

Los desafíos de la formación médica en el próximo siglo^{1, 2}

André Cezar Medici³

Los determinantes de la formación médica en el siglo XX

Enseñar a prevenir y a curar, pese a ser una de las preocupaciones más antiguas de la humanidad, continúa siendo materia de discusión, sobre la cual se producen pocos consensos. Durante la edad antigua, especialmente en Grecia y posteriormente en Roma, la formación de los médicos era hecha por prácticos ya establecidos, que elegían ayudantes que se transformarían, con el aprendizaje clínico cotidiano, en médicos que serían sucesores de sus maestros.

Hacia el fin de la antigüedad clásica, comienzan a surgir casas especializadas en cuidados médicos, donde buena parte de los clínicos internaban sus pacientes para la convalecencia, entregando los cuidados básicos a ayudantes que actuaban bajo su supervisión.

En la Edad Media, la enseñanza en salud comienza a fortalecerse por tres vías: a) una práctica, de formación de médicos ambulantes, vendedores de remedios y charlatanes, que iban de burgo en burgo vendiendo milagros que muchas veces funcionaban; b) una vía cle-

1. Traducido de "Ensinando a ensinar em saúde"; publicado en *Cuadernos del Claeh* 81-82, 2da serie, año 23, 1998/1-2: 219-125. Montevideo.

2. Las ideas contenidas en este texto —escrito en noviembre de 1997— expresan solamente el pensamiento del autor, no teniendo necesariamente ninguna relación con la posición oficial adoptada por el Banco Interamericano de Desarrollo.

3. Economista de Salud de la División de Programas Sociales I del Banco Interamericano de Desarrollo.

rical, dado que buena parte de la salud para los pobres se vinculaba a las prácticas gratuitas y de asistencia social de la Iglesia Católica en expansión, donde los sacerdotes asumían las funciones básicas de salud, y; c) una vía técnica, donde los cirujanos desarrollaban sus artes en pacientes pobres que se sometían al tratamiento en los hospitales. Muchos de estos hospitales fueron también creados por la Iglesia, una vez que, ya en esa época, había definido su especialización social de proporcionar salud para los pobres y educación para los ricos.

Fue en el siglo XVIII que el hospital, como fuente de especialización del saber médico, pasó a ser la principal institución de formación de profesionales en salud. Los médicos adquieren un importante nivel de autonomía en su profesión, en la organización del saber y del proceso de trabajo en salud. Como poseedores de un conocimiento socialmente impenetrable, pasaron a dominar y regular todo el proceso de formación de profesionales de salud.⁴

La idea del hospital universitario tal como hoy lo entendemos es fruto de la aplicación de las ideas del educador americano Abraham Flexner (1866-1959). Si, por un lado, Flexner realizó importantes contribuciones al exigir una mayor excelencia técnica en la enseñanza de la medicina, sus ideas fueron responsables de una visión todavía hoy dominante en América latina, vinculada a que las facultades de medicina deben estar orientadas hacia una excesiva especialización, siendo necesario que cada una tenga un hospital para experimentación clínica y para el desarrollo de la práctica del estudiante de medicina.⁵ El informe Flexner, publicado en 1910, proponía cerrar 124 escuelas de medicina en los Estados Unidos, quedando sólo 31. Flexner, del mismo modo, defendía también el mantenimiento del *apartheid* entre escuelas para blancos y para negros, una vez que, según sus propias palabras “la clínica del médico negro debería limitarse a su propia raza”. Incluso así, de las siete escuelas de medicina dedicadas a los negros, Flexner proponía el cierre de 5, quedando solo una en Washington y otra en Nashville.

Las principales propuestas de educación médica contenidas en el informe

Flexner pueden resumirse en los siguientes puntos:

A Cada escuela de medicina tiene que tener un Hospital Universitario dirigido a la formación del médico, la investigación y el desarrollo tecnológico de la práctica clínica;

B El uso de “unidades “periféricas” al hospital (puestos y centros de salud, etc.) debe ser considerado impropio para la educación médica, por las dificultades de traslado de profesores y alumnos a los locales donde se ubican estas unidades. El Hospital de Enseñanza debe estar compuesto de salas especializadas, con un cuerpo clínico permanente, laboratorio clínico, salas de autopsia, etc. El Director de la Facultad de Medicina debe ser el Jefe del Hospital; el profesor de cirugía debe ser el cirujano-jefe; el profesor de patología debe ser el patólogo, y así lo demás.

C La asistencia ambulatoria en los hospitales no debe ser estimulada, dado que el control de los pacientes ambulatorios es difícil e insatisfactorio. Además, gran parte de los pacientes no regresa para una segunda consulta. El ambulatorio es un lugar inadecuado para observar el desarrollo de un caso, aunque pueda ser bueno para demostrar la variedad de afecciones existentes.

D El hospital universitario y la enseñanza de la medicina deben estimular el desarrollo de especialidades y subespecialidades médicas, así como el crecimiento de las condiciones materiales para el desarrollo de estas especialidades.

La medicina flexneriana instala un concepto según el cual el individuo es el *locus* de la atención médica. Todos los servicios de salud se estructuraban bajo esa regla, lo que fortalecía la convicción de que salud era un proceso centrado en el individuo y no en el orden social, en la familia o en la comunidad.

El desarrollo de la epidemiología como disciplina teórica y práctica, los avances de la inmunización y de los estudios de prevención, así como la experimentación exitosa de procesos de educación sanitaria en la mejora del cuadro de salud de la población a partir de los años 30 fueron cambiando progresivamente ese concepto.

Incluso así, la evolución de las políticas de educación en salud en los paí-

4. Sobre las particularidades de la formación de los médicos y profesionales de salud en la antigüedad clásica y en la edad media, ver Rosen, G. *Uma História da Saúde Pública*, Ed. Hucitec: San Pablo, 1995.

5. Para mayores detalles sobre la influencia de las ideas de Flexner en la enseñanza de la medicina, ver el libro de Novaes, Humberto M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde. Análise Conceitual e Programas Seleccionados na América Latina*, Ed. Prohasa / Livraria Pioneir e Editora: São Paulo, 1990.

ses desarrollados entre las décadas de 1920 y 1950 estuvo fuertemente marcada por el compás de la propuesta flexneriana. En los años sesenta comienzan a surgir en algunas facultades de medicina los departamentos de medicina comunitaria. Las condiciones reales en que se realizaba la práctica de enseñanza en estos departamentos eran, sin embargo, muy débiles. En general se basaban en convenios con centros de salud rurales o comunitarios, con poca repercusión práctica sobre la formación de los profesionales de salud, dado que la propia realidad de los servicios imponía un concepto individual y hospitalocéntrico de atención médica. Pocas fueron las experiencias exitosas, donde los servicios de salud pasan a reorganizarse a partir de las prácticas discutidas en los departamentos de medicina preventiva.

Por otro lado, los profesionales que adherían a los procesos de medicina comunitaria y preventiva, basados en la atención ambulatoria y en la “liberación” del estudiante de medicina del hospital universitario tradicional eran marginales al sistema de salud vigente. La *main stream* continuaba siendo el dominio de las especialidades y la medicina curativa y hospitalocéntrica. Pocos fueron los casos donde se gestaron modelos alternativos, como ocurrió por ejemplo en Inglaterra, a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1948.

La experiencia británica en el sector salud estuvo siempre marcada por un cierto sentido de caridad laica, para diferenciarla de la experiencia del resto de Europa y de América Latina, donde la Iglesia tuvo un papel esencial en el apoyo de la salud de los más necesitados. Desde la Ley de Pobres en el siglo XVII y su reformulación a mediados del siglo XIX, el modelo inglés destinaba parte de la atención pública de salud a poblaciones de bajo ingreso, lo que traía preocupaciones precoces con las cuestiones relacionadas con la prevención y con la salud de las comunidades.

A comienzos del siglo XX, el Ministerio de Salud británico encomendó a Bertrand Dawson,⁶ del Consejo Consultivo Médico, un informe destinado a tratar del tema de la coordinación de las acciones preventivas y curativas pa-

ra la comunidad inserta en una misma región. Las propuestas de Dawson, sin embargo, fueron mucho más allá. Sus principales puntos pueden ser sintetizados así:

A La organización de los servicios médicos debe estar determinada por las demandas de la comunidad, no solo por razones de eficiencia y costo, sino también para el beneficio de la comunidad y de la profesión médica;

B La medicina preventiva y la curativa no deben estar separadas. El papel del médico pasa por integrar la atención individual con acciones colectivas para la comunidad. La orientación actual de la enseñanza de la medicina priva al estudiante de la experiencia generalista que necesita;

C Los planes de salud tienen que ser accesibles a toda la comunidad y la atención primaria, definida en tamaño y complejidad según las necesidades de cada región. Los pacientes deben ser atendidos, siempre que sea posible, por el mismo médico;

D La atención de la salud debe ser jerarquizada, de modo que centros de complejidad secundaria pueden nuclear áreas de atención primaria. Los hospitales de mayor complejidad incorporarían, a su vez, un conjunto de centros de atención secundaria. Los pacientes, al salir del hospital, deben ser reintegrados al sistema de atención primaria de su comunidad.

El plan Beveridge (1942) y la Ley de Creación del SNS (1948) fueron los mecanismos que adaptaron las ideas de Dawson al modelo inglés de prestación de salud, produciendo reflejos en la misma formación del médico que, en este país, difiere de los conceptos flexnerianos que se generalizaron en la práctica médica en los EE.UU. y en América Latina. Los hospitales ingleses, desde los años setenta, vienen descentralizando la práctica clínica en servicios de atención primaria (consultorios de médicos de familia) y de segundo nivel de atención y el número de generalistas formados siempre fue muy superior que la media americana y latinoamericana. También se debe destacar que la cantidad de médicos a formar está definida a partir de las necesidades proyectadas por el NHS, lo que minimiza problemas existentes en otros países como la *sobre población de médicos*.

6. Una descripción más detallada del Informe Dawson y sus efectos puede encontrarse en Novaes, Humberto M., op. cit. capítulo 3.

La sobre población de médicos

La organización de los equipos de salud es resultado de una serie de factores, entre los que cabe destacar: el marco social, demográfico y epidemiológico de la población; b) las formas de organización de los sistemas de salud, y; c) los mecanismos de acceso de la población a las acciones de salud. Como muchos de esos aspectos envuelven relaciones que son culturales y subjetivas, se hace difícil establecer, para cada país, una relación técnica rígida que determine el número de profesionales por habitante.

Con base a estudios sobre la realidad del mercado de trabajo en salud de muchos países, y en un modelo de salud que privilegiara la atención primaria, la Organización Mundial de la Salud, en los años setenta, definió que la faja tolerable debía ubicarse entre 1 y 2 médicos por mil habitantes.

La realidad, sin embargo, muestra que, desde la postguerra hasta los años noventa, el número de médicos por habitante se duplicó en los países desarrollados y se triplicó en los países en desarrollo, generando en muchos casos un contexto de sobre población de médicos.

La *sobre población* de médicos no debe ser confundida con el contexto de sobreoferta. Al hablar de “sobreoferta” nos estamos refiriendo a una situación donde la oferta de médicos es mayor que la demanda, lo que se refleja en desempleo o subempleo de médicos, llevando a corto o mediano plazo a una situación de ajuste, derivada o de la salida de profesionales del mercado de trabajo o de la reducción del número de personas que ingresan en las facultades de medicina.

La *sobre población* de médicos, sin embargo, se refiere a otro contexto, donde la sobreoferta está acompañada por un crecimiento de la demanda que no corresponde a las necesidades de salud de la respectiva población. En el caso de los médicos, eso es posible por varios factores, entre los que cabe destacar:

A *La capacidad de autorregulación de la profesión médica*, que determina el número de puestos de trabajo, el número de servicios necesarios, etc., sin que la población necesariamente presente una demanda real. Como en

todos los países buena parte de la oferta de salud es hecha por el sector público y los médicos controlan ese sector, el aumento del empleo médico pasa a depender de la forma por la cual se organiza el sector público en la oferta directa o compra de servicios de salud;

B *El corporativismo de la profesión*, que determina la necesidad de generación de nuevas modalidades asistenciales siempre que sea necesario ajustar el ingreso o el empleo de los profesionales. Aunque no sea el único factor, se puede decir que buena parte de los gastos en salud puede ser explicada por el número de médicos existentes en el mercado, por la expectativa de ingreso de esos médicos y por el número de empleos necesarios para atender esas necesidades;

C *La asimetría de información*, dado que difícilmente la población tiene capacidad de discriminar cuánto quiere comprar de servicios profesionales de salud. En un mercado de información asimétrica, donde lo que está en juego es la vida y el bienestar físico y mental de los individuos, termina rigiendo la ley de Say: toda oferta crea su propia demanda.

En los países desarrollados, donde el diagnóstico de sobre población de médicos se hizo presente desde los años setenta, existe una tendencia a la reducción de la formación de médicos y su adecuación a las demandas del país. Esto sucedió en Inglaterra, donde a partir de los años setenta las facultades de medicina pasaron a ofertar plazas en forma adecuada para las demandas del mercado. Incluso en los países donde los servicios de salud y la enseñanza superior son organizados a partir de las necesidades del mercado, como los Estados Unidos, ha habido en los años recientes un ajuste en la oferta de plazas en las facultades de medicina.

En los países en desarrollo, donde las Universidades además de públicas son autónomas, la existencia de diagnósticos de sobreoferta de médicos no inhibe a las facultades de medicina de continuar ofreciendo plazas y formando médicos, creando situaciones que a largo plazo se vuelven insostenibles.

Países como Argentina y Uruguay, por ejemplo, ya presentan hoy 4 a 5 médicos por cada mil habitantes, sin que se hayan tomado medidas de emer-

gencia para adecuar la cantidad de egresos a las necesidades sanitarias de la población. Estos datos están fuertemente correlacionados con los gastos en salud, que llegan a proporciones del 9 al 10% del PBI, respectivamente, habiéndose prácticamente duplicado en los últimos 10 años.

Efectos de la sobre población de médicos en los sistemas de salud

Los problemas resultantes de la *sobre población* de médicos pueden ser evaluados con relación a sus efectos en los sistemas de salud y en el mercado de trabajo médico. Vamos a trabajar en primera instancia con los efectos en los sistemas de salud.

Aumento de los costos

La *sobre población* de médicos se encuentra directamente relacionada con el aumento de los gastos en salud.

El Gráfico 1 muestra la relación entre el gasto en salud como porcentaje del PBI y los médicos por mil habitantes en 24 países. La tendencia muestra que cuanto mayor es la población de médicos mayor el gasto en salud. La presencia de médicos no necesariamente se refleja en una mejora de los indicadores de salud (ver página 98).

Se observa, en el Gráfico 2 (también en página 98), que la relación entre la esperanza de vida al nacer y el número de médicos por mil habitantes no es de interpretación tan fácil como la que se observa entre médicos y gastos en salud. Estos datos sugieren, por lo tanto, que la *sobre población* de médicos tiene mucha más influencia en los gastos en salud que en la mejora de las condiciones de salud de la población. Por otro lado, se debe destacar que la presión de los costos se refleja, fundamentalmente, en el aumento de los gastos relacionados al trabajo, especialmente con la contratación de médicos, ya que el modelo de atención es progresivamente más intensivo en el uso de fuerza de trabajo médica.

Distribución inadecuada del trabajo entre los equipos de salud

Cuando existe *sobre población* de

médicos, se verifica la tendencia a que todos o los principales puestos de comando en la jerarquía de servicios de salud sean ocupados por médicos. Con esto se reduce el papel de los profesionales de enfermería, que son extremadamente importantes en la organización del cuidado médico y en el mantenimiento de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud.

La *sobre población* de médicos en los equipos de salud hace que toda la atención médica pase a estar condicionada por la presencia del médico. Ninguna decisión se toma cuando este no se encuentra en el servicio, aumentando el riesgo de mortalidad en los períodos de ausencia del médico y dificultando la recuperación de los enfermos en los servicios de salud.

Atrofia de los programas de Atención Primaria y Prevención

En tanto los programas de atención primaria y prevención no demandan la presencia del médico en gran escala, tales programas pasan a ser desestimulados, generando sistemas de salud centrados en el hospital y orientados hacia la medicina individual y curativa. Ese es uno de los efectos negativos derivados de la aplicación continua de la perspectiva flexneriana en la formación de recursos humanos en salud.

Especialización excesiva

La tendencia a la *sobre especialización*, heredada de la cultura flexneriana, tiene aún mayor presencia en los contextos de *sobre población* de médicos. Para aumentar sus posibilidades y ventajas comparativas en un mercado de trabajo extremadamente saturado, los médicos pasan a formarse en una o más especialidades.

Los países europeos, como Suiza, Suecia o Estados Unidos, tienen ya alta proporción de especialistas entre sus cuadros médicos (70%, 67% y 65% respectivamente). En países como Inglaterra, Japón o Australia, el porcentaje de especialistas es mucho menor (49%, 43% y 34% respectivamente).

Se encuentran casos extremos de *especialización excesiva* en países como Argentina y Uruguay, donde el porcentaje de especialistas llega al 85% y

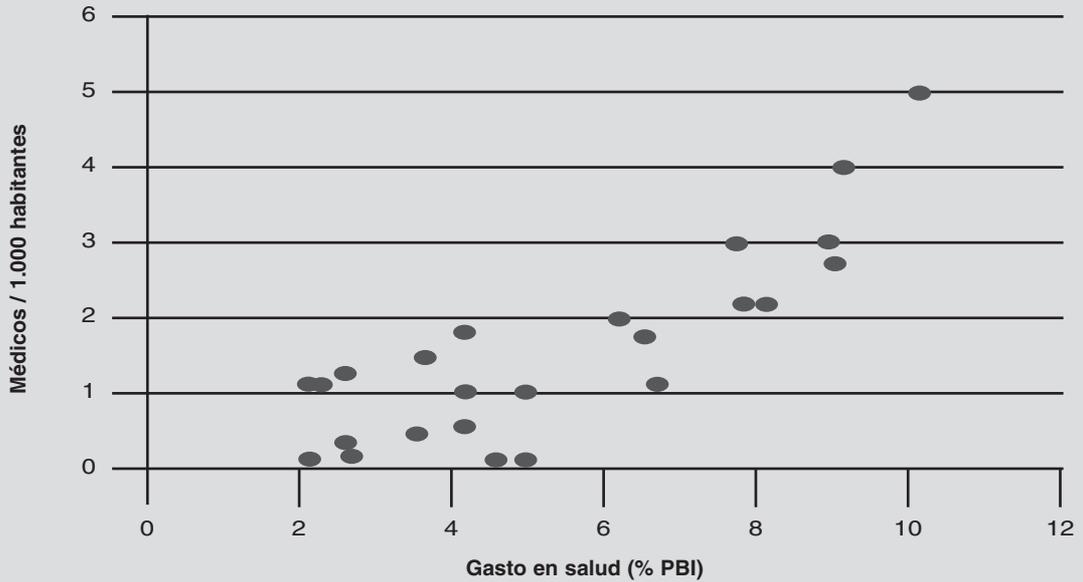
92%. En Uruguay el porcentaje de médicos con dos o más especialidades llega a 48%.

Los efectos de la especialización excesiva pueden ser puestos de manifies-

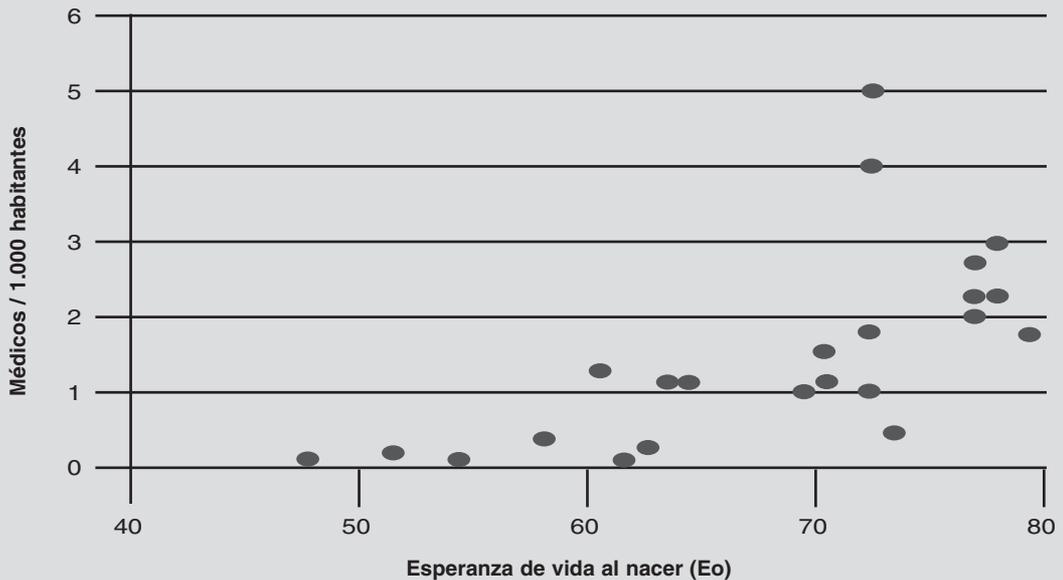
to de una manera muy simple. La escasez de médicos generales puede llevar a una persona con dolor de cabeza a consultar a un neurólogo. Este, después de dos consultas y una batería de exáme-

GRÁFICO N° 1

RELACIÓN ENTRE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES Y GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI



RELACIÓN ENTRE MÉDICOS POR 1.000 HABITANTES Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER (Eo)



nes, podrá afirmar que el dolor de cabeza del paciente no tiene base neurológica, obligándolo a buscar otro especialista y a someterse a un proceso similar. Tal situación se podrá repetir *n* veces hasta que se encuentra la causa y la terapia, que podría basarse en procesos muy simples. En el ínterin, los gastos en exámenes, medicamentos o consultas han sido muy superiores a aquellos que en que podría haberse incurrido en el caso en que el problema se resolviera con un profesional con formación general en el primer nivel de atención.

Consumo elevado de exámenes, medicamentos, insumos y servicios

Se trata de una simple consecuencia del proceso anteriormente descrito. La sobre especialización establece una oferta de servicios que se apoya en el consumo de equipamiento, exámenes, medicamentos y terapias que deben realizarse a través del consumo. Cuando un sistema de salud se estructura sobre la lógica de la sobreoferta de médicos y de la sobre especialización, es difícil revertir la situación a corto plazo, en función de la red de intereses económicos, corporativos y políticos que se establece. Los cambios raramente se producen en el corto plazo y pasan, necesariamente, por una nueva filosofía de formación de recursos humanos.

Sobre población médica y mercado de trabajo médico

Como ya se mencionó, el poder corporativo y de autorregulación de los médicos tiende a minimizar el impacto de la sobre población en la sobreoferta de estos profesionales. Este poder es todavía mayor cuando los sistemas de salud están basados en estructuras públicas dominadas por las corporaciones médicas y donde las instancias formadoras también son organizadas por estos profesionales y mantenidas con recursos públicos.

Mercados más competitivos en términos de formación y organización de los servicios (especialmente cuando esta se hace a través de compradores de servicios como las HMO) minimizan

los efectos del poder corporativo de los médicos, al introducir formas de regulación del trabajo no controladas por estos profesionales. En estos casos, es posible el mantenimiento indefinido de un contexto de sobre población de médicos.

Por el contrario, en el contexto donde la sobre población se mantiene por las razones anteriormente expuestas, se presentan algunas distorsiones del mercado de trabajo, conviniendo señalar:

Multiempleo

El multiempleo médico es una respuesta a la reducción progresiva de los salarios en un contexto de sobre población de médicos. Se transforma, sin embargo, en un comportamiento cultural cuando está sometido a procesos prolongados. En ese caso, la mera recuperación del nivel de salario de los médicos o su aumento no reduce el multiempleo, una vez que la estructura de oferta de los servicios de salud pasa, también, a estar condicionada por su existencia.

Uno de los principales efectos del multiempleo, que consiste en el ejercicio simultáneo de varios empleos por un mismo profesional, es la falta de correspondencia entre horas contratadas de trabajo y horas efectivamente trabajadas. Para mantener los múltiples vínculos profesionales, el médico dedica menos horas de trabajo a algunos de sus empleos —especialmente aquellos en el sector público, donde no hay fiscalización— y los jefes de servicio están de acuerdo con ese comportamiento, dado que muchas veces también lo utilizan como regla para su forma de actuar. En algunas metrópolis de países latinoamericanos es común observar médicos con 5 o más vínculos de trabajo,⁷ como sucede en regiones metropolitanas como San Pablo o Buenos Aires. En algunos casos, la suma de las horas de trabajo contratadas puede superar la suma de las horas disponibles en la misma semana, sugiriendo que Dios debería crear días con más horas o semanas con más días para posibilitar que los médicos paguen sus deudas con sus empleadores y con la población.

Caída de la calidad

Para producir más servicios en menos tiempo, los médicos tienen que sa-

7. Conforme Donnangelo MCF (coord). *Condições do Exercício da Medicina na Área Metropolitana de São Paulo*. Informe de investigación, USP/ Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 1990.

crificar la calidad de los servicios. Este es, sin duda, el principal efecto negativo de la sobre población de médicos. Más médicos significan menos dedicación y menos tiempo de trabajo médico en los servicios de salud. La atención, cuando se presta, se produce de manera estandarizada y poco personalizada, no teniendo en consideración el estado y los antecedentes clínicos del paciente. Para hacer prescripciones más rápidas, el médico dedica menos tiempo a conversar con el paciente y a examinarlo, encargándole una batería de exámenes, medicamentos y procedimientos caros e innecesarios, los cuales pueden crear efectos colaterales que perjudican todavía más la salud del paciente. Se puede decir, como afirmaríala teoría económica neoclásica, que la utilidad marginal del trabajo médico pasa a ser negativa, es decir, más médicos pasa a ser igual a menos salud.

La jerarquía de edad en las oportunidades de los médicos

La sobre población médica lleva a que todos busquen una diferenciación en el mercado a través de la sobreespecialización. Pero incluso postergando su ingreso al mercado de trabajo, después de cursar muchas especialidades, los jóvenes pasan a tener su inserción condicionada a los espacios administrados por las generaciones anteriores. De este modo, se establece toda una jerarquía de edad para las oportunidades. Los médicos jóvenes, aunque competentes, tienen que someterse al ritmo que le es impuesto por los especialistas de mayor edad.

La forma en la cual los grupos de especialistas regulan la profesión también es crucial en el establecimiento de la jerarquía técnica de la misma. En algunos países, los anestesiólogos tienen una posición relevante, en la medida en que ejercen una función intermediaria y sin embargo crucial en toda la actividad quirúrgica, que es la base de sistemas de salud marcados por la sobreespecialización.⁸

El sector público como expulsor de pacientes

La sobre población de médicos, en contextos donde el sector público y el

privado no presentan una regulación adecuada, crea efectos perversos de derivación de pacientes desde el sector público hacia el privado. Muchas veces los médicos mantienen un empleo público (mal remunerado), no para prestar servicios, sino para identificar pacientes que pueden pagar o que pueden ser financiados por el sector público en las clínicas o consultorios privados. La mala remuneración en el sector público, y el hecho que los establecimientos públicos no cuentan con los medios adecuados para las atenciones más simples, crea estímulos para que tanto los pacientes como los médicos lleguen a preferir (por razones diversas) la atención en el sector privado. Los médicos estarán mejor remunerados y los pacientes mejor atendidos. El ideal sería que todos pudieran beneficiarse de este mecanismo, pero su existencia solo es posible por la desigualdad que los sustenta, es decir, parte sustancial de la población no tiene el privilegio de poder ser derivada hacia el sector privado.

En lo que se refiere al consumo de servicios de alta tecnología, en países como Brasil puede ocurrir lo contrario, es decir, el médico deriva al paciente desde el sector privado para ser atendido en el sector público. La doble pertenencia (al sector público y al privado en simultáneo) permite que el mismo médico pueda, a partir de una consulta privada, derivar el paciente del sector privado al público realizar la atención de un diagnóstico de alta tecnología en el sector público. Como los servicios públicos son gratis, el médico puede de este modo reducir los costos de los servicios privados de prepago, al mismo tiempo que crea poder de consumo para esos servicios en los establecimientos públicos, cuyo perfil de demanda (si estuviera referido a la población de menor ingreso) no justificaría la existencia en gran escala de medios sofisticados de diagnóstico y terapia.

Baja calidad de la formación

Como corolario de todo lo ya mencionado, la demanda caótica desorganiza la oferta de médicos, tanto cuantitativa como cualitativamente. El equilibrio de mercado derivado de la sobre población de médicos genera una demanda de profesionales que continúa creciendo en cantidad, en especializa-

8. El libro organizado por Machado ME. *Os Médicos no Brasil: Um Retrato da Realidade*, describe algunos de los arreglos corporativos que están en la base de esta jerarquía de especialidades en Brasil.

ción y en técnicas caras y sofisticadas de tratamiento.

Los docentes de las Facultades de Medicina pasan a ser los magos de ese mercado de especialidades, indicando a los alumnos las oportunidades que les serán más rentables en el futuro e incentivando el uso de técnicas y materiales cada vez más caros. Los currículos van progresivamente abandonando las disciplinas de base sanitaria y epidemiológica e introduciendo una precoz especialización dirigida hacia el mercado. Los conocimientos sobre gerencia de los servicios son sustituidos por los de gerencia de los resultados individuales y los estudiantes son incentivados desde el primer momento a combinar su residencia en un hospital con el servicio en la clínica de un médico que le podrá dar conocimiento y proyección en el futuro.

La caída de la calidad de la enseñanza se refleja, de ese modo, en currículos de medicina que todavía hoy reproducen modelos distorsionados de la concepción flexneriana. Poco se ha hecho para corregir estas distorsiones, a través de estudios curriculares que profundicen los determinantes de las condiciones de salud y las formas por las cuales el sector se estructura para darles respuesta. En tanto los problemas de salud exigen soluciones cada vez más colectivas, interdisciplinarias e integradoras, los currículos de medicina continúan cada vez más focalizados en los individuos y en las soluciones técnicas a la misma medicina.

La disociación entre los Ministerios de Salud y las Facultades de Medicina contribuye igualmente a agravar estos problemas. Los Ministerios de Salud pasan a preocuparse más por financiar los costos crecientes de la medicina especializada, tanto en los hospitales públicos como en los privados, que por promover medidas colectivas que puedan estimular comportamientos saludables por parte de los individuos y las empresas.

En países como Uruguay y Argentina, donde las facultades públicas de medicina, además de gratuitas, no tienen barreras al ingreso, pudiendo cualquier persona inscribirse y tener derecho a una plaza, la caída de la calidad de enseñanza comienza desde temprano. Sin ser evaluados adecuadamente,

los alumnos quedan entre ocho y once años en la Universidad, insertándose, posteriormente, en puestos de trabajo que deberían estar siendo ocupados por auxiliares o técnicos de nivel medio.

Incluso estando mal formados y mal evaluados en la Universidad, los estudiantes no reciben una adecuada evaluación de la calidad de su formación, sea en las pasantías o residencias, sea en los primeros empleos públicos que van a ocupar. Todo ese ciclo de mala formación es también apoyado y consagrado por una población que solamente ahora comienza a despertar en cuanto a sus derechos como consumidores y ciudadanos.

Tendencias de la formación de recursos humanos en salud

Muchos países, especialmente en el primer mundo, vienen estableciendo estándares para resolver los problemas derivados de la sobre población de médicos. Es necesario, ante todo, tener en cuenta que tales problemas no se resuelven de la noche a la mañana, en tanto comprometen cambios culturales, de comportamiento e institucionales por parte de los médicos, los proveedores de servicios, la población y el Gobierno.

Sin embargo, el primer paso sería dar respuesta a tres interrogantes: a) ¿Cuáles son las necesidades de salud de la población? b) ¿Qué modelo organizado de los servicios atendería mejor esas necesidades? c) ¿Qué perfil cuantitativo y cualitativo de los equipos de salud sería adecuado para poner en práctica el modelo elegido?

Basándose en las respuestas a estas preguntas, el Gobierno y la Universidad deberían establecer normas de política e incentivos económicos para que a mediano plazo pudieran estar redefinidos los contenidos curriculares de las profesiones de salud y se produjera una readecuación de la cantidad de egresos de medicina y otras carreras de salud.

Módulos básicos y "terminalidad"⁹

Una solución que viene siendo desarrollada en algunos países consiste en la creación de un curso básico de dos años que formaría parte del currículo de cualquier profesional de salud, antes

9. El término "terminalidad" utilizado en este artículo significa los últimos años de un curso superior de salud, en los cuales se definirá la carrera profesional del estudiante.

de que se eligiera una terminalidad. Cursados esos dos años, el alumno podría elegir qué terminalidad haría: medicina, enfermería, odontología, farmacia o un curso en una especialidad corta que les garantizara un diploma postsecundario no universitario. En este caso, las ofertas de cada terminalidad podrían ser reguladas según las necesidades definidas por el Gobierno.

Sistemas de certificación profesional

Muchos países han adoptado la posición de certificar a los médicos y otros profesionales de salud ya formados, es decir, crear criterios mínimos de conocimientos teóricos y habilidades prácticas para cada modalidad profesional, que garantizarían el ejercicio de la profesión según los requisitos de calidad y excelencia de la formación. Los que no fueran aprobados no tendrían el derecho de ejercer la profesión y deberán cursar módulos teóricos y prácticos de adecuación hasta que vuelvan a encontrarse en condiciones de prestar atención y aprobar un examen público general.

En los Estados Unidos, donde la reglamentación del ejercicio profesional se hace al nivel de los estados, existe en algunos de ellos un número fijo de plazas para el registro de médicos, asociadas a una prueba que permite tener ingreso a una residencia en diferentes instituciones médicas acreditadas por el Estado. Así se resuelve de una vez el problema de la certificación con el de la limitación de la oferta de plazas.

Recertificación profesional

El conocimiento técnico científico en salud avanza muy rápidamente, haciendo que en poco tiempo los conocimientos prácticos manipulados por un profesional queden desactualizados. En ese sentido, se recomienda que los profesionales de salud pasen periódicamente por exámenes teóricos y prácticos de recertificación, permitiendo a los no aprobados la posibilidad de cursar alguna complementación curricular de actualización.

Acreditación de instituciones formadoras

El proceso de certificación permite saber qué instituciones de formación de

profesionales de salud están en mejor o peor situación de colocar sus egresos en condiciones deseables, desde el punto de vista de la calidad, en el mercado de trabajo. Es natural que las instituciones que no estuvieran capacitadas para aprobar un número razonable de estudiantes en los exámenes de certificación deban ser no acreditadas para el mercado de trabajo.

Para evitar, sin embargo, que este proceso sea demasiado doloroso, podría crearse un sistema de *mentoring* donde una institución (nacional o internacional) de calidad reconocida proporcionaría la consultoría necesaria para que en poco tiempo la institución volviera a ser acreditada en el mercado de trabajo, pudiendo aprobar sus alumnos en los exámenes de certificación.

Certificación obligatoria o voluntaria

No es necesario que tanto los procesos de certificación profesional como de acreditación de instituciones formadoras sean monopolios del Estado, siendo suficiente que estén organizados, con el apoyo público, por instituciones privadas reconocidas y consagradas. Se puede pensar, también, en mecanismos no obligatorios para que los individuos acepten el proceso de certificación o acreditación. En este caso, el Estado estimularía que instituciones públicas o privadas no solamente contrataran profesionales que fueran certificados, dejando claro para el consumidor que las instituciones que solo aceptan profesionales certificados son de mejor calidad. Este proceso, sin embargo, funcionaría mejor donde el sistema de servicios de salud estuviera organizado por la demanda (libertad de elección de los individuos) y no por la oferta (obligatoriedad de afiliación de los consumidores a uno o más proveedores).

Enseñanza paga

Es obvio que sistemas de enseñanza superior de libre ingreso (sin concurso) y gratuitos no tienen frenos para la demanda. Por lo tanto, una de las formas básicas para frenar la sobre población de médicos en países como la Argentina, Uruguay, sería: a) o bien establecer un examen de ingreso definiendo el número

ro de plazas a ser cubiertas, o b) cobrar por los cursos, o c) ambas opciones.

Estas propuestas, sin embargo, son políticamente difíciles de aprobar en países con fuerte tradición populista en la gestión de las políticas públicas. El populismo, además de ser una forma de supervivencia política, es legitimado por la población como “justicia social”. En ese sentido, las posibilidades de introducir cambios son siempre remotas.

De cualquier forma, el uso de la enseñanza paga solamente sería justo si se combina con la determinación de plazas, mecanismos de selección de candidatos y becas de ayuda para aquellos que, habiendo aprobado los exámenes de admisión a los cursos no tienen medios financieros para sustentar sus estudios.

En el caso de los cursos de postgraduación en especialidades, se podría introducir criterios selectivos de cobro, de modo de incentivar a través de la gratuidad las modalidades más necesarias e implementar cobros progresivos en las especialidades menos necesarias. El criterio de necesidad, en este caso, sería el marco epidemiológico de la población frente a la oferta de profesionales en la especialidad.

Incentivos del lado de la demanda

Aunque exista mucho por hacer en el lado de la oferta, es por el lado de la demanda que se podrían corregir las grandes distorsiones existentes en el mercado de trabajo médico. Podemos pensar diferentes formas, tales como: a) incentivo económico (mejores salarios) a las profesiones más necesarias en las instituciones públicas, a través de mejores salarios para médicos generalistas, enfermeras y otros profesionales orientados hacia las actividades ambulatorias y la prevención; b) la promoción de empleos en salud en tiempo integral y el desestímulo a los empleos parciales; c) el aumento de los impuestos pagados por los profesionales médicos con más de un empleo o con especialidades sobreofertadas, etc.

El futuro de los hospitales universitarios

Una vez que el modelo de enseñanza médica marcado por la especializa-

ción excesiva, introducido por la medicina flexneriana, se encuentra en declinación por razones sociales y económicas, ¿cuál debería ser el rumbo tomado por la educación en salud en los próximos años? Cualquiera sea el camino futuro, pasa por la redefinición del papel de los hospitales universitarios.

Dado que la resolutiveidad en salud responde a una práctica cada vez más interdisciplinaria, focalizada en la prevención y basada en procesos más costo-efectivos de intervención médica, los hospitales universitarios representan hoy solo uno más de los lugares donde se podría complementar el proceso educacional en salud. La educación médica deja de ser progresivamente hospitalaria y pasa cada vez más por los ambulatorios, por la integración con la comunidad, por los consultorios de médicos de familia y por la atención focalizada en el *home care*.

Sin embargo, muchos países tienen todavía macro-hospitales universitarios contruidos hace algunas décadas, basados en modelos flexnerianos de atención médica. Estos hospitales se integran en escasa medida con la comunidad en la que se insertan, dado que están más orientados hacia los intereses de los profesionales en investigar y enseñar. El aislamiento de estos hospitales de la realidad del sector salud hace, por otro lado, que se distancien progresivamente de las necesidades asistenciales de la población, volviéndose poco útiles en la atención a la comunidad.

Estructuras sobredimensionadas, dependencia del sector público, estabilidad del empleo para médicos y funcionarios y costos crecientes de mantenimiento hacen que muchos hospitales universitarios sufran un fuerte deterioro en la capacidad y en la calidad de la atención. Con esto, en lugar de ser instituciones de excelencia, terminan siendo los peores lugares para enseñar y aprender buenos hábitos y procedimientos de práctica clínica y gerencial del sector salud.

Desmovilizar o redireccionar la acción de estos hospitales, a su vez, es un proceso complicado, dado que buena parte de ellos pertenece a universidades públicas, con autonomía presupuestaria, dirigidas por los intereses de la corporación universitaria y poco sensibles a las demandas sociales. Así, existe un

gran trabajo de *marketing* social por hacer, en el sentido de desmovilizar los grupos que dirigen los hospitales universitarios en función de intereses distantes de su función básica.

Sin embargo, una vez rotas esas barreras políticas, corporativas o institucionales, algunos principios deberían orientar la acción de los hospitales universitarios en la actualidad:

A Hacer que las necesidades de atención médica de una determinada comunidad sean el hilo conductor de la estructura, organización y funcionamiento del hospital. Las actividades de enseñanza e investigación, aunque importantes, necesitan estar subordinadas a los problemas planteados en la comunidad donde el hospital se inserta;

B Hacer que el Hospital sea el centro o el núcleo de una red de servicios jerarquizados, con referencia y contra-referencia, y que toda la red de servicios sirva para la práctica docente y no solamente el hospital. Con esto, las actividades académicas (enseñanza e investigación) se desarrollarán en todos los ámbitos de atención y prevención de la referida red de servicios, sobre bases acopladas con la realidad;

C La dimensión física y las instalaciones del hospital deben ser reestructuradas de acuerdo con las necesidades asistenciales verificadas. Hospitales sobredimensionados generan capacidad ociosa, tienen elevados costos de mantenimiento y terminan por inviabilizar la supervivencia administrativa o financiera de las partes del Hospital que funcionan.

D El modelo de gestión deberá buscar la autonomía gerencial, administrativa, financiera y presupuestaria de toda la red de salud. La idea es que el hospital y su entorno sean no solo un modelo en términos de *best practices* en medicina, sino también una escuela de *best practices* en gestión de salud. Por lo tanto, la administración de la red debe basarse en innovaciones gerenciales que garanticen formas resolutivas, equitativas y sustentables de funcionamiento. Una red de salud tiene que aprender a sobrevivir en una ecuación financiera que permita minimizar la dependencia del presupuesto público sin dejar de atender los grupos sociales que necesitan apoyo para resolver sus problemas de salud. Recuperar costos de

los que pueden pagar para subsidiar las acciones de los que no tienen recursos no debe ser solamente deseable, sino uno de los principios básicos de la gerencia en salud.

E Las Facultades de Medicina no deberían basarse en un modelo único de hospital o red universitaria. Por el contrario, deberían identificar todas las instituciones o redes de enseñanza (públicas o privadas) elegibles para la integración docente-asistencial. Podrían establecer parámetros mínimos de calidad para la acreditación de estas instituciones e incentivos económicos para las redes que decidieran incorporar las funciones de enseñanza e investigación. Así se podría minimizar la dependencia (en algunos países donde la educación en salud es un monopolio u oligopolio público) de pocas instituciones de enseñanza en salud y crear una competencia saludable que comprometiera no solamente el lado asistencial de las redes de provisión de servicios (como ocurre con las HMO), sino todos los ángulos de la problemática de salud.

F Las redes de integración docente-asistencial deberían ser el *locus* para la formación, no sólo de médicos sino de todos los profesionales de salud, que actuarían en forma integrada en un mismo proceso de servicio y formación profesional. Esto requiere que la integración de la enseñanza en salud no sea solamente entre las redes de salud y las facultades de medicina, sino en todos los campos de conocimiento biomédico y tecnológico (ingeniería de equipamiento médico, informática médica y de ciencias humanas, administración y economía de la salud) que puedan aplicarse.

G Finalmente, los actuales hospitales universitarios, una vez que disponen en muchos casos de instalaciones privilegiadas, podrían dedicarse también a la tarea de mantener núcleos de especialización terciaria y cuaternaria de referencia nacional y centros de investigación de nuevas tecnologías, pudiendo mantener especialistas *full time* en estas áreas. Esta podría ser alguna función especial de algunos de los centros universitarios de salud creados en el pasado, aunque tales funciones puedan ser ejercidas por otros centros o instituciones, como HMOs y empresas médicas.

Consideraciones finales

Los cambios del sector salud en este fin de siglo y los desafíos que todavía deben enfrentarse traen la necesidad de nuevas políticas de recursos humanos en salud. La experiencia reciente muestra que el exceso de médicos no resuelve los problemas de salud, pudiendo incluso agravarlos. Por otro lado, el redescubrimiento de la prevención y la utilización creciente de procedimientos ambulatorios para mejorar el cuadro de salud y racionalizar costos y procedimientos, incorpora la necesidad de aumentar el alcance de la interdisciplinariedad en salud.

Sin embargo, como el sector salud todavía se mantiene como un área donde existe fuerte asimetría de información entre proveedores y consumidores, terminan por prevalecer distorsiones que enmascaran el problema de la sobreoferta de médicos, convirtiéndolo, aparentemente, en un problema de la sobrepoblación de estos profesionales. El corporativismo, la asimetría de información y la fusión entre las fun-

ciones de regulación y provisión de servicios públicos de salud induce a la clase médica a adecuar la demanda a la oferta de los profesionales y servicios que desea.

Para resolver estos problemas, el papel del Estado debería ser promover, a través de una política de incentivos, un adecuado comportamiento de los proveedores para demandar los tipos de profesional adecuados al perfil de necesidades de salud de la población. Al explicitar las necesidades de recursos humanos desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo y crear incentivos económicos para un adecuado comportamiento de los proveedores, se estaría conformando el papel que deberían asumir las instancias de formación. Con ello, tanto las universidades como las redes de enseñanza en salud redefinirían su estructura y su funcionamiento frente a un nuevo cuadro de necesidades que tendría como base la demanda real por servicios y no aquella inducida por la oferta, como sucede en nuestros días.