

LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA REORDENACION Y RECONSTRUCCION DE LOS SERVICIOS EN EL VALLE DE MEXICO *

JAIME MARTUSCELLI**, JULIO FRENK***, ENRIQUE RUELAS***, MIGUEL ANGEI GONZALEZ BLOK***

Introducción

La destrucción provocada por los sismos de septiembre plantea no sólo la oportunidad, sino también la obligación moral de renovar nuestro sistema de salud. En efecto, tal destrucción no se explica únicamente en función de la fuerza física del fenómeno. Otro factor fundamental fue el modelo de atención médica dominante en México -un modelo basado en la concentración geográfica y tecnológica de los recursos.¹ Además de sus implicaciones negativas para la accesibilidad, la calidad y la eficiencia, dicho modelo ha mostrado ahora su vulnerabilidad ante los desastres naturales.² Es por ello que la reconstrucción exige no sólo la reposición de los recursos físicos perdidos sino también su reordenamiento, a fin de alcanzar un sistema más equitativo y más seguro.

La atención médica utiliza recursos humanos en forma intensiva. A diferencia de otras ramas de actividad, donde las innovaciones tecnológicas sustituyen a la mano de obra, en medicina cada nuevo procedimiento preventivo, diagnóstico o terapéutico suele generar necesidades adicionales de personal. Así pues, los recursos humanos siguen siendo la pieza clave -y también la más costosa- de la atención a la salud. En consecuencia, la renovación del sistema de salud debe partir de una profunda reflexión sobre la formación de los recursos humanos, pues, como se señaló antes, la reconstrucción no puede consistir en reponer los edificios y el equipo perdidos.

Inmediatamente después de los sismos, el Sector Salud, en coordinación con las instituciones de educación superior, empezó a desarrollar una serie de acciones concretas para la reconstrucción. En esta presentación nos concentraremos en dos de tales acciones: primero, los esfuerzos para dar mayor peso a la atención primaria en la enseñanza de la medicina y, segundo, el programa para formar a los directivos de los nuevos hospitales de la reconstrucción.

Reforzamiento de la Atención Primaria para la Enseñanza

La pérdida de hospitales a raíz de los sismos tuvo efectos que rebasaron la prestación de servicios para afectar a la formación de nuevas generaciones de médicos generales y especialistas. Se calcula que, como consecuencia inmediata de los sismos, se vieron afectados más de 3 000 estudiantes de medicina, alumnos de los ciclos clínicos que recibían entrenamiento en el Hospital General y que provenían de las universidades Nacional Autónoma, Autónoma Metropolitana y La Salle, así como del Instituto Politécnico Nacional, cerca de 900 alumnos que asistían al Hospital Juárez, más 1100 que recibían enseñanza en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, o sea, alrededor de 5 000 estudiantes de los ciclos clínicos vieron interrumpida su enseñanza. Asimismo, 650 internos de pregrado que concurrían a los hospitales General y Juárez y más de 300 residentes, se vieron afectados en el entrenamiento que recibían en esos centros.

**Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo, Secretaría de Salud.

***Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salud.

***Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salud.

***Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salud.

¹SOBERON G., FRENK J. SEPULVEDA J. "The health care reform in Mexico: Before and after the earthquake." American Journal of Public Health. Aceptado para publicación.

²FRENK, J. "Las oportunidades de la reconstrucción". Nexos. Sociedad, Ciencia, Literatura 1985; 8:53-57.

Conjuntamente con las autoridades educativas se tomaron medidas inmediatas que consistieron básicamente en distribuir a los alumnos de pregrado en diversos hospitales de la Secretaría de Salud, del Departamento del Distrito Federal, del ISSSTE y en los institutos nacionales de salud, así como en centros de salud comunitarios.

Los internos de pregrado se readscribieron en hospitales del Departamento del Distrito Federal, el Hospital Valle de Ceilán, Hospital Gea González y Hospital General Ticomán, así como en centros de salud comunitarios T III-A, apoyados por cursos impartidos por la Facultad de Medicina de la UNAM.

A medida que se han puesto en operación los hospitales que se han rehabilitado, los residentes, que originalmente habían sido reubicados en otras unidades hospitalarias, se han incorporado a ellos. Sólo 77 se encuentran actualmente adscritos en hospitales diferentes al General y Juárez, de donde provenían.

En los días siguientes a los movimientos telúricos, la Secretaría de Salud vio reducidos sus campos clínicos para internos de pregrado de la UNAM en 78 por ciento y el ISSSTE en 15 por ciento. A su vez, el IMSS perdió el 65 por ciento de los campos asignados a la UNAM para la enseñanza de los ciclos clínicos.³

Obviamente, parte de esta pérdida se ha recuperado a medida que se ha ido reponiendo la capacidad hospitalaria en el Distrito Federal. Sin embargo, la recuperación cuantitativa no será total en el corto plazo. Existe, además, el problema cualitativo que ha sido agudizado por el vacío que los sismos de septiembre crearon. Este problema se refiere a la adecuación entre el modelo de atención a la salud y el modelo de formación de recursos humanos. La inconsistencia entre ambos modelos no es nueva. Durante muchos años ha existido un debate entre las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud y las instituciones de servicio, debate caracterizado por los reclamos en torno a la iniciativa para transformar el modelo vigente de atención a la salud. Al respecto Soberón y Arroyo señalan, y citamos textualmente:

“Corresponde ahora a las instituciones educativas dar un paso fundamental. Es necesario adecuar los currículos de las escuelas y facultades de las profesiones relacionadas con la salud, para que sean acordes con los cambios que se están operando en el Sector Salud.”⁴

Entre otros elementos, dichos cambios han incluido una profunda reconceptualización del sistema de salud, en la cual la atención primaria ha dejado de ser vista como el escalón de peor calidad en el sistema para convertirse, en cambio, en su pieza integradora. Como tal, la atención primaria es vista ahora no sólo como la puerta de entrada al sistema de salud, sino también como la instancia donde se resuelve la mayoría de los problemas, donde se da continuidad a la atención mediante patrones claros de referencia y donde, en fin, se ensancha el concepto de atención a la salud para incluir más que la simple reparación de órganos enfermos.

Decir que una estrategia legítima para reconstruir a los hospitales perdidos consiste en reforzar a la atención primaria no es una afirmación retórica. Por el contrario, tiene un firme sustento social y técnico.

En primer lugar, es preciso considerar que el daño a hospitales por los sismos involucró la pérdida no solamente de camas, sino también de capacidad de atención ambulatoria, vía los servicios de consulta externa y urgencias. A corto plazo, la recuperación de esta capacidad sólo puede darse reforzando a los centros de salud existentes y construyendo establecimientos modernos de atención ambulatoria acordes con las complejas condiciones epidemiológicas y tecnológicas de la ciudad. Así, el fortalecimiento de la atención primaria aumentaría la capacidad resolutive de los centros de salud, a fin de que éstos no sean simples estaciones de paso hacia el segundo nivel. El aumento de la capacidad resolutive podría incluso abarcar, en algunos centros de salud avanzados, la atención de partos eutócicos, de emergencias y de cirugía ambulatoria. Ello brindaría grandes beneficios sociales y económicos a la población. En cambio, comparada con las consultas externas de hospitales, una red de centros de atención primaria implica menores costos de transporte y espera.

En segundo lugar, el fortalecimiento de la atención primaria permite un uso más racional de los propios hospitales. Así, dicho fortalecimiento podría constituir un elemento crucial para descongestionar los servicios de consulta externa, urgencias y atención de partos eutócicos en los hospitales. Al resolver los casos que no

³Grupo de Prospectiva del Sector Salud. “Prospectiva de la atención a la salud a partir de los efectos de los sismos de septiembre de 1985.” Cuadernos del PUIC, No. 2, 1985.

⁴SOBERON G, ARROYO P. “El modelo de atención a la salud y la formación de médicos”. Cuadernos de la Secretaría de Salud, No. 11. México, D. F.: Secretaría de Salud, 1985, p. 18.

deberían llegar al segundo nivel y detectar tempranamente a los que sí lo requieren, la atención primaria permitiría aprovechar mejor los costosos recursos hospitalarios. El grupo multidisciplinario de prospectiva del Sector Salud que, a raíz de los sismos, formaron el Centro de Investigaciones en Salud Pública de la SSA, el Programa Universitario de Investigación Clínica de la UNAM, el Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y Sistemas de la propia UNAM y la Dirección General de Servicios Médicos del DDF, demostró, en forma numérica, que el reforzamiento de la atención primaria incrementa directamente la eficiencia de la atención hospitalaria.⁵

Un componente fundamental del reforzamiento consiste en lograr que los centros de atención primaria se conviertan en campos legítimos para la enseñanza. A este respecto, nuestro país ha padecido un círculo vicioso: la debilidad tradicional de la atención primaria ha impedido que se le use para la enseñanza, pero esta misma ausencia de enseñanza ha debilitado aún más a la atención primaria. Por ejemplo, el Grupo de Trabajo sobre Enseñanza en Salud, formado dentro del marco de la Coordinación de Salud de la Comisión Nacional de Reconstrucción, calcula que antes de los sismos solamente 1.7 por ciento de los profesores de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma Metropolitana y el Instituto Politécnico Nacional trabajaban en atención primaria.⁶ Esta carencia ha representado un importante obstáculo para que las escuelas de medicina formen recursos humanos aptos para la atención primaria a la salud. No obstante, la extensa destrucción sísmica del segundo y tercer niveles de atención ha generado la necesidad inmediata de considerar a la atención primaria como un ámbito indispensable para la formación de médicos. Si se logra transformar esta necesidad inmediata en un compromiso estable, será posible romper el círculo vicioso a que aludimos antes.

Bajo tales circunstancias cabe preguntarse:

¿Cuál es la influencia que puede llegar a tener la atención primaria sobre la génesis de un currículo integrado que coadyuve a transformar el modelo de atención, y cuáles son las diferencias previsibles respecto a la atención hospitalaria y especializada? Ante una pregunta de esta magnitud sólo intentaremos apuntar algunas orientaciones que pudieran servir en el camino de encontrar una respuesta satisfactoria.

La transmisión del conocimiento por la vía del currículo va más allá del momento de la enseñanza, pues sirve también para regular la estructura de la experiencia. De manera muy general pueden distinguirse dos tipos de currículos o ámbitos de la transmisión del conocimiento. Por un lado están los currículos organizados sobre el principio de la integración. Por otro están aquellos organizados con materias especializadas. La diferencia principal entre estos dos tipos de currículos radica en la forma en que establecen la frontera entre los diferentes contenidos o materias a ser transmitidas al educando. Si los contenidos o materias están aislados, hablamos de un currículo por materias especializadas. Por el contrario, si la frontera es débil y los contenidos se encuentran en una relación abierta, hablamos de un currículo integrado.

Es claro que el ámbito de la atención primaria resulta más propicio para el funcionamiento de un currículo integrado, en la medida en que existe una baja división del trabajo y, por lo tanto, poca diferenciación formal entre la gama de actividades realizadas por el equipo de salud. En este ámbito, los contenidos de conocimiento tienden a organizarse por la contribución que hacen a la resolución de problemas específicos. Si fungiera como un espacio para la educación, la atención primaria fomentaría un currículo en el cual se organizaría la transmisión de contenidos enfatizando su relación mutua respecto a los problemas prioritarios de salud. En contraste, el ámbito hospitalario, con sus claras demarcaciones por especialidad, lleva a que la docencia encuentre acomodo en un currículo de alta clasificación. En éste la transmisión de los contenidos se basa preferentemente en su relación lógica con un cuerpo bien definido de conocimiento, antes que en su contribución a la solución de problemas específicos.

⁵Grupo de Prospectiva. . . Op. cit.

⁶Coordinación de Salud de la Comisión Nacional de Reconstrucción. Documento de trabajo del Grupo sobre Enseñanza en Salud. Documento, en fotocopia, 1985.

La atención primaria aporta el contexto idóneo para que el estudiante comprenda que el conocimiento científico no se aprende únicamente en el experimento de laboratorio o en el libro de texto especializado, sino también en las experiencias que aporta la población en la búsqueda de soluciones a lo que resulta ser un problema común: el mantenimiento y mejoramiento de la caíd. Este contexto también puede favorecer un alto nivel de interacción de los docentes entre sí y de ellos con los alumnos y la población. La baja división del trabajo, el contacto con los problemas de la comunidad y la pequeña escala en la que se realiza el servicio indudablemente favorecen la integración curricular.

Por ello, debemos concebir a la atención primaria como el principal espacio clínico para la enseñanza a estudiantes de medicina, residentes en medicina familiar y residentes de las especialidades primarias, además de enfermeras, promotores y técnicos.

Como una innovación complementaria, la Dirección General de Enseñanza en Salud de la SSA ha planteado la necesidad de establecer una residencia en atención primaria, que prepare a personal médico con los conocimientos, las habilidades y las actitudes específicas para manejar la complejidad inherente al primer nivel de atención.

Así, para la promoción de marzo de 1986, se han autorizado 273 plazas de residentes para el postgrado de atención primaria en el Distrito Federal y en las ciudades de Tijuana, León, Monterrey y Toluca.

Por otro lado, a finales de 1985, la Facultad de Medicina de la UNAM fue autorizada por el Consejo Universitario para introducir cambios en el currículo de la licenciatura de médico cirujano tendente a fortalecer una formación académica en la atención primaria congruente con los planteamientos del modelo de atención propuesto.

Se trata, en suma, de fortalecer la atención primaria para que sirva a la formación de distintos tipos complementarios de personal de salud. Esta propuesta permitiría, en primer lugar, recuperar la capacidad de enseñanza práctica bajo una nueva orientación hacia la atención primaria. Ello podría representar el ímpetu necesario para empezar a formar profesionales de la salud que tengan un mayor contacto con la comunidad. La presencia de estudiantes de pre y postgrado en los centros de salud servirían, además, para inyectar un elemento académico que ha demostrado, en estudios previos, ser un factor para elevar la calidad de la atención por parte de los médicos adscritos a la unidad de atención primaria. Así pues, el beneficio sería mutuo para las universidades y los centros de salud. Por último, la propuesta es congruente con la política de salud que existía antes del sismo. Durante décadas, la atención primaria quedó relegada al último plano, hasta que la actual administración dio el paso histórico de hacerla prioritaria. La reconstrucción debe reforzar este avance.

Formación de Directivos de Hospitales

El reforzamiento de la atención primaria se vincula en forma directa con los esfuerzos por desarrollar hospitales generales modernos y de alta calidad. Aunque es común contraponer a la atención ambulatoria y a la hospitalaria como si fueran rivales, lo cierto es que el primero y segundo niveles deben formar una unidad orgánica de servicios básicos para toda la población.

La pérdida de camas en el segundo nivel hace indispensable que la reposición sirva también para lograr una mejor distribución geográfica de los nuevos hospitales. Por ello, un elemento central del programa de reconstrucción es la construcción de siete hospitales, de 144 camas cada uno, en la periferia de la zona metropolitana. Este programa ofrece una oportunidad única para desarrollar un nuevo enfoque en la formación de directivos de hospitales.

Tradicionalmente los servicios de salud han sido dirigidos por médicos cuyos méritos clínicos les han permitido ocupar las más altas posiciones en las jerarquías hospitalarias. Sin embargo, para el manejo de organizaciones de tal complejidad no basta solamente la experiencia clínica, la buena voluntad y el sentido común. El directivo médico de hoy se enfrenta a un contexto muy complejo, en el que las demandas de una población creciente exigen una utilización cada vez más eficiente de recursos restringidos por la crisis económica. La aparición de nuevas tecnologías requiere de una toma de decisiones cada día más racional. Conceptos como planeación, presupuestación, descentralización, desarrollo organizacional, informática y evaluación se suman

de manera indispensable al vocabulario del directivo médico contemporáneo.

No cabe duda que en la historia de las instituciones de salud de nuestro país ha habido grandes clínicos que han sido también brillantes directivos de organizaciones de atención médica. El momento actual, empero, no permite que este tipo de proceso se siga dando al azar. Por otra parte, aquellos profesionales no médicos que provienen de carreras netamente administrativas y que ocupan cargos directivos en los establecimientos de atención médica se enfrentan a la necesidad de comprender valores, objetivos, conflictos e inclusive terminología característica de este tipo de organizaciones de servicio humano. De las situaciones mencionadas se desprende el imperativo de reconocer a la administración de servicios de salud como un área distintiva del conocimiento para la que se requiere de una formación específica.

Como respuesta a estas necesidades, se ha establecido el “Programa de formación de directivos para los nuevos hospitales de la reconstrucción.” Esta acción, en la que participan todas las áreas de la SSA, así como las autoridades de salud del Departamento del Distrito Federal y del Estado de México, está siendo coordinada por la Subsecretaría de Regulación Sanitaria y Desarrollo. Su instrumentación corre a cargo del Programa de Educación Avanzada en Organización y Dirección de Servicios de Salud, que realizan conjuntamente la Escuela de Salud Pública de México y del Centro de Investigaciones en Salud Pública, con la colaboración del Centro de Capacitación y Desarrollo de la Oficialía Mayor de la propia Secretaría de Salud. El programa de formación de directivos incluye un proceso formal de selección de candidatos, así como un curso de seis meses previo a ocupar los principales cargos de cada hospital. Ello constituye un paso importante en la historia de la formación de este tipo de recursos, pues sienta las bases para el futuro establecimiento de un servicio civil de carrera. Por otra parte, la posibilidad de establecer un sistema de acreditación periódica para los directivos de servicios de salud, que garantice su permanente actualización en este campo del conocimiento, se verá fortalecida con el desarrollo de los cursos de educación continua del Programa de Educación Avanzada en Organización y Dirección de Servicios de Salud.

En suma, antes de los sismos de septiembre nuestro país había iniciado una profunda transformación de su modelo de atención. Lejos de detener este proceso, la destrucción producida por los sismos debe ser vista como una oportunidad para profundizarlo. El problema de la enseñanza y formación de los recursos humanos para la salud es una parte indisoluble del modelo de atención. De allí que los problemas que plantea la transformación del modelo signifiquen una gran complejidad para el componente de enseñanza. Mientras que el nivel hospitalario se beneficia de un currículo altamente especializado para la formación de médicos, la atención primaria tiende por su propia naturaleza a generar un currículo integrado. Esta dualidad sólo podrá resolverse cuando la atención hospitalaria descansa sobre una base sólida de servicios de primer nivel. Como acción complementaria, la formación de directivos altamente calificados permitirá responder al reto histórico que, en presencia de crisis naturales y económicas, exige proporcionar servicios más accesibles, con mayor eficiencia y, sobre todo, de mayor calidad.