Report. WHO/AFRO. South Africa; 2002. p. 38.
5. Beck A H. The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. JAMA. 2004;291:2139-40.
6. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York, NY: Basic Books; 1982.
7. Savitt TL. Abraham Flexner and the black medical schools. In: Barzansky B, Gevitz N, eds. Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century. New York, NY: Greenwood Press; 1992. p. 65-81.
8. Markowitz GE, Rosner DK. Doctors in crisis: a study of the use of medical education reform to establish modern professional elitism in medicine. Am Q. 1973;25:83-107.

Recibido: 15 de junio de 2012.

Aprobado: 29 de junio de 2012.

Tomás Reinoso Medrano. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 # 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba. Correo electrónico: treinoso@infomed.sld.cu