



Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas

Oswaldo Artaza¹, Javier Santacruz², Jacques Girard³, Daniela Alvarez⁴, Soledad Barría⁵, Carolina Tetelboin⁶, Fernando Tomasina⁷, Arnaldo Medina⁸

Forma de citar

Artaza O, Santacruz J, Girard JE, Alvarez D, Barria S, Tetelboin C, et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>

RESUMEN

El desafío de avanzar hacia la materialización del derecho a la salud para todos a través de la estrategia para el acceso y la cobertura universal de salud (salud universal) requiere de múltiples condiciones y acciones. Una de ellas es contar con trabajadores de la salud suficientes, bien distribuidos y con las competencias y motivación que hagan posible la transformación de los servicios de salud y proporcionen respuestas integrales y de calidad a las personas y sus comunidades. Este artículo, producto del diálogo de académicos de diversos centros universitarios de las Américas, reflexiona y enfatiza cuatro dimensiones esenciales: la planificación, la formación interprofesional, la misión o responsabilidad social de los centros formadores y el uso de modelos de docencia-servicio-investigación. Estas dimensiones deben ser atendidas para una formación integral de profesionales de salud que contribuyan a hacer factible la salud universal.

Palabras claves

Fuerza laboral en salud; desarrollo de personal; cobertura universal de salud; educación interprofesional; responsabilidad social; universidades; Américas.

Los trabajadores de la salud, junto a las personas y sus comunidades, son indispensables para transformar los sistemas de salud y desarrollar las redes integradas de servicios de salud (RISS) basadas en la estrategia de la atención primaria de la salud (APS) y el logro de la salud universal. Para ello, es necesario que su formación, disponibilidad y distribución estén concebidas para organizar y prestar respuestas integrales, eficaces, eficientes, seguras y de calidad para responder integralmente a las necesidades de salud y bienestar de las personas y sus comunidades. Estos desafíos requieren desde el punto de vista académico la formación de personal con los conocimientos, competencias y nuevas habilidades que les permitan realizar prácticas efectivas en el campo de los determinantes sociales

de la salud y para trabajar con la diversidad y complejidad del trabajo territorial y la acción comunitaria.

Las universidades de América Latina son reflejo de la realidad social y en la mayoría de los países se desempeñan en el contexto de políticas neoliberales y de democracias débiles e incompletas, donde las profundas inequidades y la determinación social de la salud explican gran parte de las desigualdades sanitarias y donde el derecho a la salud todavía es más una declaración que una realidad cotidiana. Esto se debe a la desigualdad social y a la persistencia de sistemas de salud desarticulados, fragmentados, segmentados y mercantilizados, con debilidades de rectoría y gobernanza y con importantes brechas de personal sanitario respecto de su cantidad, distribución y competencias.

¹ Universidad de las Américas, Santiago de Chile, Chile ✉ Oswaldo Artaza, oartaza@udla.cl

² Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

³ Universidad Laval, Quebec, Canadá

⁴ Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, Argentina

⁵ Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

⁶ Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, México

⁷ Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Estos sistemas privilegian el paradigma biomédico en lugar del trabajo en la comunidad, así como los medios para su retención, desarrollo y justa remuneración.

En el ámbito de los trabajadores de la salud, para reducir las desigualdades y lograr las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se han acordado algunos marcos de acción a nivel mundial y regional. En 2015 la Organización de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 70/220 (1) sobre “Desarrollo de Recursos Humanos”; en 2016 la Organización Mundial de la Salud (2) aprobó la “Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030”; y en 2019 se aprobó la Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud, que reconoce la necesidad de solucionar la escasez y distribución desigual de trabajadores de salud (3). En la Región de las Américas, en 2018 la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) formuló el Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023 (4) y la Declaración sobre Salud Universal en el Siglo XXI a 40 años de Alma-Ata (5).

Si bien estas resoluciones, planes y estrategias son producto del consenso de las naciones para mejorar la formación de personal sanitario, para implementarlos es necesario que en cada país se articulen acciones entre los sectores de educación, salud y trabajo, de modo que las transformaciones hacia la salud universal que se requieren en el ámbito de la formación sean sinérgicas con las necesidades del mercado laboral y los modelos de atención. En el diseño de dichos cambios las universidades—especialmente las públicas— tienen la responsabilidad social de influir significativamente.

En el marco de orientar la formación profesional hacia las necesidades sociales, epidemiológicas y demográficas de los países y el derecho a la salud, este artículo propone enfatizar cuatro acciones estratégicas: la planificación, la formación interprofesional, la responsabilidad social de los centros formadores y el uso de modelos de docencia-servicio-investigación más eficaces. Estas acciones deben ser desarrolladas conjuntamente por los sectores de educación y salud para satisfacer las necesidades de recursos humanos en salud (RHUS) requeridas por las estrategias enfocadas en la salud universal.

PLANIFICACIÓN RACIONAL DEL PERSONAL SANITARIO

En la Región de las Américas, las instituciones educativas habitualmente no llevan a cabo una planificación de mediano y largo plazo, entre otras razones por el debilitamiento del papel del Estado y de la educación pública y por la presión que constantemente ejercen sobre ellas las lógicas de mercado y del modelo biomédico hegemónico. En consecuencia, la formación trata de responder a esa presión más que a satisfacer las necesidades sociales de salud. La escasa planificación se refleja en la desigual disponibilidad de médicos y enfermeras entre los países de la Región y dentro de cada uno de ellos, que contrasta con las necesidades sanitarias de la población y acentúa las inequidades de salud en perjuicio de los más necesitados (6, 7). Mientras algunos países tienen entre 3 y 8 médicos por 1000 habitantes (Argentina, Costa Rica, Cuba, Puerto Rico y Uruguay), otros tienen menos de un médico por 1000 habitantes (Belice, Haití, Honduras, Nicaragua y Perú). A ello hay que agregar los marcados desequilibrios entre el

personal médico y de enfermería, así como la insuficiente formación de profesionales especialistas en salud familiar y comunitaria.

Para avanzar hacia la salud universal es necesario reducir estas desigualdades, y para ello se requieren—además de las definiciones políticas, financieras y de los modelos de atención— análisis detallados sobre la disponibilidad y distribución del personal sanitario en cada país. También se requiere usar métodos prospectivos que incorporen el comportamiento a largo plazo de variables que afectan la oferta y demanda de los diferentes tipos de personal para una planificación estratégica y racional, que la autoridad sanitaria debe realizar dialógicamente con las personas y sus comunidades. En algunos países de la Región de las Américas se han utilizado metodologías prospectivas y es recomendable que estas sean recuperadas y analizadas para una planificación estratégica basada en la evidencia, tarea en la cual las universidades tienen mucho que aportar (8).

EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL PARA INSTRUMENTAR

La salud tiene diversas dimensiones y la determinación social de la salud ha ampliado las posibilidades del abordaje integral de la salud (9). Por ello, la atención integral de la salud requiere de una educación interprofesional (EIP) como estrategia para conseguirla. Desde el punto de vista conceptual, la EIP parte del supuesto de que la colaboración entre estudiantes de diversas disciplinas produce aprendizajes significativos que se traducirán más tarde en un trabajo colaborativo, en equipo, efectivo, económico y de mayor calidad (10). Además, la EIP propicia sinergias cognitivas y técnicas, facilita la integración de diversas cosmovisiones y el desarrollo de competencias y valores para abogar por el derecho a la salud y propiciar el empoderamiento en salud de las personas, familias y comunidades, por lo que es una estrategia útil para lograr la salud universal y la reducción de inequidades.

La experiencia internacional muestra que la EIP es particularmente útil para hacer frente a la carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles y para mejorar la atención quirúrgica, la atención domiciliar de pacientes y la seguridad del paciente; la simulación clínica puede facilitar el aprendizaje en equipo (11, 12). En América Latina se cuenta con una Red Regional de Educación Interprofesional que ha impulsado proyectos en el Cono Sur, así como valiosas experiencias en el área de la medicina social y la salud colectiva. Es necesario, sin embargo, que más universidades incorporen el enfoque de EIP, y realicen proyectos asistenciales e investigación educativa para contribuir a su desarrollo.

MISIÓN SOCIAL EXPLÍCITA DE LAS INSTITUCIONES ACADÉMICAS

Desde que Charles Boelen publicó en 1995 la misión social a través del concepto de responsabilidad social de la educación médica, inclusive la forma de medirla, se ha recorrido un largo camino. Esta propuesta fue ratificada en 2010 por el Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina, con 10 directivas estratégicas (13, 14).

Se trata esencialmente de que las escuelas de ciencias de la salud lleven a cabo su práctica docente, de investigación y

servicio en función de las necesidades prioritarias de salud de la población y que estas sean identificadas en conjunto con ellas. Ello implica que las escuelas sean sensibles a las necesidades sanitarias de la población, se involucren con ella, desarrollen proyectos docente-asistenciales en la comunidad, formen personal proveniente de los grupos de mayor rezago social para contribuir a su desarrollo y participen activamente en reducir las inequidades en salud. Bajo estos principios, las escuelas que se desempeñan con responsabilidad social contribuyen a la salud universal.

Esta iniciativa global fue incorporada por la Organización Panamericana de la Salud en su plan de trabajo, y en septiembre de 2014 se llevó a cabo una reunión en Manaos, Brasil, donde se presentaron experiencias de escuelas de medicina de los Estados Unidos y de Sudamérica (15). A este esfuerzo para socializar los conocimientos se ha sumado la Asociación Latinoamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (ALAFEM), que en su XXIII Conferencia Anual realizada en Perú en 2019 puso este tema en el centro del debate.

La sociedad ha cambiado y está demandando que los profesionales también cambien. Algunos opinan que la medicina y la práctica médica del siglo XXI deberán ser moderadas, prudentes, asequibles y económicamente sostenibles (16). Se deberán centrar en la persona, en toda su integralidad, antes que en la enfermedad, y respetar los principios bioéticos que la rigen, de beneficencia, no maleficencia y autonomía.

Las universidades que se desempeñan con responsabilidad social contribuyen a lograr impacto en los principales problemas de la sociedad, por lo que las escuelas de ciencias de la salud deben superar el enfoque de Flexner así como los aprendizajes y prácticas parcelares e incorporar nuevas facetas y dimensiones de trabajo (17).

En la actualidad, una corriente de pensamiento de salud social y colectiva se ha extendido a los dominios de la formación, la investigación y la acción social desde su categoría clave, la determinación social, en toda la Región. Dicha corriente está contribuyendo a entender los límites, alcances y potencialidades de la salud, así como sus procesos y los diversos actores sociales involucrados en las condiciones de sociedades estructuralmente desiguales, y a esbozar propuestas de cambio.

MODELOS EMERGENTES PARA CAPACITAR NUEVOS PERFILES PROFESIONALES

Es evidente que diseñar planes de estudio basados en paradigmas educativos como los descritos implica un esfuerzo de anticipación para las escuelas de ciencias de la salud. Estas deben identificar claramente los eventos portadores de futuro, que se trasladarán prospectivamente en el tiempo y determinarán cambios en los sistemas de salud, los patrones de morbilidad y la práctica profesional. Por ello, las instituciones académicas deben responder a las necesidades y desafíos vigentes de salud y anticiparse al futuro, reorientando sus prácticas en función de los requerimientos de formación, investigación y atención que la comunidad requiere.

Formar profesionales implica, sobre todo, formar personas íntegras y ello no es posible si se continúan reproduciendo élites y paradigmas existentes. Para propiciar el cambio se deben reconocer e integrar a diversos grupos —especialmente aquellos excluidos—, involucrar a socios y ejercer un liderazgo transversal, plural y amplio. La educación profesional debe

formar personas respetuosas de la diversidad, comprensivas de los determinismos sociales de la salud y de los aspectos de género e interculturalidad, y dispuestas a romper con miradas reduccionistas.

Los nuevos modelos pedagógicos deben considerar los nuevos escenarios sanitarios y deben desarrollar competencias profesionales que contribuyan a ejercer la profesión sanitaria de manera comprometida con las necesidades sociales. Esto será posible en la medida que se incorporen a dichos modelos la educación interprofesional y la responsabilidad social, además de la excelencia académica.

Sin embargo, será difícil abandonar el modelo biomédico si en los hospitales se continúa formando profesionales esencialmente para la enfermedad y no para la construcción social de la salud. Será fundamental que la mayor parte de la formación se enfoque en el primer nivel de atención, donde los profesionales puedan aprender conocimientos y desarrollar habilidades, especialmente en el área social, para trabajar territorialmente con las personas y sus comunidades. Es indispensable transmitir a los profesionales, desde el pregrado, elementos, herramientas y competencias que les permitan conocer y acercarse a las comunidades. Las innovaciones pedagógicas inducidas por una formación orientada a las competencias puede ser un terreno que permita innovar no sólo respecto al lugar en que se entregan los conocimientos —idealmente el ámbito ambulatorio— sino también respecto de las capacidades para realizar trabajo comunitario participativo y aplicar modelos de investigación y acción participativas, superando las actuales limitaciones para la promoción de la salud (18).

Afortunadamente, existen experiencias que se apartan de los modelos tradicionales de formación y son contrahegemónicas (19, 20), que se basan en modelos curriculares que propician el tránsito horizontal entre las carreras de la salud y de las ciencias sociales y que contienen ciclos comunes, así como de práctica comunitaria, rompiendo así con modelos de currículos tubulares inconexos que poco aportan a la mirada interdisciplinar y al trabajo en equipo.

CONCLUSIONES

La formación y el desarrollo del personal sanitario como agente de cambio para transformar los sistemas de salud hacia la salud universal representan, sin duda, un gran desafío. En ese sentido es necesario que las universidades, renovando su compromiso con la sociedad, contribuyan también desde una dimensión sociopolítica y en forma participativa a la transformación social para “construir la salud”, y desde una dimensión técnico-formativa a cambiar las prácticas tradicionales y promover la educación interprofesional, lo que obliga a utilizar nuevos paradigmas educativos para la formación integral de los profesionales de salud que requiere el siglo XXI.

Hemos tratado de destacar cuatro elementos que se consideran fundamentales para avanzar hacia una educación más integral, racional y con compromiso social. Por último, es importante destacar que debemos contribuir a la lucha contra las inequidades para lograr la salud de nuestras poblaciones. Actuar frente a los determinantes sociales en cada realidad debiera estar en la base de la acción y, por tanto, en la formación del personal de salud para que contribuya a “construir salud” con sus comunidades.

Contribución de los autores. Trabajo colectivo y cooperativo interfacultades. Todos los autores contribuyeron equitativamente con la redacción y la revisión del texto y prestaron su aprobación final al manuscrito.

Financiación. Ninguna.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Naciones Unidas. Asamblea General 22 de diciembre de 2015. Nueva York: Naciones Unidas; 2015. A/Res/70/220. Desarrollo de Recursos Humanos. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/RES/70/220> Consultado 12 de octubre de 2019.
- World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. WHO Geneva, 2016
- World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care. Astaná, Kazakstán. 25-26 October 2018.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Washington, DC: OPS. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49716/CD56-R5-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y&ua=1> Consultado el 12 de octubre de 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, DC: OPS; 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50960> Consultado 13 de octubre de 2019.
- Fajardo DG, Santacruz VJ, Contrera TIF, Yorio MNA, Pichs GLA, Zambrana AGW, y cols. Formación de médicos generales en América Latina. Un reto para la salud universal. *Rev Panam Salud Pública.* 2019; 43:e83
- De Bartoli CSH, Hoyos MC, Carbalho BMF, Sives K, Menezes da SFA. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 2018; 42:e72
- Fajardo DG, Santacruz VJ y Lavalle MC. La formación de médicos especialistas en México. Academia Nacional de Medicina, 2015. México.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas 2012. Capítulo 2. Determinantes e inequidades en salud. Washington D.C.: OPS; 2012.
- Birk TJ. Principles for developing an interprofessional education curriculum in a health care program. *J Health Commun.* 2017;2 (1):1-4
- Szafran O, Kennet SL, Bell NR, Torti JMI. Interprofessional collaboration in diabetes care: perception of family physicians practicing in or not in a primary health care team. *BMC FamPract.* 2019;20:44
- Shah A, Mai CL, Shah R, Levine AI. Simulation based education and team training. *Otolaryngol Clin North Am.* 2019;52(6):995-1003.
- World Health Organization. Boelen, Charles, Heck, Jeffery E & World Health Organization. Division of Development of Human Resources for Health. Defining and measuring the social accountability of medical schools. 1995. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441> Consultado el 14 de octubre de 2019.
- Global Consensus on Social Accountability. Consenso global sobre la responsabilidad social de las facultades de medicina; 2010. Disponible en: [file:///C:/Users/user/Downloads/Social_Accountability_ESPANOL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Social_Accountability_ESPANOL%20(1).pdf) Consultado el 21 de octubre de 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud. Memoria de la Reunión de Manaos, Brasil, 10-12 de septiembre de 2014.
- Fundación Educación Médica. Aprender a ser médico. Responsabilidad social compartida. 2012. España. Disponible en: https://www.educacionmedica.net/sec/serMedico_2013_castellano.pdf Consultado el 21 de octubre 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Ideas principales de la Conferencia Beyond Flexner: Misión Social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma. 15 a 17 de mayo de 2012. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/ideas_princ_beyond_flexner.pdf Consultado el 21 de octubre 2019.
- Peixoto MT, Jesus WLA, Carvalho RC, Assis MMA. Formación médica en la Atención Primaria de la Salud: experiencia con múltiples abordajes en las prácticas de integración enseñanza, servicio y comunidad. *Interface (Botucatu).* 2019; 23(Supl. 1):e170794. <https://doi.org/10.1590/Interface.170794>
- Castro Roberto. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales. *Ciênc. Saúde coletiva [Internet].* 2003;8(1):47-62. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995005.pdf> Consultado el 22 de octubre 2019.
- Kaufman A, Dickinson WP, Fagnan LJ, Duffy FD, Parchman ML, Rhyne RL. The role of health extension in practice transformation and community health improvement. *Ann Fam Med.* 2019;17 (1):567-72.

Manuscrito recibido el 23 de diciembre de 2019. Aceptado para publicación, tras revisión, el 11 de junio de 2020.

Training of human resources for universal health: strategic actions from academic institutions

ABSTRACT

The challenge of moving towards the right to health for all —through the strategies for universal access to health and universal health coverage (universal health)— requires multiple conditions and actions. One of them is to have sufficient health workers, well distributed and with the skills and motivation needed for the transformation of health services and to provide comprehensive and quality responses to people and their communities. This article presents the results of a dialogue between academics from universities in the Americas, and reflects on four essential dimensions: planning, interprofessional training, social responsibility of academic centers, and the use of models of teaching-service-research. These dimensions are fundamental for a comprehensive training of health professionals that contributes to universal health coverage.

Keywords

Health workforce; staff development; universal health coverage; interprofessional education; social responsibility; universities; Americas.
