



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

FM Facultad de
Medicina



PRIMERA Conferencia Nacional

SOBRE MODELO DE ATENCIÓN
Y FORMACIÓN DE
PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD
EN COSTA RICA

INFORME FINAL

27 Y 28
DE ABRIL
2015

Mario Piedra González
Arlyne Solano González
Sergio Solano Rojas
Luis Bernardo Villalobos Solano

Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica:

INFORME FINAL



P R I M E R A Conferencia Nacional

SOBRE MODELO DE ATENCIÓN
Y FORMACIÓN DE
PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD
EN COSTA RICA

Editado por la Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina

San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica

2015

Compiladores

Mario Piedra González / Arlyne Solano González / Sergio Solano Rojas / Luis Bernardo Villalobos

610.711.728.6

U58p Universidad de Costa Rica. Facultad de Medicina
Primera Conferencia Nacional sobre modelo de atención y formación de profesionales en ciencias de la salud en Costa Rica : informe final / editado por la Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina ; compiladores Mario Piedra González ... [et al.] – San José, C.R. : Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina, 2015.
1 recurso en línea (201 p.) : il., digital, archivo PDF; 3.1 KB

Requisitos del sistema: Adobe digital editions
Forma de acceso: World Wide Web

ISBN 978-9930-9523-4-4

1. EDUCACION MEDICA – COSTA RICA – CONGRESOS, CONFERENCIAS, ETC. 2. MEDICOS – FORMACION PROFESIONAL – COSTA RICA – CONGRESOS, CONFERENCIAS, ETC. 3. INNOVACIONES EDUCATIVAS. I. Piedra González, Mario, comp. II. Título.

CIP/2954
CC/SIBDI, UCR

**Primera Conferencia Nacional
Sobre Modelo de Atención y Formación
de Profesionales en Ciencias de la Salud
en Costa Rica: Informe Final**

Compiladores:

Mario Piedra González
Arlyne Solano González
Sergio Solano Rojas
Luis Bernardo Villalobos

Coordinación de la obra:

Arlyne Solano González

Revisión Filológica:

Maribel Bonilla Cervantes

Fotografías:

Daniela Hernández Arguedas y Susana Matamoros Zuñiga

Diseño y diagramación:

Susana Matamoros Zúñiga

**Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina
Ciudad Universitaria “Rodrigo Facio” San José, Costa Rica, 2015**

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley

ÍNDICE

Comisión Organizadora	9
Prólogo	11
Agradecimientos	15
Acto de Inauguración del Evento	17
Palabras del Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica	19
Palabras del Dr. Henning Jensen Pennington, rector de la Universidad de Costa Rica	21
Palabras del Dr. Alexis Castillo Gutiérrez, presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos (autoridad anfitriona del evento)	24
Discurso Inaugural, Sr. Luis Guillermo Solís Rivera, Presidente de la República de Costa Rica	25
Apertura de la Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencia de la Salud	29
Palabras de Bienvenida del Dr. Luis Bernardo Villalobos, decano de la Facultad de Medicina	31
Palabras de la Dra. Lilian Reneau-Vernon, OPS-Costa Rica	32
Palabras del Dr. Bernal Herrera Montero, vicerrector de Docencia de la Universidad de Costa Rica	33
Conferencia Inaugural: Tendencias en la Formación de Profesionales de la Salud en la Región de las Américas	37
Conferencia Inaugural: Tendencias en la Formación de Profesionales de la Salud en la Región de las Américas, Dra. Rosa María Borrell Bentz, Asesora Regional en Recursos Humanos OPS/OMS	39

Cierre de la Conferencia y Comentarios, Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	49
Panel Integrado: Modelos de Atención de la Salud y Desafíos en la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud	53
Logros y Desafíos del Sistema de Salud de Costa Rica, su aplicación a la enseñanza de la Medicina, Dr. Carlos Arrea Baixench	56
Programa Territorios Saludables, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Dra. Claudia Naranjo	64
Experiencia del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de la Matanza, Argentina, Dr. Mario Rovere	68
Perspectivas de actualización y fortalecimiento del modelo de prestación de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dr. Raúl Sánchez Alfaro	72
Comentarios Finales del Panel	77
Mag. Ana Zulema Jiménez Soto, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá	77
Dr. Horacio Chamizo, Profesor de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica	79
Panel integrado: Experiencias Innovadoras en la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud	83
Experiencias innovadoras en la formación de profesionales en salud en Honduras, Dra. Rutilia Calderón	85
Experiencia de la Universidad de Laval-Canadá, Dr. Jacques Girard	94
Experiencia "El Currículo de Medicina de la Universidad de Antioquia: logros y retos", Colombia, Dr. Jaime Arturo Gómez Correa	98
Reflexiones acerca de la Calidad y la Pertinencia en la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud, Dr. Juan Antonio Casas Zamora	107
Reflexiones acerca de la Calidad y la Pertinencia en la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud, Dr. Juan Antonio Casas Zamora	109
Comentarios Finales, Dr. Mauricio Vargas Fuentes	125

Análisis en los subgrupos	129
Subplenarias 27 de abril de 2015	131
Grupo 1	131
Grupo 2	132
Grupo 3	134
Grupo 4	136
Subplenarias 28 de abril de 2015	138
Grupo 1	138
Grupo 2	139
Grupo 3	143
Grupo 4	146
Foro de Análisis, Conclusiones y Cierre de la Conferencia	151
Foro de Análisis, Conclusiones y Cierre de la Conferencia Informes de trabajo de las sub-plenarias	153
Informe Grupo Uno	153
Informe Grupo Dos	157
Informe Grupo Tres	160
Informe Grupo Cuatro	163
Comentarios de Autoridades y Conferencistas	166
Comentarios de Participantes	176
Algunos aspectos que destacaron en esta conferencia	179
Anexos	195

COMISIÓN ORGANIZADORA

Coordinador:

**Dr. Luis Bernardo Villalobos, Decano de la Facultad de Medicina,
Universidad de Costa Rica.**

Colaboradores asociados:

- Dra. Rocío Sáenz, presidenta ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- M.Sc. Yamileth Astorga, presidenta ejecutiva del Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.
- Dr. Mario Cruz-Peñate, asesor en Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- M.Sc. Carmen María Vázquez Peñaranda, Dirección Garantía de Acceso a Servicios, Ministerio de Salud.
- M.Sc. Ana Beatriz Avendaño, profesora de la Escuela de Nutrición. Miembro de la Cátedra D. Rodrigo Loría Cortés.
- Dr. Horacio Alejandro Chamizo García, profesor de la Escuela de Tecnologías en Salud. Miembro de la Cátedra D. Rodrigo Loría Cortés.
- Licda. Elena Mora Escalante, profesora de la Escuela de Enfermería. Miembro de la Cátedra D. Rodrigo Loría Cortés.
- Dr. Mauricio Vargas Fuentes, director de la Escuela de Salud Pública. Miembro de la Cátedra D. Rodrigo Loría Cortés.
- Dr. José Agustín Arguedas Quesada, profesor de la Escuela de Medicina. Coordinador de la Cátedra Dr. Antonio Peña Chavarría.
- M.Sc. Sergio Solano Rojas, Facultad de Medicina, NIDES.
- Mag. Arlyne Solano González, Facultad de Medicina, NIDES.
- M. Sc. Mario Piedra González, Facultad de Medicina, NIDES
- M.Sc. Gabriela Murillo Sancho; profesora Escuela de Salud Pública

PRÓLOGO

Tal y como lo enuncia el Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica en su artículo N.º 3:

La Universidad de Costa Rica debe contribuir con las transformaciones que la sociedad necesita para el logro del bien común, mediante una política dirigida a la consecución de una justicia social, de equidad, del desarrollo integral, de la libertad plena y de la total independencia de nuestro pueblo.

La profesora Elena Mora, en su ensayo **La misión Universitaria** (2014), cita al Dr. Ángel Ruiz y su libro *La Educación Superior en Costa Rica: Tendencias y retos en un nuevo escenario histórico* (2001), cuando dice:

No existe la universidad en abstracto o in vitro, lo que existen son las universidades y cada una de ellas debe de responder no solo a un contexto histórico sino a una sociedad específica, a una nación o a una región. Este vínculo con la realidad y “lo concreto” es lo que determina, a la larga, las características y objetivos de una universidad.

La Comisión interdisciplinaria que conforma la Cátedra Dr. Rodrigo Loría Cortés de la Facultad de Medicina ha promovido la organización de la PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL SOBRE MODELO DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD EN COSTA RICA, la cual contó con el apoyo de la Vicerrectoría de Docencia y el concurso del Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), instancias a las que de antemano expresamos nuestro agradecimiento y reconocimiento por su compromiso con esta iniciativa.

Los objetivos específicos de esta Primera Conferencia son los siguientes:

1. Proponer líneas orientadoras para la elaboración de políticas públicas en la formación de los profesionales en ciencias de la salud.
2. Establecer las principales competencias que es necesario incluir en los planes de Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica.
3. Identificar los mecanismos idóneos para garantizar la calidad y pertinencia de la formación de profesionales en ciencias de la salud, en relación con las necesidades de salud de la población.
4. Definir un grupo de trabajo interinstitucional para dar seguimiento a los acuerdos y compromisos emanados de la Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica.
5. Generar ideas sobre la temática abordada en esta I Conferencia Nacional, que puedan

ser divulgadas entre los países de la Región de las Américas mediante los mecanismos con que cuenta la OPS, con el fin de coadyuvar en el proceso de análisis de la formación de Recursos Humanos en Salud.

En esta actividad contamos con valiosas y generadoras reflexiones de destacadas autoridades en Salud, tanto a nivel nacional e Internacional. Por Costa Rica expusieron el Dr. Carlos Arrea Baixench, presidente de la Academia Nacional de Medicina; el Dr. Raúl Sánchez Alfaro, director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y el Dr. Juan Antonio Casas Zamora, exdirector ejecutivo de la OIEA y exasesor OPS/OMS y UNICEF y profesor ad honorem de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Comentaron la Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, presidenta ejecutiva de la CCSS, el Dr. Horacio Chamizo García, catedrático de la Escuela de Tecnologías en Salud y el Dr. Mauricio Vargas Fuentes, director de la Escuela de Salud Pública. Asimismo, por el ámbito internacional participaron el Dr. Jaime Arturo Gómez Correa, ex-vice decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia); el Dr. Jacques Girard, asesor del Gobierno de Quebec y decano adjunto para Asuntos Comunitarios, Universidad de Laval (Quebec, Canadá); la Dra. Rosa María Borrell Bentz, asesora regional en Recursos Humanos OPS/OMS (Washington, EUA). A nivel virtual contamos con la participación del Dr. Mario Rovere, decano de la Facultad de Medicina de la ULAM (Buenos Aires, Argentina); la Máster Ana Zulema Jiménez Soto, asesora de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; la Dra. Claudia Naranjo, coordinadora del Proyecto de Territorios Saludables y Promoción de la Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Colombia y la Dra. Rutilia Calderón vicerrectora académica de la UNAH (Honduras).

Esta Conferencia fue un espacio de análisis y construcción colectiva e interinstitucional en los ámbitos macro, meso y micro, sobre experiencias de articulación entre el modelo de atención y la formación de recursos humanos en salud.

Se trató de una reflexión compartida entre decanos y decanas, directores y directoras del área de ciencias de la salud de universidades públicas y privadas del país; organizaciones reguladoras de la educación superior pública y privada del país (CONARE y CONESUP), los Ministerios de Salud, Educación y Medio Ambiente. La actividad incluyó algunas instituciones autónomas como el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Instituto Nacional de Seguros, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal, la Unión de Gobiernos Locales, organizaciones de acreditación de la educación superior, docentes y asociaciones de docentes, algunas asociaciones gremiales como el Colegio de Médicos, Colegio de Enfermeras, Colegio de Psicólogos y la Academia Nacional de Medicina, algunos representantes sindicales del sector salud y organismos internacionales como la OPS/OMS, entre otros.

Esta Primera Conferencia sirvió para delimitar algunas tendencias, así como retos y desafíos para la formación de profesionales de la salud, en el marco de un modelo de atención que debería promover una atención integral del proceso salud-enfermedad en el país, en la que no solo haya una clara comprensión de los determinantes sociales de la salud, sino que esta

comprensión debe estar de la mano con una respuesta social y gubernamental basada en la participación, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad.

Se pretende que los resultados de esta Conferencia, expuestos en la presente publicación, proporcionen algunos lineamientos para la política nacional en el campo de los recursos humanos en salud y posibiliten la creación de un grupo de apoyo que colabore con una formación más adecuada de los recursos humanos a las necesidades de salud del país.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis Bernardo Villalobos Solano', written over a faint rectangular stamp.

Cordialmente, Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano

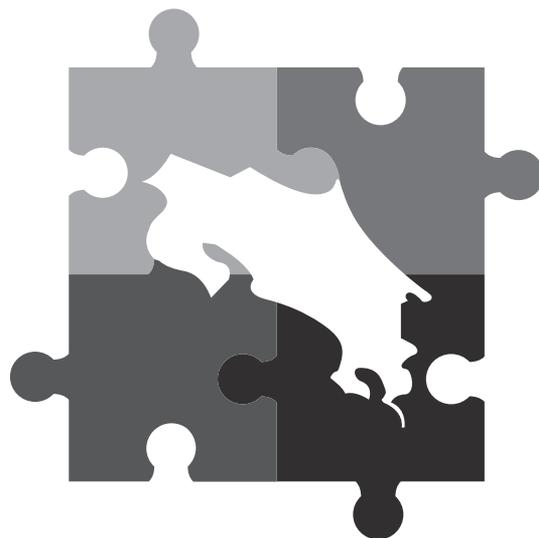
Decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, 2015

AGRADECIMIENTOS

La Comisión Organizadora de la **Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica**, desea externar su agradecimiento a las siguientes instituciones y personas que contribuyeron con la organización de este evento:

- Excelentísimo señor Luis Guillermo Solís Rivera, presidente de la República de Costa Rica.
- Dr. Henning Jensen Pennington, rector de la Universidad de Costa Rica.
- Dr. Alexis Castillo, presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.
- Dr. Fernando Llorca, ministro de Salud.
- Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal, presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense del Seguro Social.
- M.Sc. Yamileth Astorga Espeleta, presidenta ejecutiva de Acueductos y Alcantarillados.
- Dra. María Esther Anchía Angulo, viceministra de Salud.
- Dra. Lilian Reneau-Vernon, representante de la OPS/OMS para Costa Rica.
- Dr. Bernal Herrera Montero, vicerrector de Docencia de la Universidad de Costa Rica.
- Dr. Carlos Arrea Baixench, presidente de la Academia Nacional de Medicina.
- Dr. Horacio Chamizo, profesor de Escuela de Tecnologías de la Salud de la UCR.
- Dr. Juan Antonio Casas Zamora, exdirector ejecutivo de la OIEA, exasesor OPS/OMS y UNICEF y profesor Ad Honorem de la Facultad de Medicina de la UCR.
- Dr. Raúl Sánchez Alfaro, director de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Dr. Mauricio Vargas Fuentes, director de la Escuela de Salud Pública.
- Dra. Rosa Ivania Borrell Bentz, asesora regional en Recursos Humanos OPS/OMS.
- Dra. Rutilia Calderón, vicerrectora académica de la UNAH-Honduras.
- Dr. Jacques Girard, asesor del Gobierno de Quebec y decano adjunto para Asuntos Comunitarios Universidad de Laval-Canadá.
- Dr. Jaime Arturo Gómez Correa, exvicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquía, Medellín Colombia.
- M.Sc. Ana Zulema Jiménez Soto, asesora Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Dra. Claudia Naranjo, coordinadora del Proyecto de Territorios Saludables y Promoción de la Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Colombia.
- Dr. Mario Rovere, decano de Ciencias de la Salud ULAM-Argentina.

ACTO DE
INAUGURACIÓN DEL EVENTO



ACTO DE INAUGURACIÓN DEL EVENTO

AUTORIDADES DE LA MESA PRINCIPAL

Excelentísimo señor presidente de la República de Costa Rica, Don Luis Guillermo Solís Rivera.

Dr. Alexis Castillo Gutiérrez, presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica.

Dr. Henning Jensen Pennington, rector de la Universidad de Costa Rica.

Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica

DISCURSO INAUGURAL

PALABRAS DEL

DR. LUIS BERNARDO VILLALOBOS SOLANO

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica

Costa Rica es un país pequeño en extensión territorial continental pero muy complejo en su dinámica social; ubicado, en términos de su desarrollo socioeconómico, en lo que yo llamo “la mitad del puente”. Ha hecho algunos avances en el campo social que le distinguen de algunos países del mundo, pero tiene dificultades para tomar acuerdos que permitan cimentar un nuevo proyecto nacional, que permita trabajar como sociedad unida en la construcción de un país mejor y más justo, en el que, realmente, vivir sea “pura vida”.

El optimismo que todos debemos tener en una sociedad como la nuestra por mejores tiempos, debe partir de un realismo bien informado, en el que discutamos de manera diáfana y precisa los grandes retos que tenemos por delante. Así nació esta iniciativa y algunas autoridades de salud se aliaron desde el principio con mucho entusiasmo, particularmente la Dra. María Elena López, hoy exministra de Salud, a quién envió mi abrazo y reconocimiento, la señora Presidenta Ejecutiva de la de la CCSS, la señora Presidenta Ejecutiva de AyA y la Representación de la OPS/OMS en Costa Rica. Nosotros en la Cátedra Dr. Rodrigo Loría Cortés de la Facultad de Medicina, nos cuestionamos si la formación de profesionales de la salud en el país está en concordancia con un modelo de atención que permita que no hayan inequidades en el campo de la salud, condicionadas por desigualdades injustas, innecesarias y evitables, en donde la participación articulada de diversos actores socioinstitucionales y profesionales son esenciales para que las personas se sientan bien y estén en armonía con el contexto en el que viven.

En este país, *en la mitad del puente*, tenemos muchos avances en el campo social, pero aún no avanzamos hasta otros campos. De esa manera, por ejemplo, si consultamos la imagen nacional que se dibuja con la información publicada en el Informe del Estado de la Nación, podemos observar que la Tasa de Mortalidad Infantil es inferior a 10 por cada mil nacidos vivos, o que la esperanza de vida ya supera los 80 años en las mujeres. Pero, también, tenemos que el coeficiente de la desigualdad social, conocido como Gini, refleja vacíos en la distribución de la riqueza (0,51); el porcentaje de hogares pobres ronda el 21.6 %. Casi el 20 % de los 70 mil nacimientos que ocurren en el país son aportados por las madres adolescentes. Es decir, cada año nacen unos 14000 niños que son hijos de mujeres que algunas veces se ven obligadas a interrumpir sus estudios y que corren el riesgo de no alcanzar un desarrollo pleno, lo cual se puede ir acumulando en un sector de la población que ve truncada su capacidad de vivir una vida con todas sus necesidades básicas satisfechas, la reproducción intergeneracional de la pobreza y, también, de las enfermedades de la pobreza.

El deterioro ambiental es cada vez más evidente, y la falta de recurso hídrico en algunas comunidades, que han nacido y crecido a la sombra del desorden territorial y la pasividad e inacción de algunos “des-gobiernos locales”, está generando, de manera cada vez más frecuente, disputas interterritoriales por obtenerlo.

Adicionalmente, el consumo de productos de bajo equilibrio y calidad nutritiva está generando una epidemia nacional de obesidad, con la consecuente manifestación en la distribución de muertes por enfermedades crónicas no transmisibles, en las que las enfermedades cardio y cerebrovasculares compiten con el cáncer en los primeros lugares de la tabla y estresan el presupuesto familiar así como el de la CCSS.

El país ha venido acumulando, desde hace décadas, indecisiones o condiciones preocupantes que debe superar cuanto antes. Dentro de este escenario, lograr una coherencia y una visión de mediano y largo plazo entre el modelo de atención posible y la formación de profesionales óptimos para que, con su labor, se puedan obtener las metas en salud y desarrollo que se han acordado como sociedad nacional, es un imperativo esencial para poder cruzar ese puente en el que nos hemos quedado inmobilizados.

Sin duda, este escenario de luces y sombras en el desarrollo del país requiere de respuestas integrales, integradoras, creativas y, sobre todo, bien deliberadas, que van por ejemplo desde el replanteamiento de la política nacional de recursos humanos en salud (en términos de calidad, pertinencia, cantidad y ubicación), así como de la redefinición de las competencias esenciales que debe tener todo profesional en salud, independientemente de la institución en que se forme, hasta los enfoques educativos y los contextos académicos en que se realiza la formación de esos profesionales.

Esta Primera Conferencia es fundamental para explorar algunos pasos posibles con el concurso de todos los actores institucionales aquí presentes:

Los unos, expositores extranjeros y nacionales, que con su generosidad nos muestran, sea mediante conferencias o paneles integrados, algunas rutas o ideas posibles por donde transitar.

Los otros, invitados de una diversidad de instituciones, nos dan sus aportes como la masa crítica de esa institucionalidad, pública o privada, que está interesada en forjar un país sano o, al menos, con un estado de salud aceptable.

Para poder trascender ese puente es necesario también tener escenarios de acción claramente delimitados, en donde se deben asumir roles diferentes según nuestra naturaleza institucional:

A algunos les corresponderá, como rectores de la salud, tener claridad en los lineamientos de la política de recursos humanos que el país necesita.

A otros, les toca definir los componentes esenciales que debe tener un modelo de atención integral de la salud y ofrecer los recursos para poder poner en operación ese modelo.

A nosotros nos corresponde hacer la lectura correcta en el proceso de formulación e innovación de los planes de estudio y de los métodos y contenidos educativos que deben tener los profesionales que el país está necesitando.

Otros deben regular o evaluar la calidad y pertinencia del proceso formativo.

A los actores comunitarios y gremiales les corresponde estar atentos para que estos ingredientes se articulen y tengan los mejores efectos esperados en el bienestar del país.

Pero quizá, lo fundamental es que a todos nos corresponde construir un modelo de país en el que la salud se proteja y se exprese como un derecho que tenemos todas las personas que vivimos en Costa Rica.

Con los insumos que podamos construir a partir de esta Primera Conferencia, tendremos una excelente oportunidad de demostrarle a la sociedad nacional y al mundo que sí es posible, desde el campo de la salud, imprimirle al país la dirección y el optimismo que estamos requiriendo para avanzar hacia mejores derroteros que posibiliten un modelo de atención articulado, efectivamente, con la formación de profesionales en salud.

PALABRAS DEL

DR. HENNING JENSEN PENNINGTON

Rector de la Universidad de Costa Rica

Para la Universidad de Costa Rica es un placer formar parte de la inauguración de la Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en nuestro país. Sin duda, se trata de un tema importante, cuya atención debe ser prioritaria para controlar su impacto en la salud pública de la región.

En las últimas décadas, las Ciencias de la Salud han atravesado profundos procesos de evolución, los cuales han transformado el entendimiento de su objeto de estudio, los problemas de investigación planteados y sus abordajes metodológicos. Estos cambios han abierto oportunidades para el diálogo y la cooperación interdisciplinaria, cuyos resultados se hacen palpables en el desarrollo de nuevos conceptos, procedimientos y técnicas.

La salud es quizá una de las áreas transversales que permean en las políticas públicas, en las acciones gubernamentales y sociales, y que requieren condiciones muy particulares que permitan aprender sobre el cuerpo humano, sobre las estructuras anatómicas, sus funciones y relaciones, así como desarrollar las habilidades técnicas para actuar sobre éstas.

También es necesario aprender sobre las condiciones sociales en las que se desenvuelve la persona, con las que crece; las condiciones ambientales a las que está expuesta; el estado de salud mental en que se encuentra. Todos estos factores forman parte de las condiciones que los profesionales en ciencias de la salud deben tomar en cuenta para ejercer su profesión, atendiendo las nuevas necesidades de la población.

El panorama actual de nuestro país nos muestra que son múltiples los retos que tenemos como sociedad. De acuerdo con el más reciente informe del Estado de la Nación, la dinámica demográfica ha transformado la composición por edades de la población; el principal cambio es la reducción en los grupos más jóvenes, y sabemos que tendremos cada vez más población adulta mayor. Asimismo, el desempleo y la baja escolaridad caracterizan a la población pobre.

Escenarios simulados muestran que si se les imputa a las personas desempleadas el ingreso que percibirían si estuvieran ocupadas, la pobreza se reduce en 4,3 puntos porcentuales. Como si fuera poco, a 102.380 personas asalariadas (un 6,7 %) no se les reconoce un solo derecho laboral, 50.864 no tienen garantías laborales ni reciben el salario mínimo y 19.317 presentan un incumplimiento triple: ninguna garantía laboral, no pago del salario mínimo, y jornadas de trabajo no apropiadas.

A estos datos hay que agregar nuevas enfermedades que derivan de la sociedad actual, y que se relacionan con la salud mental. Asimismo, no se pueden desconsiderar factores como un aumento en adicciones y en manifestaciones de violencia, muchas veces contra mujeres y niños; el maltrato, abandono y negligencia ante la población adulta mayor es preocupante, y el desorden territorial y problemas de vivienda generan hacinamiento y situaciones de insalubridad que inciden en la salud de las personas.

La necesidad de que los profesionales de las áreas de salud conozcan estas situaciones, pero que además sepan enfrentarlas desde sus áreas de estudio, es fundamental para su abordaje. La constante actualización de los profesionales es imperativa para refrescar estos conocimientos; es claro que la salud que tenemos actualmente es muy diferente a la de nuestros padres a nuestra edad, o la de nuestros abuelos. Y, posiblemente, muchos planes de estudio para estos profesionales fueron diseñados para ellos, más no para atender a la población actual.

El desempleo, y la necesidad de contar con políticas públicas que velen por la atención oportuna, digna e integral de las personas, son aspectos que no pueden dejarse de lado y deben ser abordados con urgencia.

Sé que esta primera conferencia es un escenario óptimo para conocer la realidad nacional y regional en estas materias. Aprender de experiencias externas, así como poner en discusión las fortalezas y debilidades de los profesionales actuales y de nuestro sistema de salud, será de gran provecho para aspirar a un área nacional de ciencias de la salud que no solo se distinga por la precisión de los conocimientos y destrezas técnicas de sus profesionales, sino también, por la sensibilidad moral, la solidaridad social y la capacidad de reflexión ética ante su propia práctica.

Tenemos la necesidad y la responsabilidad de generar contenidos más creativos y competencias más oportunas en los programas de estudio de médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, odontólogos y de todos los profesionales del área de ciencias de la salud, de cara a todos estos retos. No podemos ignorar los cambios del contexto, y hay que reconocer que no podemos aislarnos en nuestras propias áreas del conocimiento.

Tener carreras y especialidades inter y transdisciplinarias es una forma de expandir esas redes de conocimiento y de abordar, de una forma más integral, la salud de las personas. Un quebranto de salud nunca debe ser menospreciado, y una forma de asegurar mejores diagnósticos, con miras a la prevención y no solo a la cura, es aprovechar el conocimiento y talento de múltiples profesionales. Quizá, así, puedan atenderse muchos casos desde niveles básicos de atención, y brindar una atención más rápida y segura para quienes requieran cuidados más especializados y urgentes.

En este sentido, la investigación básica y aplicada es crítica, y debe ser siempre impulsada no solo por las universidades, sino también por las propias instituciones públicas y entes privados.

Desde el CONARE y el CONESUP, el Ministerio de Salud Pública, la Caja Costarricense de Seguro Social, y otras instancias nacionales y regionales, se deben promover la constante vigilancia de las calidades requeridas para los profesionales de la salud, en un ejercicio de constante renovación y autocrítica. Hay que saber vincular la oferta de planes de estudio con las necesidades de la población, en relación con todos estos retos y nuevas perspectivas.

Sin duda, este Congreso será un espacio que servirá de plataforma para promover un cambio radical que favorezca la atención de la salud de las personas. Esto no solo contribuirá a contar con profesionales íntegramente realizados, que puedan poner su talento y conocimiento al servicio de los demás, sino que también la población encuentre en ellos y en un sistema de salud nacional más fortalecido, la vía para desarrollar mejor su trabajo, sentirse plena y con una buena calidad de vida.

PALABRAS DEL

DR. ALEXIS CASTILLO GUTIÉRREZ

Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos

(autoridad anfitriona del evento)

Es un verdadero honor para el Colegio de Médicos haber sido anfitrión en esta Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud, igualmente una felicitación a la Universidad de Costa Rica, la Facultad de Medicina y al Ministerio de Salud por promover esta actividad de alto nivel académico sobre una situación que compete a todo el sector salud, y que aporta a la política nacional alternativas para llevar una atención más satisfactoria y segura a nuestra población .

La asesoría y consejería sobre estos temas resulta de vital importancia, dado que está latente una necesidad de cambio de conducta o dirección de estos procesos. Y es que es necesario recordar que somos países latinoamericanos limitados en recursos presupuestarios y debemos ser muy cautelosos a la hora del análisis de modelos, porque estos deben estar acordes con nuestras realidades y nuestras circunstancias económicas.

Los cambios epidemiológicos, tecnológicos, informáticos son los aspectos a tomar en cuenta para desarrollar cualquier cambio en la prestación de los servicios de salud hacia nuestra población. No hay duda de que el colapso o agotamiento de nuestro modelo de atención se siente en el ambiente y las razones de que no haya funcionado plenamente corresponden a múltiples causas que se han acumulado desde hace tiempo. Esta es la razón por la cual este tipo de actividad nos ilumina e ilustra con otras alternativas de cómo podemos mejorar esta atención.

El Colegio de Médicos, creado por ley, tiene como principio fundamental la vigilancia del ejercicio de la medicina en todo el país. Todo médico que ejerza en Costa Rica debe estar inscrito en el colegio de médicos para poder ejercer la profesión médica.

Estos son los datos más actualizados sobre el cuerpo médico nacional:

- Están inscritos un total de 13.300 médicos, son activos 10.300, inactivos 1.200, fallecidos 900 y pensionados 1.100.
- De los médicos activos son especialistas un 40 % y médicos generales un 60 %.
- Se juramentaron durante el 2014: 566 médicos generales, 207 especialistas y 19 subespecialistas.

Y, a su vez, tenemos en nuestra estadística que tendrán la posibilidad de retiro o jubilación en los próximos cinco años: 165 médicos generales y 658 médicos especialistas.

La distribución de nuestros médicos es la misma en toda la región latinoamericana, con cerca de un 75 % de ellos localizados en áreas urbanas y el resto en áreas rurales o marginadas.

Por supuesto que tenemos de primera mano el tema del empleo médico, ya que todos deben venir al colegio a inscribirse para ejercer la medicina y, a su vez, trabajamos junto con el Ministerio de Salud en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, de manera que haya una visión compartida entre los formadores, los empleadores y los colegios profesionales.

En medicina estamos acostumbrados a realizar diagnósticos para poder implementar la mejor terapéutica y rescatar la salud quebrantada de nuestros pacientes, y en estos importantes temas es hora de aplicar tratamientos pronto, partiendo desde la promoción y la prevención, para que no se generen peores resultados en el futuro.

En el mundo actual cada vez hay más acceso a la información, no solo para el personal de salud sino también para la población, y esto nos traduce una nueva forma de relación médico paciente que debemos tomar muy en cuenta.

PALABRAS DEL

SR. LUIS GUILLERMO SOLÍS RIVERA

Presidente de la República de Costa Rica

Dice una leyenda urbana sobre el presidente Dwight Eisenhower -probablemente no es una leyenda- que en algún momento, convocado a hablar sobre la guerra, decía que esta era un oficio tan importante que no podía dejarse en manos de los militares. Algo similar podría decirse de las Ciencias Médicas, una profesión tan compleja que no puede ser solamente motivo de atención de las y los médicos. Creo que esa persuasión, ese entendimiento, como lo señalaba el señor rector, Dr. Henning Jensen, obliga a concebir la formación del profesional en Ciencias Médicas como un oficio integral, y esto debe ser uno de los principales vectores de una actividad como la mencionada.

Soy historiador de profesión y, en esa lógica, muchas veces me pregunto ¿cuánta contribución habrá hecho a las Ciencias Médicas la zapatería? Papá fue zapatero y mi abuelo, también. Recordaban el uno y el otro los cambios que se produjeron en Costa Rica cuando la gente se calzó y dejó de andar descalza por las calles y los campos. ¿Cuánto habrá mejorado la salud pública cuando hubo disposición de agua potable?, sin ser una labor de los médicos, más bien fueron los dirigentes comunales haciendo lo posible para que se construyeran acueductos. Lo mismo se podría decir de la electricidad, la cual permitió que en Costa Rica, por ejemplo, se dejaran de utilizar “neveras”, como se les llamaba entonces a viejas cajas con un bloque de hielo, para pasar a utilizar refrigeradoras y mantener así los alimentos en buen estado.

Como esos, podrían citarse muchos ejemplos que constatan la importancia de una visión integral de la salud, es decir, una visión en la cual se reconozca la salud, a fin de cuentas, como desarrollo humano.

Eso tiene mucho que ver con la perspectiva de la democracia y, por lo tanto, en esta tarde en la cual ustedes se han reunido para hacer esta importante reflexión profesional, debemos ver este fenómeno, el de la gobernanza social y el de la gobernanza política, porque cualquier cosa que los sectores, no necesariamente vinculados a la profesión médica, realicen o dejen de realizar, tiene una incidencia directa en el estado de salud de las personas. Esto es cierto en un sentido sociológico y en un sentido económico, porque las políticas y los aportes sociales y materiales realizados por diferentes sectores, cuyos resultados derivan en una población sana, se vinculan y terminan realizando un fuerte impacto en ese sentido.

Al preparar estas notas para hoy y repasar un poco las condiciones sobre las cuales ustedes realizan el trabajo de reflexión en torno a este tema, queda clarísimo: las fronteras de la formación de profesionales en salud son mucho más amplias de lo que se ve a simple vista. Este es un ámbito del saber en constante movimiento, cuyos cambios se han acelerado durante el siglo XXI; si bien es cierto, las políticas de salud en muchos países de América Latina no han sido claras en torno a la integración de los distintos sectores que conforman esta compleja trama de intereses diversos, en Costa Rica ha sido un fenómeno reiteradamente asumido desde la política pública, desde hace más de 60 años. Es decir, tenemos todas las posibilidades de avanzar más lejos y más rápido de lo que lo han hecho los países de la región. Deberíamos, por lo tanto, disponernos, con ánimo optimista, a acometer lo que hemos de hacer en esta materia.

Ahora, ciertamente, se plantean en esta discusión, un poco más integral, los mismos dilemas de otras áreas del quehacer público. Hace algún tiempo me quejaba, por ejemplo, de la dificultad y el peligro producido en el ámbito de la seguridad cuando esta se definía en términos demasiado amplios. Términos tan amplios que al final se hablaba de todo menos de la seguridad misma y, en ese sentido, cabe el riesgo de caer en algo similar con los servicios de salud que, aceptando su integralidad, pueda llevarse el argumento tan lejos y al final olvidemos que la responsabilidad de formación específica en Ciencias Médicas no puede ser desatendida.

La formación en Ciencias Médicas debe ser permanente y de excelencia, creo que los datos mencionados por el señor presidente de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos son interesantes por la gran cantidad de médicos pensionados y jubilados que están trabajando, en momentos en que hay un vertiginoso cambio en el conocimiento. No podemos dejar de pensar en la importancia de la educación en general, y en Ciencias Médicas en particular, como un proceso continuo y vinculado, de manera absolutamente íntima, con la ética, algo que acerca también al señor rector a las Ciencias Médicas, por su profesión de Psicólogo y Filósofo, además de otras profesiones que ejerce con mucha capacidad.

Por lo tanto, me parece fundamental acometer la labor de integralidad a partir de entendimientos que trasciendan el sector salud: hablar del sector municipal, del sector agrícola, del sector energético, todos ellos con una incidencia muy importante en esta materia.

Me pregunto ¿qué lineamientos fundamentales debe tener una política para la formación de profesionales en salud en este país? Obviamente, esta y otras preguntas que lanzo a con-

tinuación no tendrán una respuesta en el acto, pero sí son centrales en el debate sobre la formación del recurso humano. ¿Cuáles deben ser las competencias mínimas de todos los profesionales que trabajan en este campo? ¿Puede haber una base sólida sobre la cual se construya el sistema de salud? ¿Cuánto conocen y cómo están orientados los planes de estudio de los profesionales de la salud, para contar con una visión que integre los nuevos enfoques y escenarios en la atención de las enfermedades viejas y nuevas, prevenirlas o producir mejores niveles de salud? ¿Qué nuevas direcciones deben tomar instituciones de educación superior, públicas y privadas, para formar profesionales en el país?

Un país requiere de la salud para construir una sociedad más equitativa y con mayor acceso a los servicios médicos. Es complicado avanzar hacia esta lógica cuando se tienen niveles de salud tan desarrollados como en el caso de Costa Rica, sí, los tenemos y los queremos seguir manteniendo. Esto roza con otras responsabilidades por acometer próximamente como, por ejemplo, un debate nacional sobre los temas de fiscalidad.

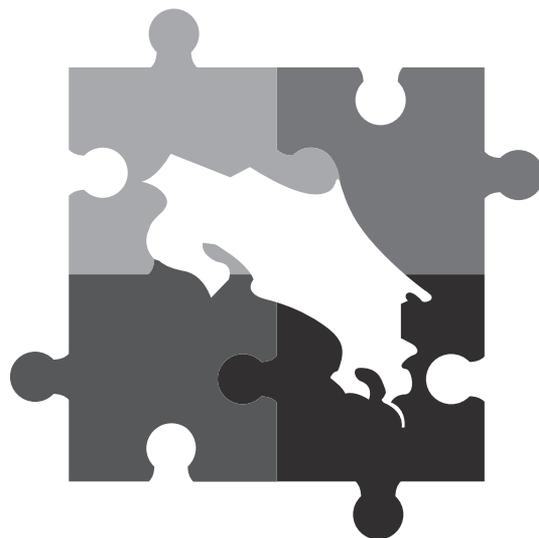
La salud cuesta, como la democracia, y no bastan los ingresos raquíuticos del Estado Nacional para atender esas responsabilidades en un sentido de mediano y largo plazo; por supuesto, esta discusión debe realizarse en el marco de la inversión de los recursos públicos, su eficiencia, la disminución del gasto y la priorización de la inversión en proyectos de importancia ineludible. Ahí hay una responsabilidad que no puede ser evadida.

¿Cuál es la participación, o las fronteras entre la acción de las organizaciones gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, de las organizaciones gremiales, del sector privado en este ejercicio armónico de un sector que requiere, necesariamente, de muchas de estas perspectivas? ¿Podemos vivir con un sistema de salud público o debemos retomar la idea de una vigorosa participación público-privada en algunos aspectos? ¿Cómo hacemos para que, sin socavar los derechos fundamentales de nuestros ciudadanos y ciudadanas en cuando al acceso a la educación, podamos también reconocer que lo privado juega, hasta cierto punto, un papel importante en la provisión de esos derechos que tutelan el bienestar de las personas?

En el marco de esta reflexión, y teniendo como telón de fondo esta compleja circunstancia, sobra decir la importancia que tiene esta I Conferencia Nacional sobre el Modelo de Atención y Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica. Espero que el debate de ustedes permita acercar al país a una política pública de mejor calidad en esta materia y promueva la interdisciplinariedad y la multidisciplinariedad que, no siendo lo mismo, son factores decisivos si hemos de aceptar la perspectiva más integral de los sistemas de salud y la manera en cómo logramos que, en la lógica del desarrollo y la gobernanza democrática que queremos para el país, el tema de los sectores y los servicios vinculados a la salud adquieran cierta armonización, no uniformidad, pero sí un alineamiento que permita garantizar la calidad para todos ellos.

La tarea es ardua y las preguntas no encontrarán, quizá, respuesta en esta ocasión, pero estoy consciente de la enorme capacidad del cuerpo profesional que, en todos los ámbitos de la salud pública, contribuirán a la discusión y solución de tan importantes desafíos.

APERTURA DE LA PRIMERA
CONFERENCIA NACIONAL
SOBRE MODELO DE ATENCIÓN Y
FORMACIÓN DE PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD



APERTURA DE LA PRIMERA CONFERENCIA NACIONAL SOBRE MODELO DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Autoridades en la Mesa principal:

Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Dra. Lillian Reneau-Vernon, representante de la OPS/OMS en Costa Rica.

Dr. Bernal Herrera Montero, vicerrector de Docencia de la Universidad de Costa Rica.

PALABRAS DE BIENVENIDA

DR. LUIS BERNARDO VILLALOBOS

Decano de la Facultad de Medicina

Quisiera agradecer a todas y todos ustedes por acompañarnos acá, igual a las personas que están viendo esta transmisión en tiempo real por la Web de la Facultad de Medicina dentro y fuera del país. Quiero agradecer a la Dra. Lillian Reneau de la OPS que ha estado a la par de todo el proceso de organización y al Dr. Bernal Herrera, vicerrector de Docencia, que igualmente ha apoyado esta conferencia desde el inicio.

Agradezco también a la Dra. Rocío Sáenz, quien desde la Caja Costarricense del Seguro Social ha estado apoyando esta iniciativa. A la M.Sc. Yamileth Astorga, presidenta ejecutiva de AyA, de quién también hemos recibido un gran apoyo. Y quisiera agradecer, muy especialmente, al Ministerio de Salud que también ha apoyado esta iniciativa desde el principio.

Finalmente, quisiera destacar en esta primera parte el apoyo que hemos tenido del Colegio de Médicos y Cirujanos y de la Junta de Gobierno para poder organizar este evento en sus instalaciones.

Todos tenemos grandes expectativas con este evento, así es que espero que todos hagamos los aportes necesarios para que todo pueda salir realmente bien en estos dos días que tenemos de reunión.

DRA. LILIAN RENEAU-VERNON

OPS-Costa Rica

Para la Organización Panamericana de la Salud es un inmenso placer estar compartiendo en esta Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y la Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica, por lo que aprovecho para extenderles nuestro agradecimiento por la invitación.

En este nuevo contexto donde los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se han comprometido para luchar en pos de un acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, se hace imprescindible sentarse en una mesa común para buscar el consenso necesario acerca de cuáles son los recursos humanos que se requieren en cada uno de los rincones del país para cubrir las brechas de atención a la población y cómo podemos contribuir juntos a evitar, ante todo, las barreras de acceso a los servicios de salud, que muchas veces se deben a la carencia de ese recurso humano de calidad en lugares alejados de las grandes ciudades.

Esa mesa de consenso debe, además, debatir cuáles son los perfiles esperados para cada uno de los profesionales que se necesitan, dónde debe ponerse el énfasis de la formación, con cuál orientación conceptual debemos formarlos y con cuáles modalidades novedosas, superadoras de los viejos esquemas pedagógicos y de paradigmas que hoy resultan obsoletos.

La OPS ha venido trabajando, desde hace un tiempo, en la propuesta de un nuevo marco conceptual para fortalecer la formación de los profesionales de la salud con un énfasis en la Atención Primaria de la Salud (APS); propuesta que se fundamenta en los lineamientos que, por 37 años, han sido promovidos conjuntamente con la OMS, y hoy se continúa bajo el convencimiento de que la APS es más necesaria que nunca.

Los datos obtenidos de la Región de las Américas evidencian claramente las brechas que existen en materia de salud, así como los retos en el tema de enfermedad y muchas de las metas que el mundo y los países de la Región todavía no han podido cumplir como se esperaba.

Entre las metas en las que se ha avanzado, son pocas las que están relacionadas con el campo de los recursos humanos en salud. En la mayoría de los países se carece de políticas de recursos humanos, de esquemas de planificación, de propuestas que permitan colocar personas de calidad en lugares subatendidos, de invertir más en personal de atención primaria y, por supuesto, de cambios transformadores en las propuestas curriculares que acompañen y comprometan a las facultades y a los egresados a poner su mirada más profunda sobre la realidad social en salud.

Los cambios educacionales así como los de salud, son procesos sociales que implican alcanzar acuerdos y llevar adelante compromisos. Implican trazar un camino, que puede ser largo

para una generación que ha dedicado su vida laboral a estos sectores y que, además, es largo por naturaleza, por las propias características de ambos sectores.

No importa que la obra que inicia hoy no la veamos terminada como quisiéramos. Lo importante es que empecemos y que las nuevas generaciones que vendrán puedan entender que estos cambios son necesarios para el bien del país y que hay que seguir construyéndolos.

Para finalizar, deseo que al celebrar esta Primera Conferencia conjunta entre la Universidad de Costa Rica como entidad formadora, el Ministerio de Salud y otros socios como la Caja Costarricense del Seguro Social, Acueductos y Alcantarillados y el Colegio de Médicos, en un tiempo histórico, en las presentaciones, discusiones y debates que se tendrán, sea considerada la necesidad de caminar juntos. Salud, educación, sus socios u otros actores institucionales, deben unir esfuerzos para continuar avanzando, mantener los logros alcanzados durante esa larga trayectoria histórica de desarrollo de la salud pero, también, para enfrentar los retos de hoy y poder ir resolviendo juntos los problemas que afectan la población de este país.

Para la OPS, el tema de los recursos humanos es un tema prioritario, necesario y de grandes retos. Cuenten con nosotros para seguir apoyando el proceso que hoy se inicia y no olviden que deberíamos salir de aquí con acuerdos preliminares y con un calendario de compromisos.

DR. BERNAL HERRERA MONTERO

Vicerrector de Docencia de la Universidad de Costa Rica

Esta importante actividad permitirá reflexionar sobre las relaciones entre los modelos de formación de profesionales en el área de la salud y los modelos de atención en salud existentes en Costa Rica, y como el contexto nacional delimita las características básicas de ambos modelos y de sus relaciones, considero importante dedicarle unas breves reflexiones.

Costa Rica es un país de notables claroscuros en el tema de la salud. Tenemos indiscutibles logros históricos en este ámbito, como la baja tasa de mortalidad infantil, la alta cobertura del sistema público y la erradicación o disminución de la incidencia de enfermedades y padecimientos que antes eran endémicos. Este tipo de logros han permitido una expectativa de vida muy alta, mayor de lo que los indicadores económicos harían esperar. Nada de esto puede darse por descontado, todo lo contrario, hay que defenderlo y profundizarlo.

Por otro lado, existen diversos problemas, algunos más coyunturales otros más estructurales, que atentan tanto contra la posibilidad de que esa larga vida, posible para buena parte de la población, sea vivida de una forma saludable y, a veces, contra la posibilidad misma de escoger proyectos de vida personales.

Los problemas son de muy diversa índole. Por un lado, hay carencias y dificultades en la prestación de servicios médicos, como las recientemente denunciadas en hospitales tan emblemáticos y que tantos y tan valiosos servicios le han dado y le siguen dando al país, como el Hospital Nacional de Niños y el Hospital México. O el resurgimiento de problemas epidemiológicos a niveles que ya parecían superados, como los recientes brotes de dengue.

También hay problemas más relacionados con el ámbito de la ética que se manifiestan en el ámbito de la salud, por ejemplo, el caso de tráfico internacional de órganos detectado hace poco tiempo, o en los posibles casos de mala praxis en distintas intervenciones estéticas.

Lo cierto es que el ámbito de la salud es parte de estructuras sociales y culturales más amplias y complejas. Así, en diversos temas del amplio espectro cubierto por los derechos sexuales y reproductivos, que tanta incidencia tienen en la salud, el país muestra un gran rezago. En educación sexual el país tuvo trabas tales que, en distintos momentos, se cancelaron o diluyeron programas que el gobierno y diversos sectores sociales habían impulsado. El tema de la fertilización in vitro sigue estancado, a pesar de la condena de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Y al día de hoy, es casi imposible tener una discusión pública sosegada y racional sobre el tema del aborto, cuya solo mención basta para que las aguas se agiten.

No es de extrañar, entonces, que numerosos contrastes del ámbito de la salud estén vinculados a los de otros ámbitos de la vida nacional. Costa Rica, un país cuya vocación modernizadora se evidencia en numerosos logros y también en problemas como la obesidad y la diabetes, mantiene, sin embargo, una religión oficial y la representación parlamentaria de partidos políticos cuyas campañas afirman, con encomiable sinceridad, que su meta es que la sociedad sea regida por valores religiosos.

Los contrastes aparecen por doquier, modernizamos nuestra infraestructura vial pero manejamos de una forma tal que convierte esta actividad en algo más peligroso que los deportes más extremos. Somos el país del "pura vida" y ocupamos los primeros lugares en los escalafones mundiales de felicidad. Algo que, sin duda, contribuye a la salud física y psíquica de la población. Al mismo tiempo, por temor a la violencia vivimos en casas carcelarias, ya sea rodeados de sucesivas líneas de rejas, portones metálicos y alambre navaja, o encerrados en residenciales y condominios privados, donde nuestros familiares y amigos deben reportarse para entrar, a menudo teniendo que dar sus nombres y las placas de sus vehículos. Una forma de vivir que parece muy poco saludable.

En este contexto general, tal vez el cambio reciente más importante experimentado por los modelos de salud y de formación de profesionales en salud es el crecimiento del sector privado. Han surgido numerosas clínicas privadas, algunas de las tradicionales adquieren características de hospital y se ha consolidado el primer hospital privado del país. El sistema público de salud sigue siendo, por tamaño y por servicios, el más importante del país, pero el sector que parece crecer más es el privado. Ello es aún más notorio en la formación de profesionales. La Universidad de Costa Rica sigue siendo la única universidad pública que forma profesionales

en salud y sus graduados son hoy día, en este campo, una minoría. Si mis datos son correctos, 20 de las 53 universidades privadas ofrecen hoy día bachilleratos y licenciaturas en esta área. En el trienio 2008-2010, la UCR graduó 1273 bachilleres y licenciados en salud, y las universidades privadas 8530, equivalentes al 87% del total.

Qué implicaciones cuantitativas y cualitativas tienen estos números para el ejercicio de la profesión, es algo que, me parece, no se ha analizado adecuadamente. Aquí me limitaré a hacer dos observaciones. La primera: mientras la UCR tiene una amplia tradición en este campo, una gran cantidad de sus carreras están acreditadas y está regida por las disposiciones de CONARE, la situación varía en el caso de las universidades privadas. CONESUP, el órgano que se supone ejerce la rectoría general, parece no haber tenido los recursos normativos y financieros, y acaso tampoco la voluntad, de establecer y hacer cumplir parámetros de funcionamiento. Con ello no estoy afirmando que haya carreras de salud en las universidades privadas que funcionen mal. Simplemente pongo sobre la mesa una situación que merece ser atendida, no en conversaciones de café sino de forma abierta por las instancias correspondientes, para beneficio del país, de su sistema de su salud y de las mismas universidades privadas.

La segunda observación es que aunque el sector privado de servicios de salud y el de formación de profesionales en el campo han crecido de forma paralela, recursos tan importantes para la formación de profesionales, como los cupos clínicos, dependen mayoritariamente de las instituciones públicas de salud. Dicho de otra forma, no parece que el sector privado de servicios de salud haya tenido la voluntad de contribuir, de forma significativa, a los procesos de formación de sus pares educativas.

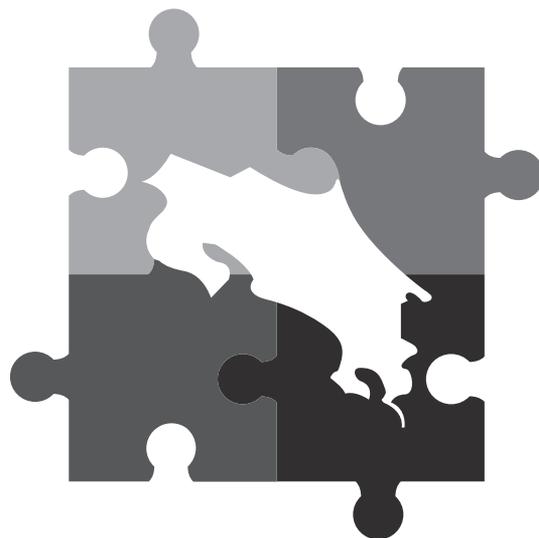
No prejuzgo, en absoluto, cuáles pudieran o debieran ser los principales resultados de analizar situaciones como estas. Lo que sí me parece es que, por su importancia y sus posibles impactos, ignorarlas simplemente no parece lo más adecuado.

La actividad que ahora arranca, está centrada en las relaciones entre el modelo de atención en salud y la formación de profesionales en esta área. Permítanme, para ir cerrando, un brevísimo comentario al respecto. Uno de los objetivos de la última reforma del sector salud parece haber sido darle más énfasis a la prevención y la promoción de la salud, así como a los niveles primarios y secundarios de atención. Habría que reflexionar sobre el grado en que esta nueva orientación ha influido, o no, en la formación de profesionales en salud. Nadie duda de que nuestro modelo de atención en salud necesite, y seguirá necesitando, médicos con crecientes niveles de especialización y sofisticación, capaces de entender y atender las viejas y nuevas enfermedades que aquejan a nuestra cambiante población, con los últimos adelantos de la ciencia y la tecnología. La necesidad de formar estos profesionales no está en discusión y parece que ha venido siendo adecuadamente atendida. Ignoro si pasa lo mismo con otro tipo de profesionales en salud, con un perfil menos médico y curativo, y más social y preventivo. Siempre habrá enfermos y merecen el mejor de los cuidados posibles. Pero deberíamos, como sociedad, enfatizar más la prevención, fomentar mejores y más saludables hábitos de vida, y ello requiere una amplia variedad de profesionales.

Termino diciendo que la salud es un tema cuyo abordaje debe ser, necesariamente, multi, inter, y transdisciplinario. Lejos de ser tarea exclusiva de los profesionales del ramo, la salud debe ser un emprendimiento social que convoque todo tipo de saberes. ¿Cómo fomentar la salud en ciudades donde problemas como el del transporte colectivo a menudo las convierte en insalubres? ¿Cómo fomentar, conservar y restaurar la salud en una sociedad que tiene una de las tasas más altas de uso de plaguicidas? ¿Cómo distribuir mejor el derecho a la salud en una sociedad que desde hace tres décadas no logra reducir significativamente sus índices de pobreza, y en la cual han aumentado los índices de desigualdad? Analizar y resolver este tipo de dilemas solo será posible si los profesionales del sector salud dialogan con profesionales de otras áreas.

Estoy seguro de que esta actividad será sumamente provechosa. Les deseo unos días de intensos debates y profundas reflexiones. Ojalá que, además de productiva, esta actividad también les resulte placentera. Al fin y al cabo, una cierta dosis de felicidad es un nutriente tan indispensable como cualquier otro para nuestra salud psíquica y física.

CONFERENCIA INAUGURAL:
TENDENCIAS EN LA FORMACIÓN DE
PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA
REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



CONFERENCIA INAUGURAL: TENDENCIAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Dra. Rosa María Borrell Bentz

Asesora Regional en Recursos Humanos OPS/OMS

Esta primera presentación, la he querido llamar: “La misión social de la educación en salud”, porque es el tema que, hoy en día, se discute mundialmente en las universidades públicas y privadas.

Quisiera iniciar con un agradecimiento especial al doctor Luis Bernardo Villalobos y a todo el equipo del Ministerio de Salud que ha estado organizando, desde hace meses, esta importante conferencia que, como dijo la doctora Reneau, sería muy bueno que concluyera con un compromiso y con una agenda de trabajo, porque construir una nueva misión social para las facultades de Medicina implica un tremendo esfuerzo de diálogo y búsqueda de consenso a lo interno de cada una de las escuelas/facultades y con todos los sectores de salud, educación y la propia comunidad.

Si bien es cierto que venimos a conversar sobre las orientaciones educativas que en el marco de la formación de los médicos y los profesionales de la salud se están realizando en los últimos años, y yo diría que por más de 20 años en algunos contextos internacionales del mundo desarrollado, no se puede hablar de eso sin referirse, en primer lugar, a las orientaciones políticas que constituyen una plataforma fundamental y que nos guían, de alguna manera, a pensar por qué tenemos que cambiar esas mismas orientaciones político-educativas, fundamentalmente en el área de Medicina y, por último, contarles un poco cómo, desde la perspectiva de un organismo internacional de carácter intergubernamental, como es la OPS/OMS, se está trabajando para contribuir con ese diálogo en la Región de las Américas.

Desde hace 37 años, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han venido insistiendo en los países, en todos los cuerpos directivos que forman parte de esta institución, en que para tener sistemas de salud robustos que puedan superar las inequidades que en este sentido existen todavía hoy en día, es necesario avanzar con la estrategia de Atención Primaria de Salud. Esta estrategia no está dedicada a los pobres, ni dedicada exclusivamente al primer nivel de atención, por el contrario, permea todos los niveles de atención de una red de cualquier sistema de salud.

En el año 2005, la organización lanzó un nuevo posicionamiento de la Atención Primaria de Salud rescatando los principios y valores esenciales propuestos en Alma-Ata en 1979, pero postulando nuevos elementos que están insertos en el marco de lo que el contexto social político, y sobre todo en salud, ha estado viviendo desde entonces. Dos años más tarde, la Organización Mundial de la Salud lanzó un documento muy importante con evidencias sobre la situación de

salud en el contexto mundial y, sobre todo, en los países más pobres, un documento que se llamó *La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca*. Asimismo, en los últimos cuatro años, hemos estado viviendo una discusión importantísima a nivel mundial sobre la cobertura universal y, en el caso específico de las Américas, hemos estado trabajando con los cuerpos directivos de la OPS en una ampliación de ese marco conceptual y metodológico de lo que es la cobertura universal de salud, porque entendemos que realmente tenemos que hablar del acceso universal a la salud.

¿Por qué se sigue esta discusión después de 37 años? Entre otras razones, porque se continúan presentando inequidades en salud y con otras enfermedades que tal vez no ameritan una hospitalización pero si un cambio de reorganización de los sistemas de salud e intervenciones de carácter social para prevenirlas y contenerlas. Este cambio de paradigmas también es necesario en la educación de los profesionales de salud, para enfrentar con otra mirada los problemas de salud-enfermedad y la reorganización de la atención.

El 29 % de la población de las Américas sigue estando bajo el umbral de la pobreza, el 40 % de la población más pobre recibe menos del 15 % del total de los ingresos, y en la región de las Américas tenemos más de 100 millones de personas de más de 60 años de edad y se prevé que para el 2020 esta cifra se duplicará; esta situación representa no solo un costo a nivel del sector salud sino también una demanda de infraestructura y, sobre todo, una urgente necesidad de recursos humanos especializados en el campo de la salud. Un 30 % de la población de la región no puede obtener acceso de atención debido a razones financieras y un 21 % se ve disuadido a buscar atención debido a barreras geográficas.

En el año 2010, 36 millones de personas de la región no tenían acceso a agua potable apta para el consumo humano, y todos recordarán que esa era una de las metas fundamentales que trazó Alma-Ata en el año 1979.

Ya se sabe que la Región de las Américas no logrará alcanzar la meta de mortalidad materna trazada por los objetivos del milenio y, además, hemos visto en estadísticas de cada uno de los países que la mortalidad infantil ha disminuido, pero todavía se observan diferencias muy severas a lo interno de cada uno de los países que la conforman.

El mundo ha adquirido compromisos de cobertura universal de salud. Existen resoluciones establecidas por Naciones Unidas y artículos publicados por una revista tan importante como *The Lancet* (dedicada fundamentalmente a los temas científicos de la medicina), sobre los asuntos de la cobertura universal de la salud y los determinantes sociales de la salud.

La "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud" fue aprobada en el marco del Consejo Directivo CD53/5, Rev.2 del 2014, que definió la cobertura universal tratando de identificar cuáles son las barreras de tipo geográfico, económico, socio-cultural, de organización y de género que tienen cada uno de los países y que solo es posible alcanzar si es que se implementan mecanismos para la eliminación progresiva de las barreras

que impiden que todas las personas puedan utilizar realmente los servicios de salud integrales determinados a nivel nacional, fortalecidos en aquellos espacios más vulnerables y de poco acceso por parte de la población y entendiendo, además, que la cobertura universal de la salud es la capacidad que el sistema de salud tiene que desarrollar para responder a las necesidades de la población.

La región de las Américas ha dedicado una década al desarrollo de los recursos humanos (2005-2015); ha sido un período de mucha intensidad en cada uno de los países y se cuenta con muchos productos en términos de políticas y de estrategias novedosas para superar, justamente, los problemas de acceso y de cobertura universal de la salud. En el año 2005, en el marco de una reunión en Toronto en la que participaron todos los países de las Américas, se hizo un acuerdo para trabajar sobre **cinco desafíos** fundamentales que tenían que ver con: las políticas y planificación de recursos humanos; con definir y adaptar mecanismos para incorporar personal en aquellos lugares más necesitados; con políticas para la búsqueda de calidad y mejor desempeño de los recursos humanos; con políticas de incentivos para atraer y retener personal en esos lugares alejados y, con políticas para controlar la migración que están teniendo los países más pobres hacia el mundo desarrollado.

Para este marco de políticas del “Llamado a la Acción de Toronto”, la Conferencia Sanitaria Panamericana del año 2007 aprobó **20 metas regionales**, las cuales han sido objeto de mediciones en muchos países, lo que ha permitido llegar a la conclusión de que, tanto el “Llamado a la acción de Toronto” como las “Metas Regionales”, fueron asumidas con seriedad por la mayoría de los países, confiriéndole a los recursos humanos un rol decisivo en la transformación de los servicios de Salud.

Sin embargo, no todas las metas se cumplieron, unas avanzaron más que otras y todavía se vislumbra mucho trabajo por delante. Una de estas, en la que realmente se comprobó que casi todos los países habían avanzado poco, fue justamente la tendencia a transformar la formación de los profesionales de la salud hacia un nuevo paradigma focalizado en la APS.

Paralelamente al esfuerzo realizado por la OPS a nivel de las Américas, también la OMS comenzó un trabajo importante en el 2006 en pro de una década enfocada hacia los recursos humanos. Para esto, acordó ayudas con alianzas en todo el mundo que iniciaron sus trabajos para contribuir a la búsqueda de un consenso para apoyar el desarrollo de los recursos humanos para la salud a nivel mundial.

Terminada la década 2005-2015 y antes de que finalizara el proceso de medición de las 20 metas regionales, ya había evidencias sobre los avances en algunos países pero, también, algunas demoras. Una de ellas era la persistencia del desequilibrio y composición en materia de recursos humanos en algunos países, particularmente en áreas alejadas y rurales, por lo que propusimos una nueva resolución al Consejo Directivo de la OPS en el 2013 (CD52/6) para *“aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud”*. En dicha resolución, se sostuvo que persisten tremendos y profundos des-

equilibrios, brechas de disponibilidad, de distribución, de composición, de competencias y productividad de recursos humanos, que se acentúan en el primer nivel de atención. Asimismo, se enfatizó la importancia de incrementar la inversión en el primer nivel de atención y expandir el mercado de trabajo en este nivel, con condiciones laborales adecuadas, particularmente en aquellos sectores subatendidos y, además, consolidar el equipo de salud y el trabajo colaborativo entre todos los profesionales de salud.

La Alianza Global para los Recursos Humanos en Salud y la OMS, han dedicado mucho esfuerzo al análisis, la investigación y la generación de evidencias en el marco mundial y muestran cómo están los recursos humanos en cada uno de los países del mundo. También plantean la existencia de un déficit de, aproximadamente, 13 millones de trabajadores de la salud para el 2035. Este es un número que llama la atención y que coloca una responsabilidad en cada uno de los países para medir cuántos recursos humanos tienen en este momento y cuánto van a necesitar en sus distintas regiones en función de su perfil epidemiológico. Igualmente, esta Alianza hizo un llamado de atención para pensar de nuevo los modelos tradicionales de formación que tienen los países.

El tercer foro mundial sobre recursos humanos convocado por la Alianza Global y la OPS, realizado en Recife en el año 2013, hizo observaciones muy importante al respecto y sus conclusiones pueden encontrarse en la página web del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de OPS (www.observatoriorh.org). De la resolución de este foro mundial, es posible resaltar algunas recomendaciones que coinciden, de alguna manera, con la visión que OPS ha sostenido en materia de fortalecimiento del primer nivel de atención:

- Dar prioridad al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud a nivel de la atención primaria, para mejorar la equidad en el acceso.
- Mejorar la distribución del personal de salud y los esquemas de retención,
- Aprovechar el potencial de los enfoques innovadores con los que se cuenta al día de hoy, incluyendo la promoción y el uso de la tecnología en salud.

Tanto la OPS como la OMS trabajan en el cierre de esta década de recursos humanos, analizando cuáles son los puntos que se deben reforzar en un plazo más amplio de tiempo (10 a 15 años), con una nueva agenda de trabajo, y se intenta hacer un esfuerzo con la OMS para trabajar algunos puntos comunes, pero considerando en todo momento que esta es la región con más inequidad del mundo y que hay ciertos puntos, posiblemente diferenciados del resto del mundo, que habría que profundizar.

En el marco de las discusiones con los países, con un grupo de expertos en debates virtuales y presenciales, aparecen tres grandes orientaciones estratégicas y líneas muy particulares que apuntan a reforzar lo que la década pasada dejó como inconcluso o lo que poco avanzó y está demorado. Primero *fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de recursos humanos*; segundo, *reorientar la educación de los profesionales de salud*, con una mirada

de atención primaria de la salud y, tercero, *mejorar la distribución y la disponibilidad del personal calificado y pertinente, especialmente en el primer nivel de atención*. Existe una matriz que está siendo discutida en varios contextos y que va ser consensuada con las autoridades de todos los países en una reunión por desarrollarse en setiembre de este año, en Buenos Aires, Argentina.

¿Cuáles son las orientaciones educativas para la formación de los profesionales de salud que, en este amplio marco de las necesidades de recursos humanos en salud, en este nuevo contexto de política de salud, se están discutiendo en distintos contextos del mundo, no sólo en América Latina?

Desde hace una década se viene trabajando con el desafío número cinco del “Llamado de acción de Toronto”, que hacía un llamamiento a “generar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación profesional, universidades, escuelas de ciencias de la salud y las de servicios, que permitan adecuar la formación de los profesionales de salud para un modelo de atención universal equitativo y de calidad, que sirva a las necesidades de salud de la población”. Sabemos que salud y educación han caminado durante muchos años por sendas paralelas; que son muy pocos los esfuerzos de construcción colectiva que se han hecho conjuntamente para definir los perfiles profesionales en salud que los países necesitan, así como para llegar a un consenso sobre cómo se pueden adecuar las experiencias educativas para que los futuros profesionales comprendan y se comprometan con lo que pasa en un país en materia de salud y de enfermedad.

Sobre este desafío se trazaron algunas metas regionales (2007-2015) que avanzaron poco; tal vez porque el porcentaje otorgado a esas metas fue elevado y ambicioso. La idea principal fue impulsar a los países para que comenzaran el trabajo de reorientar la formación de todos los profesionales en salud (no solamente de los médicos) con un enfoque más centrado en la APS; que el 80 % de los programas de formación protegieran algunos cupos para aquellos estudiantes de escasos recursos que de otra forma no podrían tener acceso a la formación en salud, y que el 70 % de todas las escuelas de ciencias de la salud y de salud pública estuvieran acreditadas. Sobre el tema de acreditación se avanzó fundamentalmente en la formación médica, pero no se avanzó sustancialmente en la acreditación de los programas de formación de otras carreras de ciencias de la salud.

Para acompañar los desafíos y metas adoptadas se hizo una propuesta conceptual y metodológica en relación con la formación médica orientada hacia la APS; también se realizó un estudio e intercambio con todas las agencias acreditadoras en el área de la medicina en América Latina, para analizar los indicadores propuestos en sus metodologías de evaluación y acreditación y, evidentemente, que la APS afloró en pocos de ellos.

Existe un gran desafío tanto a nivel de grado como de posgrado y, recientemente, se empezó por analizar en el CENDEISS lo que acontece en el mundo de las especialidades médicas y de la formación de los especialistas en salud, que es otro componente muy complejo y que requiere de una mirada integradora, particularmente desde el punto de vista político y de la planificación.

A nivel del pregrado, hay que avanzar en la construcción -no solamente en las universidades públicas, sino también en la privadas- de un perfil de egresado de medicina idóneo para un médico general, que esté en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y rehabilitación, con un enfoque biopsíquico-social-ambientalista. Ya no se puede desconocer que en el marco de la salud existen determinantes sociales que realmente establecen la calidad de vida de la gente, dependiendo del contexto donde viven. Tampoco se puede desconocer la APS como una estrategia y un eje transversal en la formación en salud a lo largo de los años de estudio, debe ir más allá que una asignatura cualquiera en un momento determinado.

En los últimos años se ha publicado literatura sobre experiencias y testimonios que dan cuenta del movimiento mundial transformador de la formación de los recursos humanos en salud, particularmente de los médicos; de nuevo las publicaciones de la revista científica *The Lancet*, entre otras muchas, dedicadas a esta temática y a la referente a la adopción de los determinantes sociales de salud.

En un análisis realizado por la Unidad de Recursos Humanos de OPS sobre dichas publicaciones a nivel mundial, se encontraron algunos puntos comunes y sobresalientes entre los que se pueden citar: definir la responsabilidad o misión social, o el *accountability* (como en algunos países lo llaman); promover la educación en atención primaria, el compromiso político y la coordinación entre los sectores de Salud y Educación. No se podrá transformar la educación en ciencias de la salud si no se actúa de manera coordinada y consensuada entre los ministerios de salud, la seguridad social y las propias facultades/escuelas de Medicina. También la literatura revisada presenta como mensajes comunes la transformación educativa y pedagógica y la incorporación de las tecnologías de la información en los procesos de aprendizaje.

En el 2014 en Tailandia, se celebró una conferencia mundial organizada por la Fundación del Príncipe Mahidol, la cual está dedicada, fundamentalmente, a los temas de la salud pública y que por primera vez, después de muchos años de celebrar conferencias mundiales, dedicó la conferencia a la *Transformación educativa para alcanzar la equidad en salud*.

En esa conferencia las conclusiones fundamentales fueron: la excesiva especialización que tenemos en el mundo en relación con las necesidades de generalistas y, muy especialmente, a las necesidades de médicos de familia. Se habló también de los cuellos de botella en el número y composición de los recursos humanos especialmente en zonas subatendidas y rurales, el problema de la migración, la calidad de la atención que no es posible seguir trabajando si no se realiza conjuntamente con la calidad de la educación; la ausencia de valores y de principios en la formación profesional, el compromiso con las comunidades, la falta de rendición de cuentas sobre la responsabilidad social de las escuelas, de los estudiantes y de los graduados ante las iniquidades en salud. En las recomendaciones finales se abogó con firmeza por una responsabilidad social de parte de las escuelas.

El llamado más fuerte que se hizo en Tailandia fue la necesidad de instalar reformas institucionales conjuntas entre Salud y Educación, coincidiendo con el desafío #5 del “Llamado a la acción de Toronto” del 2005. Sobre este tema específico se discutieron aspectos que ya se han planteado desde hace muchos años: el aprendizaje basado en competencias, el aprendizaje interprofesional (se reconocen pocas experiencias en el mundo en este aspecto); el diseño del currículo flexible, modular y de enseñanza innovadora; el fortalecimiento de la capacidad del docente para acompañar el aprendizaje de los estudiantes en servicio en las comunidades más necesitadas; el nuevo rol de los profesionales de salud; el aprendizaje en todos los niveles de los servicios, ya que no solo se aprende en los hospitales sino en todos los contextos, fundamentalmente donde la gente trabaja, vive, y se mueve, es ahí donde empieza el aprendizaje de nuestros profesionales de la salud para que comprendan cuál es su situación de salud y de enfermedad.

Enfocar la formación de las comunidades en la práctica rural y en todos los servicios de la red del sistema de salud pareciera ser el gran reto que tienen los formadores de recursos humanos en salud, trabajando al mismo tiempo con los ministerios y la seguridad social en fuertes esquemas de retención y motivaciones para que los egresados puedan permanecer en los servicios de esos lugares donde más se les necesite.

Por otra parte, la calidad de los cambios educacionales impulsados a través de los procesos de acreditación y certificación debería contemplar los nuevos indicadores que el mundo está discutiendo para medir la incorporación de la APS, los determinantes sociales de la salud y la inserción temprana de los estudiantes en las comunidades y en la red ampliada de servicios, desde el primer año de la carrera. De lo que se trata es de cambiar un enfoque y un paradigma que hemos venido discutiendo por más de 40 años, que es el enfoque “flexneriano”, que de alguna manera representa un paradigma centrado en la fragmentación, la especialización, la curación, la hospitalización, el trabajo individual, entre otros.

Hay algunos temas que son viejos y más bien acumulativos. Se recomienda revisar el primer editorial de una famosa revista que la OPS publicó por más de 30 años -*Educación Médica y Salud*- escrito por el director emérito Dr. Abraham Horwitz, quien dijo que “la esencia de la Educación Médica ha sido y continua centrada en obtener una mejor salud para los pueblos mediante la formación y el adiestramiento de profesionales y técnicos conscientes de sus responsabilidades específicas y sociales”.

También el padre de la Atención Primaria de Salud de OMS, dijo en el año 1977: “en su mayor parte, las escuelas de medicina del mundo preparan a los médicos no para ocuparse de la salud del pueblo, sino para un ejercicio profesional ciego a todo lo que no sea enfermedad y tecnología para combatirla... estas instituciones preparan a los médicos para ocuparse de casos raros que pocas veces se presentan, en lugar de enseñarles a resolver los problemas comunes de salud de la comunidad”.

Algunos países están avanzando de manera consensuada en reconocer cuál es la visión que deben tener en adelante acerca del perfil de médico que necesitan y necesitarán en un futuro inmediato, de acuerdo con los compromisos de acceso y cobertura universal y con los desequis-

libros en la distribución de médicos en cada una de sus regiones. Los canadienses, por ejemplo, después de un largo debate que los llevó a un consenso, han publicado un decálogo de lo que debiera ser la educación médica en Canadá. Se puede resaltar el valor del “*generalismo*” o la *visión generalista del médico* que están promoviendo y cabe rescatar la intencionalidad de profundizar en el “*curriculum oculto*”, porque detrás de un programa académico o de un plan de estudio se esconden posicionamientos diversos, ideologías antagónicas y miradas distintas acerca de lo que se debe enseñar, de la misión de la Medicina, del pensamiento sobre la salud y sus determinantes sociales, etc., con lo cual hay que tener presente que, una transformación curricular no es suficiente si es que no trabajamos en procesos de construcción colectiva y una agenda permanente de búsqueda de consenso entre la comunidad académica, especialmente con los docentes de la escuela de Medicina.

También en Estados Unidos, en el Senado de la nación, se ha formado desde hace algunos años un *Subcomité de atención primaria y envejecimiento*, que trabaja sobre las iniquidades en salud dentro del país y sobre la demanda que tienen particularmente en la atención primaria, todo esto en el marco de la nueva ley de salud *Affordable Care Act*. Este es un paso de avance que merece ser revisado, pues propone ideas fundamentales y novedosas en el contexto norteamericano con el fin de: ampliar los centros de salud de la comunidad para atender a más personas; aumentar las oportunidades para educación y residencias en atención primaria en entornos comunitarios; preparar mejor a los estudiantes para la atención primaria con carreras alentadoras en este ramo; fomentar la fuerza laboral de atención primaria aumentando el número de becas y oportunidades de préstamo-reintegro, y ampliar la función y participación de los profesionales y trabajadores no médicos, entre otras.

Para estas propuestas, el presidente Obama ha otorgado 230 millones de dólares por cinco años para la implementación de 25 programas de formación de profesionales de la salud, así como para 82 programas de residencia en medicina familiar en contextos de poblaciones subatendidas y, especialmente, para el nivel rural.

De forma paralela a estos cambios, la literatura sobre educación médica muestra evidencias sobre los cambios que muchas escuelas/facultades desde hace muchos años, y con mayor fuerza en estos momentos, están realizando con este nuevo marco de lo que busca la nueva ley nacional. Se ha formado un movimiento llamado *Beyond Flexner: Social Mission in Medical Education* que llama mucho la atención por ser este el contexto donde surgió y se desarrolló el modelo de Flexner. Este movimiento ha convocado a facultades canadienses que están trabajando también con una nueva mirada de descentralización del aprendizaje en zonas rurales y, en abril de este año 2015, también ha convocado a escuelas/facultades de medicina latinoamericanas que están haciendo un esfuerzo por lograr cambios profundos en la educación médica, acompañadas por los ministerios de salud. (Ver documentos de las reuniones de Tulsa, Oklahoma, 2012 y New México, 2015 en: www.observatoriorh.org)

Más allá del compromiso social que tienen las universidades, las facultades/escuelas que participan de este movimiento se han comprometido con dos asuntos relevantes: **con la salud de las comunidades y territorios en los cuales se insertan las escuelas y, particularmente, con el acceso de atención a los más necesitados.** Además, se han comprometido con la **disminución en la escasez de médicos en zonas rurales y sub atendidas.** Para cumplir con este propósito han diseñado ocho modalidades de cambio que pasan por:

- una declaración de la misión social con la que se comprometerán;
- una propuesta de admisión diferente para traer estudiantes de bajos recursos;
- un aumento de matrícula en el número de estudiantes de escasos recursos;
- el desarrollo de programas llamados *pipeline* que son programas de abogacía y promoción sobre las profesiones de la salud y la incorporación de estudiantes de los últimos dos años de secundaria para insertarse, conjuntamente con los estudiantes de medicina, a las labores de promoción y de prevención en las comunidades rurales y subatendidas, contribuyendo además con investigaciones sencillas sobre lo que sucede en salud en estos espacios;
- la transformación curricular con la incorporación de los determinantes sociales;
- la inmersión temprana de los alumnos en las prácticas comunitarias a lo largo de todo el programa educativo;
- el desarrollo de posgrados en las mismas zonas;
- la formación de los formadores, para adecuar el nuevo modelo a seguir requerido para esta nueva formación.

De todas estas modalidades destaco *la inmersión temprana de los estudiantes* de medicina que, desde el primer año de la carrera, se incorporan a la práctica en zonas urbanas sub-atendidas y rurales, con esquemas de investigación que se van complejizando en el tiempo y que empiezan por analizar de que se enferma y muere la gente en esta comunidad; con fuerte debate en aula a su regreso, con el compromiso de darle seguimiento a la comunidad y las familias que también se van volviendo más complejas, hasta dar continuidad a la atención a través de sus estudios de posgrado, desarrollados en los mismas comunidades elegidas por la escuela/facultad.

La **responsabilidad social** ha sido definida en muchos debates mundiales y a través de publicaciones que todos pueden revisar. Algunas de las modalidades que se van asumiendo no solo en el contexto de países desarrollados, sino también latinoamericanos, se contraponen a las modalidades tradicionales hegemónicas de la educación médica, que envían a los estudiantes de término a las zonas rurales luego de haber estado inmersos en prácticas de aprendizaje programadas exclusivamente en los hospitales. De esta forma, se genera un rechazo por parte de los estudiantes, ya que su ámbito de práctica conocido es el hospital y no el contexto comunitario donde vive la gente con sus problemas y los determinantes que los generan.

En algunas experiencias latinoamericanas se comienzan a ver algunas novedades de transformación importantes, como la observada en la Universidad Nacional de la Matanza, en Argentina, con el desarrollo de un currículum integrado donde la organización de los contenidos en bloques o módulos pasan a llamarse de acuerdo con conceptos que abarquen los ciclos de vida, por ejemplo: la salud integral de la mujer, la salud del niño, de la niña y del adolescente, la salud del adulto mayor, etc., y no por el nombre de las especialidades clásicas (ginecología, pediatría, geriatría). De lo que se trata entonces es de:

- Adoptar un nuevo paradigma, pasando del enfoque centrado en la enfermedad a un enfoque de y por la salud.
- Avanzar sobre la medicina preventiva para recolocar la salud pública y la atención primaria de salud de manera transversal en todo el programa de estudio.
- Abandonar el paradigma meramente biológico (que evidentemente hay que tratarlo) para incorporar los determinantes sociales en el análisis de los problemas de salud-enfermedad.
- Superar el enfoque mercantilista que tenemos en medicina y discutir una nueva ética con los estudiantes y los profesores, instalando la discusión por la vida, el derecho a la salud y la dignificación de la personas.
- Sobrepasar la enseñanza exclusivamente hospitalaria y los programas extra murales y situar a los alumnos y tutores en las comunidades como escenario de aprendizaje y compromiso.
- Superar el currículum fragmentado y avanzar sobre uno más integrado y de la educación centrada en el docente a la educación centrada en el alumno.
- Cambiar la educación de aulas focalizadas en la transmisión vertical (educación bancaria) por un aprendizaje basado en la pregunta, la investigación y la reflexión.

Todos estos cambios requieren de una responsabilidad compartida entre toda la comunidad de la salud, no solamente entre la Universidad y el Ministerio, sino también con las redes de servicios, las propias comunidades y las asociaciones de los profesionales de la medicina.

Todos estos temas que he presentado se han estado discutiendo y mostrando a través de la plataforma del Observatorio de Recursos Humanos en Salud (www.observatoriorh.org), donde podrán ver los resultados (videos, presentaciones, debates y conclusiones) tanto de las reuniones presenciales, así como de diálogos virtuales. Podrán analizar lo que están haciendo algunas escuelas de la región y visitar las comunidades de práctica donde se desempeñan los médicos de las escuelas que ya presentan los cambios analizados.

La última reunión sobre la Misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud fue desarrollada en Manaus, Brasil, en setiembre del 2014; buscaba discutir nuevamente el concepto y construir indicadores que ayudaran a su medición. Pueden encontrar los resultados en la plataforma; los videos de los conferencistas, sus presentaciones, las discusiones, las conclusiones y recomendaciones, así como el informe final.

Utilizando esa maravillosa herramienta que es la tecnología y las plataformas de la Unidad de Recursos Humanos del departamento de Sistemas y Servicios de Salud de OPS, es posible acceder muchos diálogos virtuales, no únicamente sobre la educación médica, sino también sobre lo que está pasando en este mundo complejo de las residencias médicas en este continente, en materia de planificación, de gestión y de formación. Les invito a visitar esta página y a mirar toda la información valiosa de lo que sucede en el contexto latinoamericano, norteamericano, canadiense, español y de otras partes del mundo. El último diálogo virtual que se realizó, y que fue muy exitoso, fue sobre la planificación y formación de especialistas en medicina familiar, en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

También se puede acceder a productos muy específicos en el Campus Virtual de Salud Pública (www.campusvirtualesp.org) como el curso de *Formación de formadores de médicos con un enfoque de atención primaria*, donde ya ha habido cinco cohortes de egresados.

CIERRE DE CONFERENCIA Y COMENTARIOS

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal

Presidenta Ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social

Hoy estamos aquí reunidos para debatir en ***la Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación de Profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica***, es decir; se habla de dos asuntos que parecieran distintos pero, en los cuales, necesariamente, tiene que haber un encuentro, un punto no solamente de conjunción sino de visión, que fue el primer aspecto que la Dra. Borrell mencionó, es decir; ¿cuáles son las orientaciones políticas que va a tener la formación de recursos humanos en salud?, que, en este caso, no pueden estar alejados de ese modelo de atención que como sociedad se ha acordado desarrollar.

En este sentido, el modelo de atención se puede ver como esos arreglos institucionales que se desarrollan para prestar servicios a la población, los cuales deben contar con diversos recursos de infraestructura, tecnológicos, informáticos, pero, lo más importante, es la formación de los recursos humanos para la prestación de esos servicios. En Costa Rica, desde los primeros años de la década de los setentas recordamos al Doctor Juan Guillermo Ortiz Guier, hablando de este modelo basado en la atención primaria en salud, es decir, que para los costarricenses no es nuevo conversar sobre este tema, lo que es nuevo es que cada vez estamos más alejados de las comunidades en el proceso de formación, y ese es el primer llamado de atención que yo quisiera hacer en esta reflexión.

En el momento en que los profesionales de la salud estén alejados de sus comunidades durante el proceso de formación, estarán cada vez más alejados de la salud y, por lo tanto, van a estar más centrados en la enfermedad, por eso este es el primer aspecto que se debe tratar. El segundo aspecto, no menos importante y que está relacionado con esto, es que esa comunidad arroja información en salud sumamente significativa desde la perspectiva demográfica y epidemiológica, datos acerca de ¿cuántos son?, ¿quiénes son esas personas en las comunidades?, ¿cómo es que están conformadas esas familias?, ¿cómo están distribuidas en el espacio geográfico poblacional?, ¿cómo conviven esas familias?, ¿cómo hacen uso de los recursos naturales?, ¿cómo protegen esos recursos naturales?, es decir, ¿cómo esas comunidades hacen uso de los servicios, de los ecosistemas sin agotar los recursos, y si son respetuosos con el medio ambiente?; toda esa información es importante para la salud.

También es información relevante saber ¿cuáles son los factores de riesgo a los que la población está expuesta?, ¿de qué se enferma la población?, ¿cuáles son esas prácticas poco saludables que tiene la población en lo cotidiano?, ¿cómo se elaboran los alimentos?, ¿cómo se dedica tiempo al esparcimiento en la familia?, ¿cuál es el espacio de convivencia?, ¿cuál es el grado de seguridad?, como lo decía don Bernal Herrera, ¿cuáles son esos espacios de convivencia que se tienen en la comunidad y cómo eso ayuda a tener más salud?, o ¿cómo eso hace que se recupere más rápido la salud?. Pero, también en las comunidades encontramos poblaciones enfermas, entonces se debe reconocer ¿cuál es la enfermedad que tienen?, ¿cómo es que se generó esa enfermedad?, ¿cómo es que la persona cuida de su salud y cómo es la recuperación de esa enfermedad?

Quisiera aprovechar para traer a colación las palabras de una autora llamada Susan Sontag, la cual leí y siempre recomiendo leerla. Ella habla de que todas las personas nacen con dos pasaportes, un pasaporte para transitar en el mundo de los sanos y un pasaporte para transitar en el mundo de los enfermos; todas las personas quisieran usar solo el primer pasaporte pero, tarde o temprano, aunque no quieran, van a tener que usar el pasaporte del mundo de los enfermos. Y repito la frase de Sontag: "el mundo de los enfermos", esto es muy importante porque es un mundo de lo que se genera alrededor de la enfermedad y, cuando se transita por ahí, las personas quieren que se les reconozcan primero sus temores, los miedos que le tienen a esa enfermedad y la necesidad de que se les trate dignamente.

El tema de la dignidad pasa por el reconocimiento de los derechos de la población y debe pasar también por el derecho de los recursos humanos en salud a una formación adecuada, de calidad, oportuna, acreditada, reconocida, validada socialmente, cuyo trabajo sea reconocido. La mayoría del personal de salud trabaja con mucho ahínco, lamentablemente, algunos factores externos afectan su trabajo, son el tipo de situaciones que deben recuperarse en la formación de los recursos humanos e inician en el espacio de lo local; ese espacio de reconocer la dinámica comunitaria y familiar y cómo es que, como profesionales, estudiantes, actores en salud, irrumpen en esa vida cotidiana con sus saberes, pero también con sus temores, con sus capacidades y sus

habilidades, y cómo a partir de la formación que han recibido pueden hacerlo de una forma en que se conjunten esos saberes para resolver o mejorar los problemas de salud.

Hace unos meses tuve la oportunidad de participar en una discusión sobre la importancia de la información en salud, en esa actividad surgió un asunto que me parece muy importante recordar y que tiene que ver con la historia de Costa Rica. La información en salud más relevante es aquella que es de utilidad para el que la registra y, a pesar de que este es un tema que parece Perogrullo, debe ser redimensionado. Si el profesional en salud es el que registra el peso, la talla, la edad de las personas, esa información debe ser de utilidad; si solamente se está registrando esa información para llenar documentos que van a ser analizados y evaluados en otro momento, no se sabe cuándo, ni para qué, no tiene ningún valor; esto quiere decir que en la atención primaria de salud, la formación de los recursos humanos en salud tiene que estar basada en ese registro, en esa información que permitirá hacer un análisis o valoración de las condiciones de salud para tomar acciones pertinentes. No se trata de hacer un registro por sí mismo; en el momento en que se haga un registro para que otros lo vean, que sirva solo para revelar realidades a otras personas lejos de los contextos, ahí se estaría perdiendo una gran oportunidad de incidir en las condiciones de salud y de recuperar la enfermedad desde el primer nivel.

Por último, quisiera mencionar que la formación de recursos humanos en salud tiene que pasar sin duda, en el caso de Costa Rica, por una interdisciplinaria en los primeros años de formación, y como lo dicen ahora tan sabiamente los canadienses, con una inserción muy rápida en las comunidades desde el inicio de la formación.

Es seguro que esos dos elementos, en el caso de Costa Rica específicamente, permitirían realmente dar un vuelco diferente, no solamente a los retos existentes, sino a las necesidades; y volviendo al tema de la información, ¿para qué la formación de recursos humanos?, ¿para qué un modelo de atención si no está de cara a la población? Es de cara a la población, con base en el conocimiento de las personas y de sus necesidades, de sus problemas y de sus capacidades, como el modelo de atención tiene que sustentarse y, por lo tanto, la formación de recursos humanos tiene que darle continuidad.

Siempre se ha dicho que el modelo va adelante y los recursos humanos vienen atrás, pero, definitivamente, eso es algo con lo que hay que romper y yo les invito a romperlo en estas reflexiones; no es el modelo primero ni los recursos humanos después, porque quiénes hacen el modelo son las personas. Los recursos humanos en salud son los que hacen el modelo, son estos los que brindan la atención, son los que registran, los que hacen los instrumentos de evaluación, los instrumentos de reporte, las guías, las normas, los procedimientos, ya que estos no vienen caídos del cielo, sino que están dados por esos profesionales de la salud que están trabajando como personas y para personas. No se puede olvidar en esta discusión que las personas tienen que estar en el centro del modelo y de la formación de los recursos humanos en salud.

PANEL INTEGRADO:
MODELOS DE ATENCIÓN DE
LA SALUD Y DESAFÍOS EN LA
FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN
CIENCIAS DE LA SALUD



PANEL INTEGRADO: MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y DESAFÍOS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Ponentes:

- Dr. Carlos Arrea Baixench, presidente de la Academia Nacional de Medicina, Costa Rica.
- Dra. Claudia Naranjo, coordinadora del Proyecto de Promoción de la Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Dr. Mario Rovere, decano de Ciencias de la Salud-ULAM-Argentina.
- Dr. Raúl Sánchez Alfaro, director de la Dirección de Desarrollo de los Servicios de Salud.

Comentarios:

- Mag. Ana Zulema Jiménez Soto, secretaria distrital de Salud de Bogotá.
- Dr. Horacio Chamizo, profesor de la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica

Coordinadora: M.Sc. Carmen Vásquez Peñaranda, Ministerio de Salud.

LOGROS Y DESAFÍOS DEL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA, SU APLICACIÓN A LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA

DR. CARLOS ARREA BAIXENCH

La siguiente figura muestra cómo se han modificado los indicadores de salud en los últimos 73 años. Se tomaron las cifras existentes en 1940 para compararlas con las del 2013.



Figura 1: Indicadores de Salud en Costa Rica 1940 - 2013

El primer indicador es la población del país, que en 1940 era de 656.000 habitantes y en la actualidad es de 4.872.166. Con un crecimiento tan grande en un lapso relativamente corto de tiempo, lo lógico sería que se deterioraran los principales indicadores de la salud, sin embargo, esto no sucedió y, por el contrario, los índices mejoraron. También se muestra cómo ha cambiado la estructura de la población. La mortalidad general, medida con una tasa por cada 10.000 habitantes, pasó de 12 en 1940 a 4,21 en 2013.

La mortalidad infantil de 123 por cada mil nacidos vivos que teníamos en el 1940 ha bajado a 8.5 en 2013, siendo la tercera mejor de Latinoamérica, solo superada por Cuba y Chile. La

esperanza de vida que estaba estimada en 46.9 años en 1940, ha subido a 79.3 en 2013, siendo una de las más altas del mundo. Estos indicadores expuestos son la razón por la que siempre se nos ha colocado como uno de los países con mejores índices de salud en Latinoamérica.

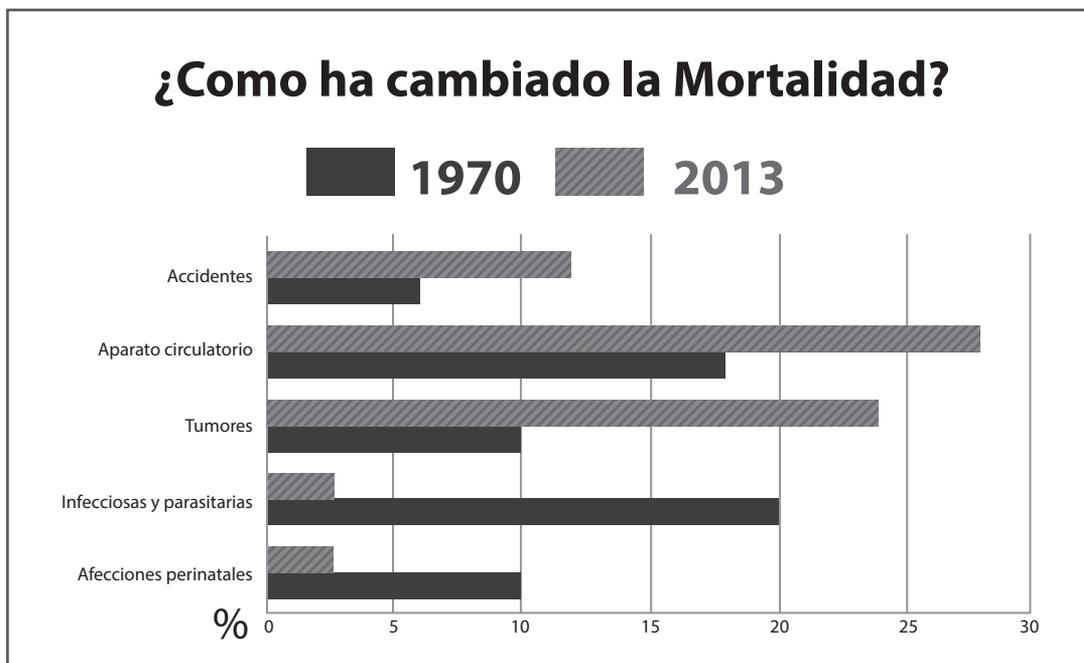


Figura 2: Gráfico ¿Cómo ha cambiado la Mortalidad? 1970 -2013

Para completar la evolución que muestran los indicadores anteriores, se presenta este gráfico que compara las causas de mortalidad de 1970 con las del 2013. (Figura2, datos del INEC). En 1970 las enfermedades infecciosas y parasitarias eran la principal causa de muerte, las afecciones perinatales también tenían cifras muy importantes, mientras que, en la actualidad, ambas no llegan ni al 5 %. Eso sí, desde ese tiempo las enfermedades cardiovasculares tienen gran relevancia, siendo la segunda causa de muerte en el país. En el 2013 las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los accidentes, en ese orden, son las tres principales causas de muerte, las tres pueden prevenirse o descubrirse en forma temprana, cuando sus tratamientos son más efectivos y más baratos; es en ese momento cuando la atención primaria de la salud puede lograr grandes cambios en los resultados y el gasto.

En la Figura 3 se muestra el porcentaje del PIB que distintos países dedican a su Salud, se comparan: Alemania, Argentina, Canadá, Chile, Costa Rica, España, Estados Unidos y Francia. Los porcentajes de todos esos países, menos los Estados Unidos, no son muy diferentes a los de nuestro sistema, pero la mayoría de ellos tienen mejores indicadores de Salud de que lo que tenemos en nuestro país. Esto es un indicador de que algo se está haciendo mal y por eso tenemos esos resultados.

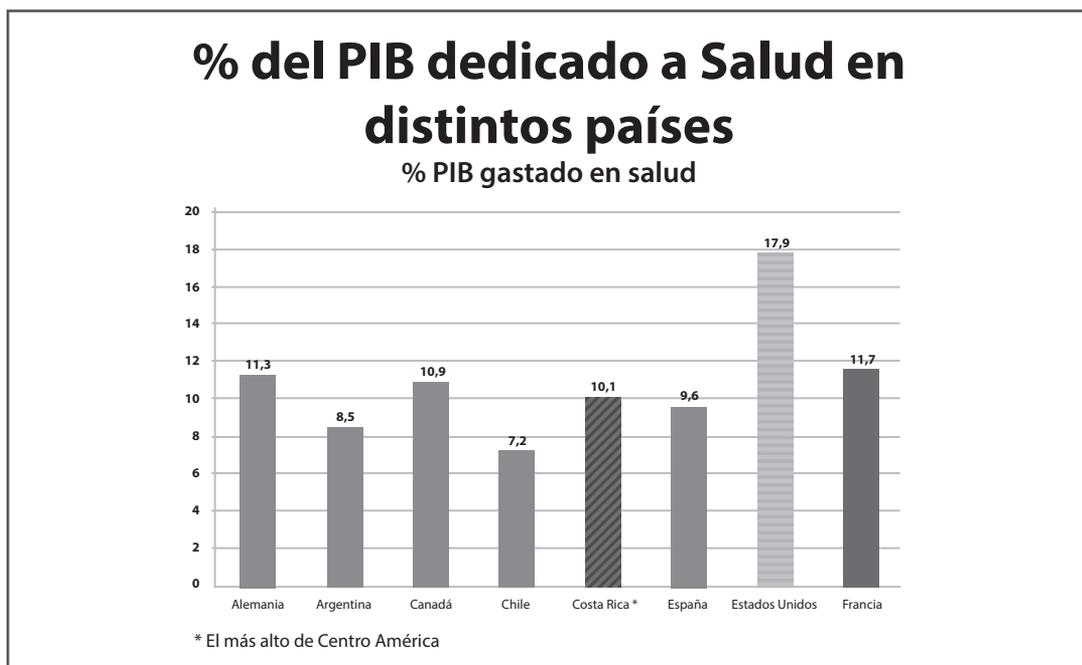


Figura 3: Gráfico % PIB dedicado a salud en distintos países

Los Estados Unidos merecen un comentario aparte porque gasta una cifra de 17.9 % que es casi el doble de los países mencionados. A pesar de eso no da atención a toda la población y un porcentaje muy importante solo tiene atención en las emergencias. Esto se explica porque ahí se practica una medicina defensiva contra las demandas legales, además, fundamentan su labor en médicos especialistas que mayoritariamente trabajan en forma individual, sin integrarse en equipos, algo que no debemos imitar.

Para comprender cuáles son los desafíos que tiene nuestro sistema analizaremos, en primer término, como es que gastan el dinero los países que tienen sistemas de salud mejores que el nuestro, para lo que hemos tomado como ejemplo los países Escandinavos, que son de los mejores del mundo, y los comparamos con los de Costa Rica. La imagen lo presenta en forma de una romana con dos platillos, en uno de ellos se ha colocado lo que se gasta en la Atención de la Enfermedad y en el otro lo que se emplea en financiar la Atención Primaria. (Figura 4)

Se considera como *Atención de la Enfermedad* lo siguiente: diagnósticos tempranos, medicamentos efectivos, adecuada red hospitalaria para la atención de padecimientos que lo requieran, enseñanza e investigación. *La Atención Primaria* comprende: vacunas efectivas, atención primaria con médicos de familia, estilo de vida saludable, responsabilidad individual de la salud, ambiente saludable y promoción de la salud.

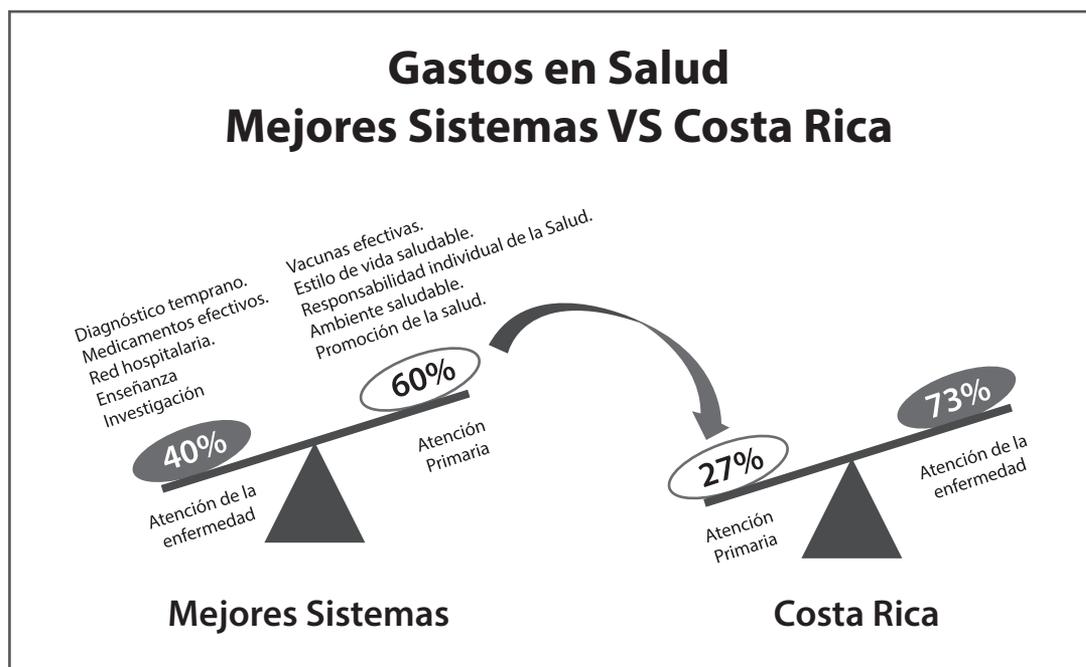


Figura 4: Comparación gasto en Salud mejores sistemas vs Costa Rica

Definidos en esa forma los dos grupos que comparamos, los países con mejores indicadores de salud gastan el 40 % de su presupuesto en la Atención de la Enfermedad, en tanto que, en la Atención Primaria gastan el 60 %. Cuando confrontamos estos datos con la forma como se gasta el dinero en Costa Rica, encontramos un comportamiento completamente inverso, 27 % en la Atención Primaria y 73 % en la Atención de la Enfermedad. Es en esta diferencia donde se encuentra la explicación de que en nuestro país se hayan obtenido resultados inferiores, ya que al hacerlo así no se están previniendo algunas enfermedades ni diagnosticando otras en sus inicios, en el momento en que los tratamientos da mejores resultados y son más baratos.

Este es un concepto que se debe enseñar en las escuelas de Medicina, pues en esas instancias el tiempo que se dedica al estudio de las especialidades es desproporcionalmente mayor al que se dedica a la Atención Primaria.

Les recomiendo el libro *The innovator's prescription*, del autor Clayton Christesen, profesor de la Universidad de Harvard, dedicado a los conceptos innovadores que cambiarán las cosas. Además, presenta una importante opinión sobre la atención de la enfermedad que se puede apreciar en la Figura 5, la cual muestra el avance que está teniendo la tecnología médica y se compara con el avance que es necesario para ofrecer una buena calidad de la medicina. Ambos conceptos evaluados, tanto en el tiempo como en la calidad. Se representan la mayoría de las enfermedades con un rectángulo azul, donde muy claramente se ve como la tecnología crece mucho más de lo que es necesario para tratar la mayoría de las enfermedades.

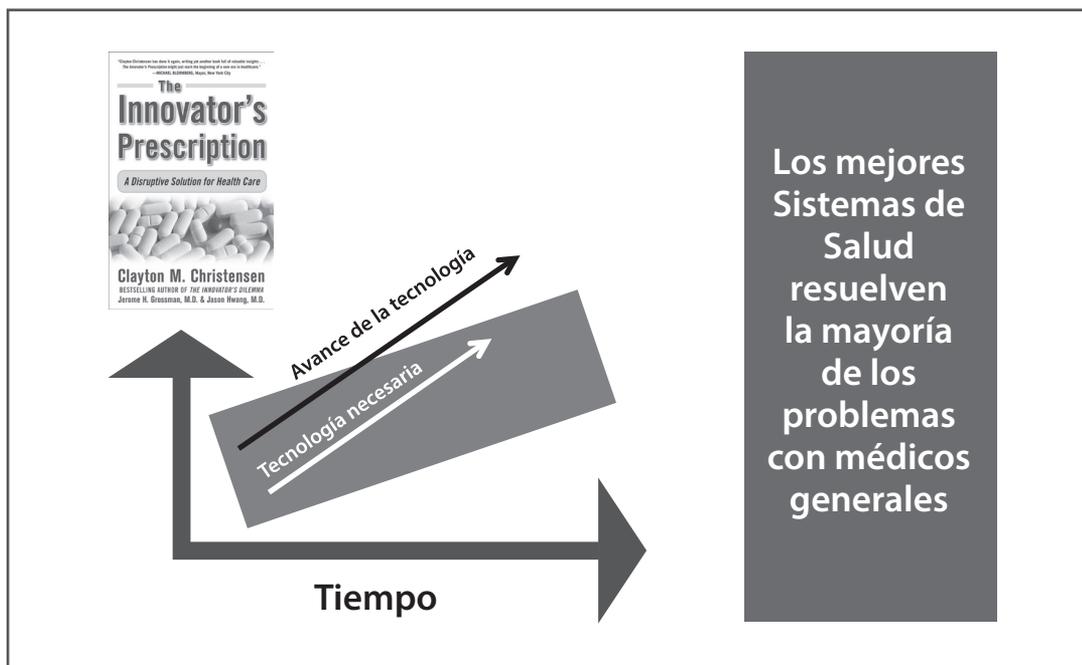


Figura 5: Avance de la tecnología médica

Este es un concepto fundamental basado en la premisa de que los mejores sistemas de salud del mundo son los que se basan en la Atención Primaria con médicos de familia o generales con buena capacidad resolutoria. El 80 % de las enfermedades no necesitan de un especialista para su tratamiento.

El mismo libro propone agrupar las enfermedades en una forma distinta a como se ha hecho desde los inicios de la Medicina. Propone hacer tres grupos, el primero que llama Enfermedades de Precisión, el segundo Enfermedades en Estudio y el tercero Enfermedades Complejas (la traducción no es literal, sino que me he tomado algunas libertades para que se entienda mejor el concepto).

Las **Enfermedades de Precisión** son aquellas de las que se conoce bien su causa y los tratamientos están bien establecidos y probados en su efectividad. Todas tienen protocolos que se aplican en su abordaje y los que deben ser actualizados, cuando nuevos conocimientos aparezcan. Este grupo tiende a crecer en el futuro cuando algunas de las enfermedades en estudio completen sus conocimientos y lleguen a tener las condiciones que permitan su traslado. Este grupo **no necesita ser tratados por especialistas**. Pueden ser manejadas por médicos generales, así como por otro personal de salud. Un buen ejemplo son las Clínicas de 15 minutos que las enfermeras han popularizado en los Estados Unidos y lo que han hecho siempre los farmacéuticos.

Enfermedades en Estudio son aquellas de las que no se conocen bien sus causas y los tratamientos no son siempre efectivos. Este es el grupo que cambiará en el futuro cuando la investigación les permita tener las condiciones del grupo anterior.

Enfermedades Complejas son las que no se conocen bien su causas y los tratamientos tampoco dan siempre buenos resultados. Es en estas donde es importante la experiencia, la actualización y el entrenamiento, ya que son las que usan la alta tecnología que se sale del rango y necesitan las que hemos agrupado como de precisión. Además, **estas son las que necesitan de la atención de los especialistas.**

Estos conceptos, que tienen una gran lógica, deben tomarse en cuenta en la preparación de los futuros médicos, pues si conocen y pueden tratar ese grupo de enfermedades de precisión van a resolver el 80 % de los problemas de sus pacientes.

Seguidamente, se presentarán algunas recomendaciones que mejorarían mucho la actuación de los EBAIS, aprovechando también la oportunidad para mostrar importantes adelantos que van a modificar radicalmente la medicina y que los médicos están en la obligación de conocer.

La primera obligación que tienen es acercarse a las **familias** para conocer su ambiente y esto les va a permitir detectar algunos problemas, por ejemplo: que tienen una deficiente o demasiado abundante alimentación. Todos estarán muy delgados o gordos. Asimismo, el hecho de visitarlos va a permitir establecer un contacto y abrir la comunicación entre ambas partes.

Es muy importante que conozcan toda la comunidad, tanto desde el punto de vista del conocimiento de las principales enfermedades que padecen, como para conocer las facilidades de salud que tienen (agua potable, buen manejo de aguas residuales, contaminaciones, etc.) Es una excelente oportunidad para dar algunas conferencias que promuevan la salud y, sobre todo, insistir en el concepto de que la Salud es una responsabilidad de cada persona.

Para poder desempeñar todas estas funciones deben organizar a todos los miembros de su unidad en un equipo. Para hacerlo es fundamental que existan reglas claras y una comunicación fluida y transparente, donde la confianza entre los integrantes del grupo prevalezca siempre. Será en estas unidades donde los avances tecnológicos cobrarán muchísima importancia. Desde el teléfono fijo que permitía una comunicación entre los miembros de la comunidad que lo tuvieran, se pasa a las computadoras que en su inicio facilitaron la recolección de datos y que rápidamente llevaron al teléfono celular que amplió la comunicación, permitiéndole a las personas hacerlo desde cualquier lugar, incluso traspasando las fronteras, usando el teléfono inteligente que ya es una computadora, la nube y, finalmente, los dispositivos médicos que nos permitirán, a través de los sensores, controlar una gran cantidad de signos médicos a distancia.

Desde luego, será necesario el tratamiento de los enfermos y, en ese campo, se deben considerar tres grupos. El primero es el de las Emergencias que tienen que ser resueltas algunas en el mismo EBAIS, cuando su condición y las facilidades lo permitan, las otras deben trasladarse cuidando de estabilizar a los pacientes; las más graves emergencias se han presentado en las

guerras y en la actualidad los pacientes se estabilizan y son trasladados a centros que tengan la tecnología que les garantice la mejor calidad de atención.

El segundo grupo lo deben formar los enfermos que tengan lo que hemos llamado Enfermedades de Precisión, que al tener protocolos probados y actualizados pueden tratarse en esas unidades, con lo que el 80 % de los enfermos puede resolver sus problemas en sus localidades y solo se referirán el 20 % que no pertenezcan a ese tipo, esto va a reducir en forma muy importante las listas de espera.

El tercer grupo son los pacientes de la tercera edad que son los únicos que crecerán en el futuro, estos pacientes van a tener enfermedades crónicas que ameritarán un control médico frecuente, pero que puede ser dado por médicos generales con capacidad resolutive o por médicos de familia. Ellos seguirán las indicaciones que los especialistas recomendaron y, desde luego, tienen que tener la autorización para recetar los medicamentos que ha prescrito el especialista, solo deben volver a la atención especializada si no están evolucionando bien. Esto obliga a acciones importantes: la primera usar toda la tecnología de comunicación e informática que disponemos y, segundo, que la red de instituciones, en la que el país ha gastado mucho dinero, trabaje en forma eficiente.

Para que las recomendaciones anteriores funcionen adecuadamente a los estudiantes de Medicina se les deben enseñar, desde los primeros años, tres principios que fueron los que permitieron que el Dr. Peter Pronovost, jefe de cuidados intensivos de John Hopkins, fuera nombrado el personaje del año en el 2008 por la Revista Time. Estos principios son: el uso de listas de chequeo y protocolos de manejo, el trabajo en equipo y el análisis de los resultados, según la mencionada Revista su aplicación ha salvado más vidas que todos los descubrimientos médicos de los últimos 10 años.

Para terminar, es indispensable que los estudiantes de Medicina conozcan las cinco columnas de gobernanza que deben servir para que las instituciones funcionen eficientemente y con excelencia, estas son: la columna de servicios, la de salida, la de pacientes, la de finanzas y la de crecimiento y resultados. Los detalles de las mismas se muestran en la Figura 6, entre ellas debe existir una fluida y abundante comunicación de datos, algo que la tecnología actual permite sin mayor dificultad.



Figura 6: Columnas de Gobernanza

PROGRAMA TERRITORIOS SALUDABLES

DRA. CLAUDIA NARANJO

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

El objetivo del programa territorios saludables es que la población obtenga condiciones de salud que permanezcan en el tiempo. Esta tarea se lleva a cabo a través de programas de promoción y generación de prácticas sociales protectoras que estimulan el compromiso ciudadano para que la buena salud de cada habitante sea una tarea de todos; así, el modelo de atención garantiza el pleno derecho a la salud de la población bogotana, con oportunidad, accesibilidad, adecuación, calidad y calidez, teniendo en cuenta la diversidad de las poblaciones y contribuyendo, de este modo, a disminuir la segregación e inequidad social.

Envío un saludo muy especial a la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, por la invitación que nos ha hecho para participar de esta primera conferencia sobre el modelo de atención y formación de talento humano en salud.

Mi nombre es Claudia Beatriz Naranjo Gómez, soy odontóloga y salubrista pública. Actualmente, tengo a cargo la coordinación técnica y administrativa del programa Territorio Saludable en la ciudad de Bogotá. Este es un programa que se ubica en los cursos de atención a la salud pública, en la Secretaria de Salud, ente municipal distrital desde el cual agradecemos mucho esta invitación porque nos permite socializar una experiencia alternativa que estamos construyendo desde este nivel, en un esfuerzo por construir una nueva opción frente a un modelo nacional en el que se han detectado una serie de limitaciones en la garantía del derecho a la salud.

Seguidamente, presentaré mi reflexión alrededor de tres puntos. El primero es detallar un poco el análisis que se ha realizado acerca del sistema de salud en Colombia y que se ha venido construyendo desde la ciudad de Bogotá. El segundo, tiene que ver con la implementación del modelo y lo que se ha evidenciado del rol de los profesionales de salud en el mismo y, por último, un tercer encuentro que podrían ser los retos para la formación del talento humano en esa clase de modelo de atención.

El modelo de seguridad social en salud en Colombia se basa en un pluralismo estructurado que organiza el sistema por división de las funciones que este tendría que cumplir: el sistema de aseguramiento, la prestación de servicios y las acciones de alta externalidad que las ubican en el Plan de Intervenciones Colectivas en el Aseguramiento. El aseguramiento está modulado por las aseguradoras privadas o de carácter mixto y la prestación de servicios se desarrolla a través de prestadores de servicios públicos y privados.

Este modelo ya tiene una implementación de más de 20 años y se reconoce, en el plano financiero, como un modelo exitoso pero, en la realidad nacional, es un modelo que tiene un acumu-

lado de remuneración del derecho a la salud porque, permanentemente, los ciudadanos tienen que estar acudiendo a mecanismos de exigibilidad para garantizar los derechos alrededor de las restricciones que se colocan en la contención del costo por la prestación de los servicios que dan los aseguradores privados a los prestadores de servicios. También hay una red pública que está en crisis, hay un déficit profundo por las altas deudas de los aseguradores a la prestación de los servicios y una red privada que se concentra en la lógica de un modelo más de empresa que de modulación de la prestación de servicios y necesidades de servicios a la población.

De acuerdo con el perfil epidemiológico, el aseguramiento se da para dos tipos de personas, las que tienen capacidad de pago y las que no la tienen. Asimismo, se denomina Régimen Contributivo para el primer caso y Régimen Subsidiado en el segundo, así como una modalidad de transición al aseguramiento que se denomina Vinculado, que es para aquellas personas que aún están asegurados en alguno de estos regímenes y por quienes se hace un agenciamiento para que haya un proceso de afiliación al sistema y así el Estado presta un servicio temporal a través de la red pública hospitalaria. En esta clase hay varios regímenes especiales que están definidos alrededor de distintas convenciones de trabajo y tipos de empresas; estos se plantean como temas que van a la par del sistema de seguridad social en salud en la población y aquellos grupos que hacen parte de ciertas empresas, roles o funciones políticas, como por ejemplo los congresistas, empresas de hidrocarburos en la ciudad o el magisterio.

Esta organización del sistema nos ubica en los territorios con población muy diferenciada a la hora de poder generar la gestión del riesgo en salud o hacer agenciamientos de salud, porque en los territorios las familias y las personas están afiliadas a distintas aseguradoras, con distintos prestadores de servicios, por lo tanto, el ejercicio de rectoría y modulación territorial que se puede hacer en la prestación de servicios tiene serias limitaciones.

Estos son, de manera general, elementos de contexto del sistema. Para poder construir una alternativa en la ciudad de Bogotá se ha planteado revisar fuertemente lo que es la garantía del derecho a la salud y lo que implica para un Estado de derecho la responsabilidad como Estado de la garantía del mismo; en función de eso se han hecho distintos análisis en donde no hay todavía un acuerdo nacional y municipal alrededor de ello. Desde la ciudad de Bogotá, hace ya más de 10 años, en una puesta política alternativa, el Gobierno nacional ha venido construyendo un modelo alternativo que plantea como centro la garantía del derecho a la salud de la población, porque existe la evidencia alrededor de tutelas que hacen los ciudadanos para exigir la prestación de servicios que requieren y que necesitan y, además de eso, la crisis hospitalaria con un profundo déficit presupuestario que tiene la red pública y el crecimiento exponencial de una red privada que hace permanentemente contención de costos a la luz de la prestación de los servicios; aseguradoras que no logran tener un manejo adecuado de la gestión del riesgo, ni de la gestión de la calidad del aseguramiento para la garantía del derecho a la salud en Colombia.

Como segundo aspecto para compartir con ustedes, se hablará brevemente de cuál ha sido, en este contexto, la experiencia de Bogotá. Para el tema de salud se ha apostado por reconocer

como primer elemento fundamental las profundas inequidades que se dan en esta ciudad, donde hay indicadores y condiciones de vida y salud altos, pero también polos opuestos de condiciones de salud muy frágiles con mortalidades evitables que deben ser resueltas por el sistema; ese es el primer elemento base de formulación de lo que ha sido la experiencia de Bogotá en la búsqueda de construir una alternativa que tenga un enfoque más centrado en la promoción de la salud, en promover la calidad de vida y con la construcción social de la salud como un proceso intersectorial, de amplia participación social, dialogando fuertemente con el sistema de salud y una organización de la prestación de los servicios que tenga un componente extramuros y amplio en cuatro niveles: con una interdependencia a partir de esa base de reconocimiento de las condiciones sociales de las personas, de las necesidades de salud de la población y un desarrollo tecnológico, no solamente para la parte hospitalaria, sino puesto también en un enfoque de la salud familiar y comunitaria, en donde un nivel de enlace es el primer nivel de atención, o los niveles de atención primaria que debe permitir un enlace entre ese proceso de abordaje modal con todas las necesidades de atención en salud hasta la más alta complejidad del mismo, este sistema dialogando con un proceso intersectorial.

Para ello, desde el programa Territorios Saludables, el ordenador ha sido organizar la prestación de los servicios de salud extramuros en diálogo con lo intersectorial y con lo sectorial de los distintos niveles de atención en una perspectiva poblacional, por tanto, tenemos subprogramas poblacionales en los cuales buscamos reconocer esas diferencias y particularidades poblacionales, hacer un ejercicio de adaptabilidad de la prestación de los servicios, reconocer esas diferencias para poder llegar de manera mucho más específica al abordaje de las necesidades de salud, de los riesgos de salud pero, sobre todo, de los elementos de promoción y de protección de la salud para la población.

A partir de esos subprogramas se desarrollan acciones del proceso intersectorial que permiten generar una red de protección a las familias y a las comunidades. Este es un abordaje denominado en ámbitos de vida cotidiana, se trata de acciones extramuros en el ámbito escolar, en la familia, en el ámbito laboral, en el espacio público. Se desarrollan estrategias de servicios de salud colectivo de carácter comunitario, se generan procesos de territorios ambientalmente saludables para crear esa relación que hay entre lo humano y la naturaleza, y la protección que debe darse porque también se habla de los derechos de la naturaleza, los derechos del ambiente, que claramente en esta civilización se están agotando.

Desde este modelo, en Bogotá se busca construir una alternativa en la cual el talento humano es base fundamental de su desarrollo. Actualmente la ciudad de Bogotá, por la parte pública, tiene alrededor de 21.000 trabajadores de la salud, de los cuales 7.000 están concentrados en los procesos extramuros, con perfiles de todas las disciplinas de la salud, de las ciencias sociales, de las ciencias ambientales y de las ciencias administrativas. El reto del personal de salud es tener las suficientes competencias técnicas, amplios conocimientos científicos, tecnológicos, pero también las habilidades y competencias sociales, comunicativas y educativas que puedan

permitirle trabajar en esta clase de modelos de abordaje de salud familiar y comunitaria; amplios abordajes de la promoción de la salud y con capacidades de hacer interlocución, abogacía y posicionamiento de procesos de salud y de procesos de política pública desde este enfoque.

El reto con el personal de salud es que avance más allá de su mirada tradicional de la salud y que se concentre en procesos más promocionales, más preventivos y de construcción de respuestas intersectoriales en los territorios.

Por último, los retos que se evidencian en la formación del talento humano, a la luz de la implementación de sistemas de salud alternativos, son, en primer lugar, la necesidad de avanzar en una formación en salud, no solamente centrada en lo biológico, en la enfermedad, sino también en construir escenarios de formación de la salud donde la salud pública tenga un lugar importante, tanto en el plano de la prevención de la enfermedad como en el diseño de políticas públicas, de procesos de construcción de políticas públicas intersectoriales, construcción de alternativas sociales y políticas culturales con distintos sectores.

Además, se requiere un abordaje que permita un reconocimiento de la salud familiar y comunitaria en los escenarios de vida cotidiana de las personas, en una perspectiva del abordaje territorial, reconocer no solamente los asuntos de lo humano desde lo biológico, sino también desde lo social, de lo político, de lo cultural y dar lugar a la representación que hay de la trayectoria de vida, los momentos de la vida de las poblaciones que marcan las diferentes formas de relacionarse con el contexto, con la realidad, con los procesos de salud-enfermedad. Asimismo, reconocer los procesos de la diversidad, el reconocimiento étnico, de la pluralidad cultural y étnica y, por otro lado, también la diversidad cultural de los territorios, no solo por su contexto propio, sino también por la construcción de la identidad territorial que se va haciendo históricamente en las poblaciones, en los territorios sociales que van marcando también formas de producción, formas de consumir, de tener calidad de vida, de tener también modos de vida que pueden ser protectores y deteriorantes en esas relaciones que tienen las sociedades de distribución del poder, de los distintos medios de producción y los distintos modelos de desarrollo que existen.

Eso sí implica grandes retos, como cualificar lo que es el desarrollo de la ciencia y la tecnología, no solamente en la experticia de lo que se ha venido construyendo en tantos siglos de formación y de profesionalización de las disciplinas de la salud, sino también en estar de cara a nuevos retos de las realidades sociales, de las realidades culturales, en donde salud no solamente puede centrarse en una mirada de lo biológico, de la enfermedad, sino también en otro tipo de alternativas de construcción de la salud que obligan a un proceso de trabajo interdisciplinario, desde las áreas de la salud, desde las áreas de las ciencias sociales, económicas, desde las áreas políticas.

EXPERIENCIA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA MATANZA

DR. MARIO ROVERE

Argentina

Saludos muy afectuosos a todos los amigos de la Universidad de Costa Rica. Verdaderamente, es un gusto tener esta posibilidad de compartir con ustedes, mucho más por la cercanía, por el gusto de haber estado aquí acompañando en algún momento de la historia de la Universidad y por encontrarme en este momento trabajando como Decano del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de la Matanza, una Universidad pública, en el marco de la enorme conjugación de la ciudad de Buenos Aires, específicamente en la zona oeste, para los amigos que conocen, bastante cercano a la zona del aeropuerto de Ezeiza, municipio de más de 2 millones de habitantes, dentro del cual se ha generado la primera carrera de Medicina fuera de la Universidad de Buenos Aires, que ha sido históricamente, la única oferta académica que existía en la región.

En principio habían pocas cosas tan centrales a la preocupación nuestra para compartir en el tema de fondo de esta conferencia, la idea de una articulación entre el modelo de atención y la formación de profesionales de salud es una muy antigua preocupación pero que, de todas maneras, desde distintas épocas se tienen distintas respuestas. Lo primero que quisiera señalar es que nosotros venimos de una historia, los que hemos tenido más años en la experiencia de acompañar el devenir de la universidad pública, yo diría por ahí una década, particularmente 60-70, donde la idea predominante era que: "la universidad puede transformar el mundo", creo que el efecto de todo lo que sucedió en el París de Mayo, lo que sucedió en Tlatelolco en México y modificaciones tan sustanciales que impactaron sobre nuestro continente, generaron la sensación de que la universidad era una llave maestra para poder generar modificaciones sustanciales en nuestra sociedad y, muy particularmente, cuando el mundo universitario se ha articulado con el mundo del trabajo, los gremios, los sindicatos, etc.

Este fenómeno cae fuertemente y se golpea con la realidad en las décadas hiperrealistas de los 80 y 90, donde se empieza a manejar, se puede decir así, el criterio inverso, que puede sintetizarse en lo que se llama la hegemonía de la práctica, es decir, nada realmente cambia, sino que las prácticas están definidas, fundamentalmente, por el mercado de trabajo y el mercado de trabajo la define; la universidad solo tiene que ir detrás de las necesidades del mercado de trabajo, de tal manera que si nosotros lo pusiéramos en una especie de gráfica, podríamos decir que hay una tensión entre el perfil del graduado y el perfil ocupacional, esa tensión en las décadas de los 60 y 70 generó una tensión casi insoportable en el sentido de que hasta podría ser una cierta inadecuación de los profesionales para hacerse cargo de las prácticas profesionales que adquirirían.

En los 80 y 90, se produce una superposición tan estrecha que el perfil del graduado y el perfil ocupacional pasan a ser sinónimos, de tal manera que no se produce ninguna tensión porque, podríamos decir, que así salimos a clonar la fuerza de trabajo, la fuerza laboral en salud, a partir de todo lo que sucede después del comienzo del milenio, donde queda claro el absurdo del fin de la historia, se puede decir que sin poder regresar a las décadas de los 60 o 70, lo que en cambio, empieza a ser casi una especie digamos de arte, cual es la tensión posible entre el perfil de graduado y el perfil ocupacional, que por un lado permita la adecuación crítica de los profesionales al mercado de trabajo y, por otro lado, también permita que esos profesionales se transformen en factores de cambio adentro del mundo laboral.

Todo esto en cierta manera es el encargo o reflexión para compartir durante esta jornada porque, cuando se habla del modelo de atención, una de las famosas frases que ha acompañado la educación y la profesión en salud durante mucho tiempo es: ¿cuál es el profesional que el país necesita? Bueno, en primer lugar eso es una pregunta complicada, porque no es lo mismo preguntarse ¿cuál es el profesional que el país necesita?, que preguntarse ¿cuál es el profesional que el país está en condiciones de emplear?, ¿cuál es el profesional que el país necesita como factor de cambio, para desplazar la natural renovación vegetativa o demográfica del personal de salud? Son preguntas insuficientes si se piensa que quizá la verdadera pregunta es: ¿cuál es el profesional que el país va a necesitar, considerando los tiempos de latencia entre los procesos de formación y diseños curriculares?, y que el profesional graduado o en ese perfil educacional llegue al mercado de trabajo parece generar toda una rotación en el orden de los diez años. De manera que, a lo interno, hace que estén a veces ocho o diez años atrasados respecto a las necesidades de un país o las necesidades de una realidad socio sanitaria, justamente porque el tiempo de aplicación real de un currículum tiene esa demora, por supuesto es posible decir que, en buena medida, ese factor puede minimizarse por la práctica llamada: mini curricular, es decir, que en la macro currícula generalmente hay residentes que no pueden tener adecuaciones, sobre todo cuando el espacio educativo traspone un peso con el espacio y la hora de práctica de servicios, produciendo una renovación curricular sin cambio en la maya curricular, pero con cambio profundo en las prácticas completas que van entrando en la currícula como consecuencia de la exposición a la mudanza, sin modificaciones que se dan en el propio espacio laboral.

En ese marco, parece que las preguntas que Luis Bernardo nos transmitió adquieren mayor comprensión, es decir, es posible entender lo que significa el modelo de atención de la salud en la complejidad actual, y es que, justamente, esta complejidad se trata de cuando, en principio, se dan cambios muy sustantivos en el perfil socio sanitario, del perfil de morbilidad y el perfil de mortalidad, cambios demográficos muy importantes y de envejecimiento de la población, es lo que más concretamente se asume como un desafío hoy.

El fenómeno de la longevidad hace que para los profesionales de salud, lo mismo que para determinadas edades de la vida, haya más que aprender que la posibilidad de enseñar en

relación con la proporción de mayores de 100 años que hoy tenemos en nuestros países. La longevidad está vinculada, pero no es sinónimo del aumento de las enfermedades crónicas; en muchos casos, estas enfermedades crónicas son la consecuencia del éxito de la medicina, porque enfermedades que antes eran agudas o mortales se volvieron enfermedades crónicas, que requieren largos períodos de tratamiento, tal como el caso de la diabetes que hace tantos años que parece ya un estado más que una enfermedad con la cual se puede convivir pero que requiere cambios del estilo de vida importantes. Así que, evidentemente, hay un cambio profundo en la morbilidad. Ese cambio en la morbilidad va a tener un impacto directo en la calidad de vida de las personas, por lo que una enfermedad crónica no es sinónimo de envejecimiento, de longevidad. Otro ejemplo, es el bajísimo peso al nacer, de tal manera que bebés que antes no podían sobrevivir, ahora sobreviven al poder tener servicios de atención especializados.

Entonces cuando se ponen las enfermedades crónicas sobre el centro de atención, sobre lo que el país va a necesitar, se debe tener en cuenta que el modelo de atención, fue configurado con una centralidad en lo que denominamos el hospital general de agudos, es decir, la pirámide de complejidades en la capacidad de respuesta se coloca por un lado cuestionando la centralidad en la periferia, de ese modelo de atención.

Hace poco tiempo, en una reunión en los Estados Unidos, estuvo un expositor que puso una diapositiva con un puente, pero era un puente donde, por una serie de caprichos de la naturaleza, el río pasaba al costado del puente y ya no pasaba por debajo de él, usando esa metáfora el expositor, en un momento, dijo: así es el sistema de salud de los Estados Unidos, una gigantesca infraestructura para dar respuesta a una pregunta que ya no se hace y las nuevas preguntas no tienen respuesta, de este tamaño son los desafíos y la práctica que nos produce la modificación sustancial en la mortalidad y morbilidad, por supuesto que estas modificaciones también van de la mano con las innovaciones tecnológicas, con los cambios en la estructura social, con las expectativas, y entonces, no es lo mismo vivir en sociedad donde se piensa que la salud es una donación, donde se piensa que la sociedad es un bien marcado y que la salud es un derecho. Si la salud es un derecho, está vinculado con la capacidad tecnológica para resolver problemas de salud; como las capacidades tecnológicas se mueven, el derecho se vuelve un objetivo móvil y ya eso solo significaría para nosotros, otro nuevo desafío para la nueva educación de las carreras de salud.

Podríamos decirlo, literalmente hablando, cada vez que surge una tecnología eficaz para resolver un problema en salud, nace un derecho; entre que el derecho nominal existe hasta que efectivamente está al alcance de toda la población, media la capacidad organizativa de los servicios de salud y la capacidad de desarrollar competencias adecuadas de los profesionales en salud, como para poder hacer uso de esa tecnología; algunas son preventivas, otras paliativas, algunas son de detección precoz, pero, en definitiva, cambian lo que en algún momento se había llamado la historia natural de la enfermedad, aunque de natural tiene poco, cada vez menos.

Si se pudiera cambiar esa historia de la enfermedad, se estaría frente a un desafío ético que justamente pone a disposición de toda la sociedad esas capacidades, y por supuesto, que las políticas hoy también se pueden ver, y desde el conocimiento y respeto por todos los avances que un país que como Costa Rica le ha legado a otros países de América Latina. Parece también interesante en ese intercambio entre países comentar la experiencia de Brasil, en el sentido de que Brasil ha mostrado quizá el más prolongado y sostenido ejemplo de articulación entre política, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, esto es sumamente relevante porque, efectivamente, las políticas educativas y sanitarias tienen que marchar fuertemente de la mano, tanto en el grado, como en el posgrado, para que estos fenómenos de adecuación sean más bien articulados, sin tener miedos y no desestimulados, como trabajando por fuera del cauce principal de la educación en la profesión en salud.

Efectivamente, el modelo de atención requiere ser abordado con la perspectiva de la complejidad, y no pone a la sociedad, al Estado y a la universidad fundamentalmente, en una permanente interpelación que se resuelve mejor si personas como nosotros tenemos la capacidad de articular estos actores, y estos deben verse recíprocamente como quien vende servicios unos a otros, y tenemos la capacidad también de sentarnos en una mesa periódicamente para compartir nuestros descubrimientos, nuestras inquietudes, nuestras expectativas, para que, en última instancia, el derecho a la salud, en este sentido de objetivo móvil, esté al alcance de todos nuestros conciudadanos.

Un poco con esta idea me gustaría cerrar mi participación, saludando con todos los recuerdos muy vivos de haber compartido estos distintos momentos de la historia de la Universidad de Costa Rica y conociendo la estrecha articulación que existe en el país entre política de salud, seguridad y políticas educativas.

Quedo a disposición y muchísimas gracias por la oportunidad de comunicarme con ustedes.

PERSPECTIVAS DE ACTUALIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

DR. RAÚL SÁNCHEZ ALFARO

Costa Rica

El tema que se va a tratar tiene que ver con las perspectivas de actualización y fortalecimiento del modelo de prestación de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En primer lugar, se hablará del “modelo” de prestación de servicios de salud porque ya ha quedado claro, incluso por las exposiciones de este día, que la atención de la salud va más allá de la prestación de servicios, tiene que ver también con competencias institucionales, actualización y fortalecimiento. Pero en Costa Rica existe un modelo vigente que se instauró de acuerdo con la Reforma del Estado que se hizo en la década de los 90. Si bien es cierto, y es importante aclarar, que ese modelo como tal se empezó a desarrollar en el año 93, iniciando en la periferia del país pero avanzando de una forma centrípeta hacia el centro, sin embargo, todavía no se ha completado y hoy en día hay áreas de salud del Área Metropolitana que no están sectorizadas, que no tienen los correspondientes equipos básicos de atención ni sus equipos de apoyo, o estos están incompletos, lo que lo ha hecho tan limitado en su desarrollo.

Es en este sentido que se requiere de un fortalecimiento para completar el modelo pero, también, se ha considerado la necesidad de incorporar algunas otras funciones y hacer todo un análisis de la situación de salud actual, para poder incorporar un nuevo recurso humano, necesario para la carga de enfermedad actual y el desarrollo de la atención integral.

Al respecto, se presentarán los términos de referencia que se concretaron para la elaboración de la propuesta técnica, la cual ya está lista y la Institución la ha declarado de interés institucional, para lo que se van a empezar a desarrollar una serie de talleres de validación técnica y financiera y se va a hacer un proceso de implementación en el segundo semestre del presente año 2015.

En la metodología de elaboración de la propuesta, han participado profesionales de la salud de los tres niveles de atención y de las diferentes disciplinas, aunado a esto, también se ha desarrollado una propuesta de reestructuración del nivel central de la Caja y de los programas de atención a la personas, como una respuesta en esa misma línea. Uno de los términos de referencia más importantes que se plantearon fue el fortalecimiento de la capacidad resolutive de primer nivel, esto pasa por una revisión y ajuste de las funciones de los equipos básicos de atención integral en salud.

En este sentido, se ha hablado de forma reiterada sobre la necesidad de volver a la renovación de la atención primaria, ya que el país siempre ha desarrollado su primer nivel de atención

de forma muy característica y, para fortalecerlo, es necesaria esta revisión en algunos puntos muy específicos, por ejemplo, se ha hablado mucho del trabajo que desarrollan los asistentes técnicos de atención primaria, encargados de la visita domiciliaria, porque cuando se revisan los balances de atención primaria resulta que la información que recopilan estos funcionarios no es utilizada para la toma de decisiones, por un lado, y, por otro lado, también es importante saber que en muchas poblaciones la visita es ineficiente e inefectiva porque a los asistentes de atención primaria no les abren la puerta, por lo que no se cuenta con información de al menos el 40% de las viviendas en algunos sectores; entonces, realmente es necesario empezar a discutir si la visita domiciliar, tal como está planteada, y la información que recaba el asistente de atención primaria es útil, y qué se tendría que corregir de este servicio.

Para esto, habría que visitar solo poblaciones de alto riesgo; aunque eso es parte de la discusión que se tiene que realizar en ese sentido. También la incorporación de Enfermería en la prestación directa de servicios de salud es un asunto muy importante que se tiene que discutir. Además, se planteó la necesidad de revisar y ajustar la función de los equipos de apoyo, ya que en muchas áreas de salud no se cuenta con nutricionistas, solo hay 23 nutricionistas en el primer nivel de atención; igualmente, faltan muchos psicólogos, en fin, es evidente que no se ha completado todo el recurso humano que estaba planteado inicialmente. Este es otro asunto al que se le debe dar seguimiento para plantear las acciones de prestación de servicios que tendrían que brindar estos equipos de apoyo.

Cabe destacar también, la importancia de revisar el número de población adscrita a cada sector, a cada Equipo Básico de Atención en Salud, porque ya se ha demostrado que en estos momentos hay una variabilidad en la población por cada uno de los sectores. Algunos tienen 4.500 habitantes y otros llegan hasta 8.000 o 9.000 habitantes. Esto es muy importante porque si aquellos sectores que tienen 4.500 habitantes no pueden desarrollar la mayoría de actividades y funciones que deberían, menos lo podrían hacer los que atienden el doble de población. Esto tiene que ver con la capacidad del país de poder sostener una mayor cantidad de recurso humano y, además, producirlo.

Se ha hablado mucho de fortalecer el desarrollo de la intervención en promoción de la salud dentro de los servicios de salud. Es bien sabido que los servicios de salud no son los únicos que tienen que trabajar en promoción de la salud, eso queda claro, la competencia institucional en la promoción de la salud va mucho más allá de la prestación de los servicios; entre los determinantes de la salud, los servicios de salud son solo uno más, y a veces no es el más importante. Para fortalecer esta parte se ha planteado el desarrollo de intervenciones técnicas en promoción de la salud, como por ejemplo: la promoción de la lactancia natural, que es una de las estrategias más costo efectivas que existen en el mundo y que, realmente, debe de hacerse en forma continua desde los servicios de salud y tiene su importancia en los servicios de salud. Esta es solo una de ellas, por mencionar una, pero por ejemplo si se continúa en la línea de ciclo de vida se debe mencionar el proceso de ablactación, es decir, la introducción de ali-

mentos diferentes a la lactancia materna, que es otra cosa importante. Si se trabajara en esto, si todos los sectores estuvieran en esta línea, no se verían los problemas de agravamiento por enfermedad cardiovascular que se ven ahora, porque realmente se hubiera empezado a trabajar desde el fondo del problema.

Por otro lado, es importante también el fortalecimiento del abordaje de la morbilidad prevalente, hay muchas críticas en el sentido de que el modelo de prestación de servicios de la Caja es biológico, con lo que este autor está de acuerdo, el modelo es biológico porque tiene que serlo, porque la limitación del daño, pronta atención de la enfermedad, es una de las funciones esenciales de los servicios de salud pero, además, tiene que llevar adelante ese enfoque biopsicosocial y hacer otras cosas.

Existen otros términos de referencia relacionados con este fortalecimiento de la capacidad resolutoria, como por ejemplo, ampliar la lista de medicamentos que van a ser usados en el primer nivel, lo que se llama nivel de usuario. Otro asunto en el que ya se está trabajando y que es fundamental, es el fomento en el autocuidado de la salud, que es una de las cosas que se deben abordar todavía con mucha mayor fuerza y, por ende, el fortalecimiento de la acción comunitaria.

Se debe señalar, realmente, hasta dónde los servicios de salud pueden incidir en esta acción comunitaria y dónde algunas otras instancias, en el caso nuestro país la capacidad de convocatoria del Ministerio de Salud y su papel rector, marquen por donde se debe empezar. Todavía no hay claridad cuando se habla del análisis de la situación integral de salud y quién es el que coordina esta acción, quiénes la tienen que hacer, quiénes tienen que participar, y es algo muy importante porque a partir de ese análisis diagnóstico de la situación de salud se puede desarrollar toda una propuesta de oferta de servicios. Por otro lado, se piensa en el desarrollo de herramientas de medicina familiar para el abordaje de los diferentes problemas de salud, la estratificación de los usuarios del sistema como herramienta, tanto de la gestión clínica, como de la gestión poblacional de salud pública, y el desarrollo de otros indicadores de efectividad que permitan aproximarse a conocer los verdaderos resultados en salud.

La CCSS ya tiene un conocimiento de algunos resultados en salud, se conoce por ejemplo, de todas las áreas de salud, cuáles son las que tienen más controlados a los pacientes diabéticos, usuarios hipertensos y a los usuarios dislipidémicos. Se cuenta con mucha información, lo que pasa es que esta a veces no es utilizada ni para la gestión ni para la planificación, y esto es importante someterlo a un análisis especial.

La Caja sí había venido desarrollando, con algún énfasis, acciones de prevención de la enfermedad, aquí el país tiene establecidas muchas intervenciones en este sentido, como por ejemplo el tamizaje neonatal. Costa Rica es uno de los países con alta cobertura en el tamizaje de enfermedades metabólicas, por encima del 97 %, a veces se ha llegado hasta el 99 % de tamizaje neonatal, por otro lado, también se da el tamizaje de hipertensión arterial, en diabetes, y se cuenta con un esquema básico de vacunación envidiable, que en los últimos dos años ha tenido cobertura por encima del 90 %.

Estas son acciones que se vienen haciendo y que se deben enfatizar como acciones en prevención de la salud, porque realmente son acciones de inversión.

El modelo readecuado de atención plantea diferentes escenarios, uno de ellos es el escenario laboral, este es un escenario que no se ha venido desarrollando en el nivel de la Caja, pero que cuenta con alrededor de 5.000 consultorios de medicina mixta y de medicina de empresa que se ven como una oportunidad para poder desarrollar intervenciones en el orden de la promoción de la salud y de prevención de enfermedades, porque estos consultorios son también parte de la oferta de la Institución y, por otro lado, es importante identificar y priorizar intervenciones en salud costo efectivas en los diferentes niveles de atención.

Además, cabe resaltar la vacunación contra la influenza en el adulto mayor y en los niños menores de dos años, estas son intervenciones costo efectivas que se deben seguir haciendo. Por ejemplo, en este día se ha inaugurado la campaña de vacunación contra influenza estacional a nivel nacional y va a estar disponible por las siguientes seis semanas como campaña de prevención contra la influenza. También existen algunas otras intervenciones, como el caso de la hemoglobina glicosilada en el paciente diabético, que es uno de los asuntos que se ha estandarizado y desde hace alrededor de cuatro años la Institución la viene desarrollando para saber el control óptimo de los pacientes diabéticos.

En esa línea de los términos de referencia de esta propuesta, lo que se había venido realizando era un trabajo solo en el primer nivel de atención, el segundo nivel y el tercero no fueron sujetos de desarrollo cuando se hizo el modelo readecuado de atención en el año 1993, entonces no se sabe con exactitud dónde empiezan las acciones de un segundo nivel y donde terminan, a pesar de que sería importante saber definir dónde inicia uno y donde termina el otro.

Una de las acciones más importantes por hacer es el fortalecimiento de la gestión local en todos los niveles de atención, realmente a veces son algunas acciones mínimas las que una gestión local puede hacer para desarrollar alguna intervención si antes no se analiza la información que se tiene disponible. La Institución quiere tener una operación real y eficiente de la red de servicios de salud, y es aquí donde se enfatiza que es necesario el trabajo en red de servicios.

En este momento se cuenta con tres redes funcionales que dependen más de voluntades que de las verdaderas funciones que deberían realizar quienes están en esos niveles y que realmente no desarrollan un trabajo serio en red de servicios. La Caja requiere una estructura organizativa y funcional como red de servicios, por lo que va a haber todo un cambio en este sentido mediante la discusión con las direcciones regionales para decidir si van a persistir en el organigrama de la institución, en la estructura organizativa, o si se van a convertir estas direcciones regionales en las Redes de Servicios, donde se identifiquen claramente los gestores de red, el presupuesto, el recurso humano por cada una de las redes y la infraestructura definida para cada una también. La pretensión es que cada una de ellas sea una red auto resolutive.

Por otro lado, se han establecido procesos en las áreas de producción hospitalaria, un

poco para ver este tipo de gestión, identificando centros de producción como los quirófanos, la consulta externa, urgencia de hospitalización y así ir mejorando los servicios. Se habla de cómo fortalecer la resolutiveidad de la red, tanto en el orden horizontal, en la misma red de servicios, como el orden vertical, siguiendo los niveles de complejidad. Además, se ha hablado de la definición de centros nacionales especializados, por ejemplo, se ha empezado a desarrollar, de forma fuerte, el programa nacional de trasplantes, para lo que es necesario que haya competencia entre algunos hospitales para poder desarrollarlos como centros de excelencia prestando este tipo de servicios.

Asimismo, se está en proceso de reestructuración del nivel central, ya que en este momento hay seis gerencias. La gerencia médica tiene que tomar un papel muy protagónico en este sentido y en función de los procesos sustantivos que desarrolla hay un planteamiento y es que, únicamente, este constituida por cuatro direcciones: una dirección que va en la línea de la regulación de la prestación de los servicios; otra dirección que sea la prestadora de esos servicios; la dirección que contenga las tres redes de servicios y, por último, una dirección de evaluación de la prestación de los servicios.

Ya está todo encaminado en esa línea y, como parte de esta reestructuración, se ha venido trabajando en el fortalecimiento de los programas de atención a las personas y, si bien es cierto, cuando se hace el análisis de la última encuesta de consulta externa, por ejemplo, que se realizó en el 2012, se dice que alrededor del 60 % de las consultas que se llevan a cabo en el primer nivel de atención no tienen patología, eso se refiere a todas las consultas de los programas preventivos.

Es necesario seguir trabajando en el programa de atención a personas en un ciclo de vida: básicamente el programa niño, adolescente, adulto y adulto mayor pero, además, los otros programas que se han venido desarrollando para atender situaciones específicas, programa de VIH-SIDA, programa de la mujer. También se ha trabajado mucho en tratar de desarrollar un programa para atención a la población indígena y población indígena altamente móvil, que es uno de los problemas más importantes.

Muchas gracias por su atención.

COMENTARIOS FINALES DEL PANEL

MAG. ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO

Secretaria Distrital de Salud de Bogotá

Primero que nada un saludo muy afectuoso a mis compatriotas costarricenses. Esta ciudad de Bogotá me ha acogido y me siento muy feliz en ella y agradezco todo el apoyo que me han dado, pero todos los días extraño mi país, a toda mi gente. También envió un saludo afectuoso a la Escuela de Nutrición y a mi Facultad de Medicina.

Retomando un poco lo que estaban comentando los expositores anteriores, quería exponer específicamente en relación con lo que todos ellos mencionaron en el tema de formación de los recursos humanos, la importancia que reviste el hecho de que la formación y los currículos de la universidades vayan de acuerdo con lo que tiene que ver con el trabajo del día a día y de las políticas que se están desarrollando en los diferentes países; desgraciadamente, como decía el Dr. Rovere, generalmente los currículos van diez años atrasados respecto a lo que son las nuevas tendencias del trabajo en salud y, sobre todo en los últimos años, en donde la atención primaria en salud ha dado un vuelco fuerte con respecto a dónde se deben priorizar las necesidades y las exigencias en salud.

En Bogotá se ha avanzado mucho haciendo un acercamiento con las universidades pero siempre es complicado y difícil. Las universidades lo que hacen es sustentar sus procesos en una atención muy medicalizada, en donde las personas salen formadas más con una fuerte tendencia a la atención, al hospital de tercer nivel. Conseguir personas que quiera hacer trabajo comunitario es muy complicado; nosotros, por ejemplo, para conseguir nuestros 500 médicos y 500 enfermeras del Programa de Territorios Saludables, hemos tenido que aumentarles de manera importante los salarios y me parece que esto ha sido hasta digno para ellos, porque se lo merecen, tienen un trabajo muy complicado, tienen que exponerse a las inclemencias del tiempo, pero también a los riesgos, sobre todo a los de esta ciudad, una ciudad bastante peligrosa en algunos sectores.

Interesa mucho enfatizar en lo que hablaban algunos de los exponentes sobre la importancia de ver el territorio, o comunidad como dicen ustedes, en Colombia les llamamos territorios saludables, se llaman así porque no se abordan las personas si no a los grupos poblacionales en sus sitios de vida, que son los lugares donde se producen y reproducen los problemas de salud, o las fortalezas de salud de algún tipo de grupo poblacional.

Realmente ha sido un gusto para la Secretaria participar y que hayan podido conocer tangencialmente nuestro Programa. Invito a todos a que vengan y a que nos conozcan y podamos realizar otras conferencias.

En términos generales y para cerrar, deseo establecer tres cosas claves en la formación de talento humano. La primera es cómo se logra hacer énfasis en ese trabajo comunitario basado en el abordaje de los determinantes sociales de la salud; lo segundo, es cómo se logra también cambiar el sentir de la comunidad, porque las comunidades se han criado también en esa visión de lo biológico, de lo importante que es el médico cuando arregla algo y no es el médico cuando va a su casa a preguntarle cómo está, a tratar de definir qué es lo que está afectando su problemática en salud; y lo tercero, es como logramos también dignificar los salarios de los profesionales de salud que parece que en Costa Rica el problema no es tan grande, pero en Colombia, el profesional de salud se ha convertido, con nuestra Ley de Salud, en un hacedor de consultas, en un trabajador que tiene que rendir un determinado número de acciones que si no las rinde no le pagan, entonces resulta que termina con poco tiempo para hacer atención en salud, como es recomendarle a las madres la importancia de la lactancia materna, o para decirle a una persona que esta obesa la importancia de la actividad física y que se ponga a dieta, muchas veces no hay tiempo para hacerlas porque hay que llenar un formulario, llenar registros y hay que ver que tiene y que no tiene y sacar a la gente rápido de la consulta.

De nuevo le agradezco mucho a mi profesor haberme invitado a esta conferencia. Estamos para servirles desde Bogotá.

presentado enfermedades reemergentes y han aparecido nuevas enfermedades. Además de esto, la situación política presente en el país, donde ya el Estado no está en la misma posición que estaba cuando se planteó la estrategia salud para todos, y cuando se han asumido los objetivos del milenio; el Estado ya no es proveedor de servicios. Esto quiere decir que los retos que tiene un líder en una comunidad política para lograr objetivos demandan capacidad y liderazgo; este es uno de los temas objeto de esta primera conferencia.

Por otro lado, cuando se habla del modelo de atención, se hace referencia a la pregunta: ¿de qué modelo de atención se está hablando?, del modelo que está en el papel, tal y como lo puntualizó la Dra. María del Rocío Sáenz, ¿el modelo que está en el papel, el que está en las leyes, el que está probablemente en los planes de gobierno; o el modelo que se está poniendo en práctica todos los días? Porque la diferencia entre uno y otro es, probablemente, como de un país a otro, como de la noche a la mañana, es decir, tenemos objetivos y metas que están en los programas de gobierno, las leyes y los reglamentos, pero cuando vamos a definir planes anuales, y esto es para todos los actores políticos que forman parte de la comunidad o arena política de la atención en salud, comienzan a aparecer déficit que a veces son más legítimos, que muchas veces surgen dentro de la propia institucionalidad pero, otras veces, son déficit que tienen que ver con las acciones de implementación de todos los días y, por supuesto, tienen que ver con la cultura, con la visión de mundo de nuestros profesionales insertos en los servicios de salud; incluso tiene que ver con intereses, aunque sea polémico, y esos intereses nos llevan a que, al final, una cosa sean los actos formales y otra cosa lo que está en los objetivos de las políticas públicas.

En la práctica, la implementación de un modelo de atención es una arena de intereses y poderes en disputa, esto explica la distancia que separa lo que dicen los enunciados de las políticas de salud de su realidad práctica.

También es necesario puntualizar en un tema del que se habló respecto a que no basta con una clínica, con un equipo básico inserto cerca de donde está la población, ya sea en su contexto laboral, recreacional, de transporte o comunal, es decir, se necesita mucho más que eso, y esto parece que quedó claro en la conferencia inaugural, se requiere de un equipo multidisciplinario preparado para trabajar en equipo, en el que no sólo hay médicos y enfermeras sino que hay otros profesionales de la salud, a veces no tan tradicionales, en donde todos estén imbuidos en la atención de la salud de la población y, por supuesto, la movilización hacia fuera de las instalaciones que, como decían, es algo que a veces cuesta mucho trabajo lograr.

Por otro lado, cuando se habla de la formación, cuando los profesionales recién formados ingresan a los servicios de salud terminan siendo coartados y no pueden desarrollar esas capacidades con las que han sido formados, debido a que son socializados bajo los paradigmas predominantes en sus organizaciones de trabajo.

En una revisión realizada a los programas de carreras de algunas universidades de países europeos y de Estados Unidos se encontró, por ejemplo, que la cantidad de créditos que se dedican al área ambiental es cero, a pesar de que estamos hablando de un impacto ambiental

abrumador de más de 80,000 nuevas moléculas que ingresan al ambiente como resultado de los procesos productivos que al final podrían terminar impactando la salud. Dichos programas incluyen muy poco conocimiento del área ambiental pero si contienen aportes muy variables en el área de ciencias sociales, en donde un programa abarca un 33 % de su currículum y otros el 36.8 % y así varía el porcentaje. Lo que si no parece variar mucho es la cantidad de créditos dedicados al área ambiental que es 0 %.

Entonces, hay una complejidad también para abordar la salud con esta perspectiva integral en los currículum, ya que son programas finitos que no se pueden ampliar de manera ilimitada; para poder ampliar un programa curricular hace falta introducir nuevas y más materias con nuevos contenidos, pero haría falta quitar otros y eso es muy polémico también.

Finalmente, un tema que aparece como muy relevante tiene que ver con la rectoría, específicamente con la regulación, y remite a ese esquema de la Organización Mundial de la Salud que debe responder el ¿por qué?, porque si cada vez vemos más actores privados participando tanto en el área de la educación superior, como en el área de la prestación de servicios, es evidente que tiene que haber un liderazgo del Estado como regulador. No se trata de un mercado que funcione perfectamente, debe ser regulado para que los proveedores privados se enfoquen en los objetivos y metas públicas, es necesario considerar que en el modelo clásico de regulación la rectoría debe ser capaz de poner de acuerdo a esa comunidad de intereses diversos, de manera conjunta, construir ese concepto de interés común que al final es, probablemente, lo que más se nos acerque al modelo de atención, pero también tiene que haber una línea política porque no podemos dejar por fuera a estas otras personas que no forman parte de los grupos de interés que están aquí representados, pero que sí son los que tienen necesidades de formación y necesidades en salud.

Por lo anterior, es posible aseverar que el gobierno debe tener una línea política clara hacia esto y, obviamente, si se discute sobre regulación se discute sobre rectoría, pues no se pueden obviar las fallas clásicas del modelo regulatorio que aplica no solo para los servicios públicos en sentido general, si no que la misma ciencia de la administración y de gestión de política pública sugiere no obviar cuando se está en presencia de un servicio que tiene que ser regulado. Se deben tener en cuenta estos elementos de riesgo de captura por intereses particulares. Se ha hablado de cómo “en los Estados Unidos el río se desvía y pasa muy cerca de una orilla y deja un puente totalmente descubierto”, estos son los riesgos de la regulación y la asimetría de información que son tan importantes en este ámbito donde estamos nosotros trabajando, pues yo creo que son temas que vale la pena considerar.

PANEL INTEGRADO:
EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN LA
FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN
CIENCIAS DE LA SALUD



PANEL INTEGRADO: EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD

Ponentes:

- Dra. Rutilia Calderón, vicerrectora Académica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
- Dr. Jacques Girad, asesor del Gobierno de Quebec y decano adjunto para asuntos comunitario, Universidad de Laval-Canadá.
- Dr. Jaime Arturo Gómez Correa, exvicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- Coordinador: Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, decano de la Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

EXPERIENCIAS INNOVADORAS EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN SALUD EN HONDURAS

DRA. RUTILIA CALDERÓN

Universidad Nacional Autónoma de Honduras

Esta ocasión es propicia para compartir una visión prospectiva de hacia donde se está orientando la Universidad Nacional Autónoma de Honduras después de un cambio estructural que se ha llevado a cabo mediante una reforma integral realizada desde hace diez años con miras al 2025. A continuación se hará un análisis que busca, sobre todo, posicionarse en el título del tema que se debe desarrollar: ***“Experiencias innovadoras en la formación de profesionales en salud en Honduras”***.

Este es un tema bastante provocador, desafiante, pero que, afortunadamente, representa una de las riquezas del proceso de reforma de la UNAH, el cual se ha ido sistematizando a partir de una serie de publicaciones sobre la reforma universitaria, publicadas cada año a partir del 2005, las cuales permiten visualizar dicho proceso tanto en sus aspectos más generales como también en los específicos. En este caso, una de las líneas de publicación está precisamente relacionada con el campo de las ciencias de la salud, no solo en lo referente a la formación, sino con la investigación y con la vinculación de la universidad con la sociedad.

Para empezar, se hablará sobre el cuestionamiento: ¿qué es lo que define lo innovador de una experiencia?, para tratar de identificar, dentro de este proceso de reforma en el campo de

las ciencias de la salud, que es lo realmente innovador y poderlo compartir con ustedes.

En ese sentido, se ha tomado como referente teórico para el tema de la innovación a De La Torre, precisamente uno de sus aportes principales está recogido en su libro *Dialogando con la creatividad*, publicado por la editorial Octaedro de Barcelona, donde él identifica algunas características que nos permiten calificar o cualificar de innovadora una experiencia.

Siguiendo esa línea de pensamiento, el primero de esos aspectos es la creatividad, que De La Torre la define como: “La capacidad o potencial humano para generar ideas nuevas dentro de un marco de valores y comunicarlas”, y se considera que, en general, el proceso de reforma de la Universidad tiene una alta dosis de creatividad, primero porque no fue copiado y porque no ha sido importado de manera acrítica desde otras experiencias.

Si se ha analizado y estudiado de manera continua y permanente lo que está sucediendo en otros países, sobre todo de Centroamérica y América Latina, pero también se ha empezado a abrir puertas y ventanas para el intercambio con universidades de Estados Unidos, de Canadá, de Europa e incluso iniciamos ya con universidades de Asia, particularmente de Taiwán, Corea y Japón, y eso definitivamente enriquece.

A la par, la Universidad ha logrado organizar más de 100 grupos de trabajo en todos los campos del conocimiento y hay grupos de trabajo particularmente en lo que se refiere a las ciencias de la salud, un equipo interdisciplinario que ya tiene unos siete años de estar organizado y con desarrollos importantes en nuestro campus de San Pedro Sula, lo que llamamos la UNAH en el Valle de Sula (UNAH-VS) y también en las tres facultades del campo de las ciencias de la salud en Tegucigalpa que es la capital: la Facultad de Ciencias Médicas, la Facultad de Odontología y la Facultad de Química y Farmacia. De tal manera que ese potencial humano del que habla De La Torre, ha logrado integrarse, ir superando barreras que han sido construidas desde la academia pero también desde la propia sociedad.

En este sentido se habla y se conoce lo que es el modelo médico hegemónico, en donde se considera que las otras profesiones de la salud son subordinadas a la profesión médica, este ha sido quizás uno de los procesos más desafiantes y complejos que se han enfrentado, sin embargo, en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud en el campus de UNAH-VS los estudiantes de Medicina, Enfermería y Odontología comparten los mismos espacios de aprendizaje o de prácticas en su proceso de formación, de manera que ese potencial humano que es fundamental para que la creatividad se dé, está de manifiesto en esta Universidad.

El concepto de creatividad de De La Torre hace referencia a un marco de valores que se encuentran en el proceso de reforma de esta Universidad, por lo que se hará referencia a la publicación que recopila la construcción participativa y colectiva de lo que es “lo esencial de la Reforma Universitaria”, tal como reza el título: *Ética: fortalecimiento de la identidad nacional y gestión cultural para la construcción de ciudadanía*, el cual marca el norte en relación con lo que es la construcción de valores, principalmente en aquello que es responsabilidad de la Univer-

sidad, como lo es la construcción de los valores profesionales como un ejercicio permanente, vinculado, articulado de manera sustantiva con la cultura y la construcción de ciudadanía, de manera que esta base de valores, que es fundamental para la creatividad, lo mismo que el aspecto comunicacional, se han estado construyendo desde el inicio del proceso de reforma.

En ese orden se inició la línea de publicaciones de la reforma universitaria que ya, en este momento, llegó al número siete relacionado con la respuesta de la UNAH a los desafíos de la educación a distancia en el Siglo XXI; todavía se debe seguir avanzando, pero lo importante es que ya se han completado 10 años de trabajarlo de manera sostenida y continua.

La otra característica que para De La Torre define lo innovador de una experiencia, es que es un proceso intencional y organizado, es decir la innovación no es producto del azar, es producto de una decisión en este caso política-universitaria, pero que también se plasma en una planificación. En ese sentido, la formación profesional en los diferentes campos del conocimiento y particularmente en el campo de la salud, viene siendo objeto de ese proceso intencional y organizado en la UNAH. Se han enfrentado momentos muy difíciles, como la decisión de la Comisión de Transición (CT), en el año 2007, de cerrar temporalmente la Carrera de Medicina en UNAH-VS, al evidenciarse la profunda crisis académica, ética, organizacional que tenía esta carrera y que requería no de medidas paliativas, sino de medidas estructurales, y para ello se identificó que era necesario dar un tiempo para que esa crisis pudiera ser abordada de la mejor manera.

De modo que, enfrentando la oposición de las fuerzas vivas de esa región del Valle de Sula, de los padres de familia, de los estudiantes, de los medios de comunicación, se logró llegar a acuerdos que permitieron que la carrera se cerrara durante un año, se nombró una comisión interdisciplinaria coordinada por una enfermera -considerando lo que significaba para los médicos y médicas que una enfermera coordinara dicha comisión-, sin embargo, en la decisión pesó la trayectoria académica, la visión estratégica y prospectiva de quien debía coordinar esta comisión en la cual, por supuesto, participaron también médicos y odontólogos, tanto del área clínica como del área de la salud pública.

Y el otro momento muy difícil fue en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), una facultad centenaria, en donde actualmente se desarrollan tres carreras a nivel de grado que son Medicina, Enfermería y Nutrición y las carreras técnicas en Terapia Física y Radiotecnología y pronta a abrirse la Licenciatura en Fonoaudiología. Se presentó una profunda crisis ética, que fue de público conocimiento, fue intervenida de igual manera por una comisión interdisciplinaria, en este caso coordinada por una psicóloga con una Maestría en Psicopedagogía y también doctoranda en Gestión del Desarrollo Humano Sostenible.

Lo primordial en este caso fue lograr que la Facultad de Ciencias Médicas se colocara en una condición que le permitiera integrarse de manera plena en el proceso de reforma universitaria; la intervención duró año y medio bajo la condición de la innovación y la intención de que estas dos unidades académicas, Medicina en el caso de San Pedro Sula y la Facultad de Ciencias Médicas en Tegucigalpa, avanzaran en crear las condiciones para que participaran del proceso

de reforma universitaria, cuyo propósito es el cumplimiento de la misión institucional de contribuir a la transformación de la sociedad hondureña y al desarrollo humano sostenible del país.

La otra característica que define lo innovador de una experiencia, en palabras de De La Torre, es que se trata de un proceso dinámico de cambios específicos y novedosos que tiene como resultado el crecimiento personal, institucional y social y esto es objeto de monitoreo y evaluación permanente dentro de la Universidad, de hecho en el Plan Operativo Anual uno de los programas hace monitoreo trimestral y evaluación anual, es Lo Esencial de la Reforma Universitaria. En el caso particular de los profesores, se está trabajando para implementar el sistema de monitoreo y evaluación del desarrollo docente con lo que se llama El Enfoque de Alcances, que va más allá del enfoque de resultados en el sentido de que lo que se monitorea y evalúa es el cambio de actitudes, el cambio en las formas de ser, pensar y hacer, tarea que está desarrollando el Instituto de Profesionalización Docente junto con la dirección de carrera.

La otra característica que identifica De la Torre y que define lo innovador de una experiencia es que esta sea duradera y, como se mencionó anteriormente, en febrero de este año se alcanzaron 10 años del Proceso de Reforma Universitaria, cuyo norte está marcando por el Plan General para la Reforma Integral que data del 2005 y tiene una visión al 2025.

En este período de 10 años han habido dos rectores y la actual Rectora que está en su segundo periodo, incluyendo un espacio de cinco meses de transición en que tuvo el alto honor de fungir como Rectora de la Universidad, han habido también rotaciones en el Consejo Universitario, que es el órgano máximo de autoridad de la UNAH, tres Juntas de Dirección Universitaria que es el órgano administrativo superior y, por último, tres cambios en lo que son los decanatos y las direcciones de centros regionales.

Pese a ello, y a que más allá del signo político o de la orientación ideológica de quienes están en estos órganos de gobierno, el Plan General para la Reforma Integral de la UNAH tiene una continuidad, algunos de sus aspectos están empezando a consolidarse, de tal manera que también ese es un elemento que favorece, en el caso nuestro y de experiencias de otras universidades, para que se dé la innovación, porque a veces se asume que ésta tiene que ver con estar cambiando o introduciendo nuevos elementos. En la UNAH se ha aprendido que se debe tener un sentido crítico para identificar cuáles cosas de las que se tienen y las que se hacen deben mantenerse y desarrollarse, cuáles deben superarse y cuáles cosas nuevas deben introducirse, porque a veces también se cree que solo lo nuevo es sinónimo de innovación, cuando esta tiene su germen en la historia acumulada.

En tal sentido, por ejemplo, hubo una decisión de la Comisión de Transición que ejemplifica bien este tema de la necesidad de mantener y continuar desarrollando aquello que se ha acumulado históricamente en esta Institución y que es necesario darle continuidad; fue cuando se decidió la nueva estructura organizativa en el aspecto académico de la UNAH, se crearon tres nuevas facultades a partir de la supresión de lo que era el Centro Universitario de Estudios Generales (CUEG), que tenía más de 30 años de haber sido creado, con profesores arraigados a

una estructura organizacional, pero en el análisis participativo se identificó que ya no era pertinente a la nueva dinámica de la Universidad, de la educación superior, de país, de la región.

Caso diferente fue en relación con nuestra Facultad de Química y Farmacia, porque por el principio de la departamentalización que está en la Ley Orgánica de la UNAH, la Ciencia de la Química debería de haberse integrado a la Facultad de Ciencias Naturales y Físico-Matemáticas, como se hizo con las carreras de Física, Matemática, Biología, sin embargo, la decisión fue que continuara desarrollándose dentro de la Facultad de Química y Farmacia, por supuesto dándole todo el énfasis a la Ciencia y a la disciplina de la Química, pero por historicidad del desarrollo de esos dos campos la decisión fue que se mantuviera como Facultad de Química y Farmacia.

Entonces vemos como la innovación no es sinónimo de que todo es nuevo y por lo tanto hay que superar o descartar todo lo anterior, allí tenemos que hacer uso, como De la Torre también lo plantea, del sentido crítico que es propio de la Universidad.

Referente Social

Otras de las preguntas que surgen mientras se elabora esta participación es ¿quiénes son los profesionales de la salud? No se pretende hacer una categorización cerrada, sino más bien proponer desde cuáles referentes es que se debe construir lo que hoy, en el Siglo XXI, son los profesionales de la salud. Consideramos que es importante, para dar respuesta a esta pregunta, tener en cuenta el referente social, es decir, la legitimidad. Hoy, por ejemplo, para la profesión médica es muy diferente la legitimidad que tenía dos o tres décadas atrás; el modelo médico hegemónico no solo ha sido cuestionado, sino que ya está siendo superado por los equipos de profesionales que actúan como colectivos de trabajo.

Desarrollo Histórico

Difícilmente se responderá de mejor manera a la pregunta: ¿Quiénes son hoy los profesionales de la salud?, si no hay capacidad de recuperar el desarrollo histórico de cada una de las profesiones, pero también de las profesiones como colectivo y el desarrollo histórico del propio campo de la salud; por ejemplo, hoy que hablamos de una economía de la salud la pregunta es ¿será entonces que además de ser una ciencia de la salud, una ciencia social, como lo han planteado ya todos los teóricos de la salud colectiva a nivel mundial, la medicina es también una ciencia que, de manera interdisciplinaria, hoy se nutre de la economía? Por eso es tan importante la historia, para identificar ahí el germen de lo que se va a desarrollar a futuro y aún en el presente, como profesionales de la salud.

Referente Cultural

El referente cultural es fundamental; coloquialmente se dice: “no hay que copiar recetas”, pero muchas veces es lo que se hace y de manera acrítica; en este sentido aprovechar toda esta movilidad académica de la cual están participando todas nuestras universidades, para un intercambio que permita comprender mejor las culturas, los contextos, en donde esas buenas prácticas se están desarrollando para poder incorporarlas de manera crítica en las realidades actuales de cada institución.

Referente científico

Un referente científico y técnico es fundamental, pero no es suficiente, y este es un punto importante porque unas décadas atrás se consideraba que era suficiente la ciencia y la técnica para dar respuesta a la pregunta de ¿quiénes son los profesionales de la salud? Identificar cuáles son las disciplinas y los campos científicos hoy es necesario y fundamental, pero no es suficiente si no se logra articular este referente científico y técnico con los otros referentes que se han mencionado.

Referente institucional

Este referente conduce a cuestionar si la formación y el ejercicio profesional se pueden y se deben hacer en el marco y los límites de las instituciones tradicionales, llámese universidades, facultades, escuelas, ministerio de salud, instituciones de seguridad social, o si es el momento de revalorizar y reposicionar los escenarios comunitarios o “los escenarios de la vida” como lo decía Edmundo Granda; recuperar la vida de la población de nuestras comunidades como espacios, como referentes para definir quiénes son hoy los profesionales de la salud.

Referente Ético

Cada vez gana más fuerza el referente ético y no solo el ético-profesional sino también el ético-social que tanto aportan nuestros profesionales de la salud, al cerrar las crecientes brechas y la exclusión de amplios sectores de la población al acceso a la salud y al derecho a una atención de calidad y oportuna en el campo de la salud.

Son preguntas que están en debate en la UNAH y que se han logrado sistematizar en ese ejercicio permanente en una serie de fascículos que, precisamente, se titula: *Serie Educación en Ciencias de la Salud para el Siglo XXI*, en donde, con el maestro Jorge Haddad (QDDG), se sabe que quienes tuvieron la gran oportunidad de seguir sus pasos, de manera muy distante por supuesto, tendrán la responsabilidad de darle continuidad a lo que él sembró y que ahora posiblemente en muchas universidades de América Latina se está cosechando.

Otra serie de publicaciones que sistematiza resultados concretos es *El Camino de la Reforma Universitaria*, que incluye el rico proceso de formación integrada de estudiantes de Medicina, Enfermería, Odontología y de Psicología, en lo que respecta a la Psicología Clínica, también está sistematizada en este fascículo la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la UNAH en el Valle de Sula.

Consideramos que el debate continúa, la búsqueda de respuestas a esta pregunta de ¿quiénes son los profesionales de la salud en el siglo XXI?, ha sido, de hecho, una pregunta generadora de nuevas líneas de investigación. Una de ellas era desarrollada junto con investigadores e investigadoras de la UCR, Lilliana Guevara y el profesor Nien, ambos en aquel momento miembros del claustro de la Facultad de Medicina de esta Universidad y dos compañeras de la UNAN León, igual número de la Universidad de Panamá, de la Universidad de El Salvador y un equipo más amplio de la UNAH, porque participó Tegucigalpa y San Pedro Sula, bajo la coordinación de quien era en aquel momento la Vicedecana de la Facultad de Ciencias de la Educación y Formación del Profesorado de la Universidad Autónoma de Madrid.

En ese espacio se desarrolló una investigación sobre las competencias docentes universitarias, cuyos resultados se publicaron en un libro de la Editorial Octaedro, que es una de las editoriales más rigurosas en cuanto a sus requisitos de publicación y que está permitiendo, a partir de las conclusiones y recomendaciones de dicho proyecto que en este momento se analizan ya como red de universidades (llamada Red Tucana), diseñar y colocar en el campus virtual, en este caso se seleccionó el de la UNAH, un programa de formación en competencias docentes para currículos innovadores.

En esa línea se trabajan sobre uno de los pilares fundamentales de cualquier innovación en el campo de la formación en Ciencias de la Salud, como lo es el profesor, se ha estudiado e intercambiado por ejemplo con Finlandia, Suecia, Canadá, Brasil, con universidades de Estados Unidos, de América Latina, de Centroamérica y todos coinciden plenamente en que para lograr innovar la formación de los profesionales en el campo de ciencias de la salud se requiere del compromiso de los profesores y, en ese sentido, desde este programa de formación que se está elaborando de manera participativa y colaborativa, se espera aportar las respuestas que requiere ese desafío tan grande como lo es lograr que los profesores estudiantes sean sujetos activos, participativos y críticos de los procesos de innovación en la formación de los profesionales de la salud.

Otro elemento importante que se ha identificado en la experiencia de la UNAH es la gestión del conocimiento; del encuentro que tuvo la Universidad Latinoamericana en la Conferencia Regional de Educación Superior en Cartagena de Indias, en el 2008, en la preparación a la Conferencia Mundial de Educación Superior que se realizó en París, para América Latina se consensuó que la gestión del conocimiento es aquel proceso que se vincula fundamentalmente con la aplicación social del conocimiento científico-técnico, para aportar al desarrollo de los pueblos, al desarrollo humano inclusivo y sostenible.

De tal manera que la UNAH, como parte de su proceso de reforma, ha definido la Política de Redes Educativas para la Gestión del Conocimiento con Pertinencia Calidad y Equidad. Como un aspecto fundamental de esta política está el enfoque en el desarrollo regional, por lo que, además de tener siempre en mente la visión de país y de región centroamericana en los procesos de formación, de investigación y de vinculación con la sociedad, se tenga el referente del desarrollo regional. Es así como la UNAH se ha organizado en ocho regiones para la gestión del conocimiento y para contribuir de manera efectiva al desarrollo humano sostenible. Todas las redes están armonizadas en el nivel de la Secretaría de Estado de Planificación con las redes del Plan de Nación, que tiene una visión de desarrollo del país al 2038.

De tal modo que la gestión del conocimiento es un instrumento efectivo y también eficaz para articular la docencia con la investigación y la vinculación; para el caso la Escuela de Ciencias de la Salud tiene experiencias concretas de gestión del conocimiento, por ejemplo: en temas como salud de los trabajadores, enfermedades transmisibles por vectores, sobre todo ahora que se enfrenta un nuevo brote de dengue y de chikungunya, entonces allí la gestión del conocimiento muestra su potencial, su capacidad de facilitar y articular la docencia con la investigación y con la vinculación, porque el foco sigue siendo la formación de nuestros estudiantes pero se le integra otro, que es la forma como ese conocimiento científico-técnico, que es el contenido principal de la formación profesional, es un instrumento de aporte a esos problemas prioritarios de salud de nuestra población.

Un tercer pilar que sustenta la experiencia de la innovación en la formación profesional, es el aporte de la universidad como actor en la formulación de la política pública en el campo de la salud, al igual que en otros dos campos de prioridad que son: la seguridad y la educación. Y ello implica aprender como universidad, y como universitarios y universitarias, a hacer incidencia política, un tema poco trabajado y poco desarrollado pero que para nosotros es sustantivo si queremos realmente aportar a la política pública.

En este momento en el país la principal política pública que está en debate en el campo de la salud y la seguridad social es un Anteproyecto de Ley de Protección Social, en donde, a partir de ese aprendizaje institucional, se está logrando incidir a partir de la gestión del conocimiento científico-técnico.

La UNAH ha participado en diferentes foros a nivel de la Presidencia de la República, del Congreso Nacional, de los Organismos Financieros Internacionales (el Consejo Consultivo del BID) y con las bancadas de los partidos que están representados en el Congreso Nacional. No es solo el conocimiento generado desde la UNAH sino, por ejemplo, el conocimiento generado desde la UCR, en relación con las Reformas en Salud en la Caja del Seguro Social en Costa Rica, todo lo generado por la Escuela de Salud Pública y otras universidades en Brasil; lo generado por las universidades canadienses, por el movimiento colombiano, donde la Universidad Nacional ha tenido un papel protagónico, y por los académicos que integran la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en México y en Bolivia. Ese es el conocimiento que se gestiona para lograr incidencia política y la valoración de actores externos es que se está logrando un nivel de incidencia para que Honduras no cometa los errores que

ya evidenciaron sus resultados negativos en otros países, en los que ya se hicieron estas reformas en salud y seguridad social, y que las buenas prácticas se tomen con sentido crítico.

Un cuarto y último pilar que también sustenta esta construcción de innovaciones en la formación de profesionales en Honduras son las alianzas intersectoriales, y aquí el eje articulador es la Atención Primaria en Salud (APS), de tal manera que la UNAH está desarrollando desde hace cuatro años un Programa de APS Familiar y Comunitaria, consolidado en 16 municipios y que tiene dos soportes importantes para su sostenibilidad: en primer lugar, un convenio que fue aprobado en el Consejo de Ministros, que es ley del país y que fue también firmado por la Rectora, por la Ministra de Salud, el titular de Educación, el de Planificación, Finanzas, el Ministro Sectorial (como se le llama ahora al Ministerio encargado de todo lo que es el campo social) y también por el representante de la Asociación de Municipios de Honduras, (AMHON).

El otro soporte para la sostenibilidad del programa es que las otras instituciones coincidieron en que la coordinación del mismo estuviera en la UNAH, de tal manera que la Dirección de Vinculación Universidad-Sociedad está en la coordinación general de este esfuerzo, de esta alianza, donde el mismo convenio define que se espera como resultado de este programa que la Atención Primaria en Salud se convierta en la política pública principal para orientar el desarrollo del nuevo modelo de atención en salud en el país y, por ende, está vinculado con el otro pilar de incidencia política.

Son muchos los avances pero más los desafíos; lo importante es que existe un norte bien definido hacia el cual orientar la formación de profesionales, articulando a través de la gestión del conocimiento, la docencia, la investigación y la vinculación de la universidad con la sociedad. Se tiene la capacidad y la voluntad de tomar decisiones políticas difíciles, como las descritas, se está en camino de desarrollar las capacidades de los profesores, de manera que se involucren cada vez más en este proceso de reforma en general pero, particularmente, en el campo de las Ciencias de la Salud. Además, se están haciendo las inversiones para crear la infraestructura necesaria que soporte todos estos procesos de transformación académica.

Para finalizar esta participación se comparten algunas imágenes del nuevo edificio de Ciencias de la Salud de la UNAH en el campus de San Pedro Sula, donde, precisamente, se distingue una escalera en espiral que finaliza en la biblioteca y el Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud, esta quiere significar la centralidad que la investigación tiene en el rediseño curricular de las carreras del campo de las ciencias de la salud y en el diseño de las nuevas carreras que se abrirán a finales de este año 2015 y en el 2016.

Asimismo, se presenta una imagen del Centro de Rehabilitación e Imágenes Biomédicas, que cuenta con tecnología de punta a nivel de América Latina. Sin embargo, se hace conciencia en el sentido de que la tecnología solo es un instrumento al servicio de las personas, que se requiere del talento humano para hacer que esa tecnología esté al servicio de la salud de la población. La inversión posiblemente podrá tener en algún momento, 10 o 15 años, un rédito económico, pero lo más importante para la UNAH, como universidad pública, es el rendimiento social que esta tecnología pueda dar en este momento.

EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE LAVAL-CANADÁ

DR. JACQUES GIRARD

Primeramente haré una breve reseña del sistema al cual nosotros nos vinculamos como académicos, para pasar seguidamente a la parte de competencias.

Es bien sabido que en el enfoque por competencias no hay ninguna propiedad intelectual, sino que, en Canadá, se convierte en un instrumento, una herramienta muy potente, tanto en el ámbito médico, como del personal de salud en general; esto es un tema bastante clave si se quiere estar por delante de un tema de fondo como lo es la atención primaria.

La conformación del sistema de salud pública en Canadá, va más allá de un sistema de salud, es un conjunto de sistemas, pero todos tienen la característica de basarse en la atención primaria. Hay un seguro médico, existe la cobertura universal que está vigente desde los años 50 o 60, el personal de salud trabaja en condiciones laborales muy típicas, pero los médicos también tienen un estatuto diferente, son trabajadores autónomos. Esto es un ejemplo de promoción de la salud renovada, puesto que la Constitución Canadiense ha definido por ley un ámbito particular que es la Ley Canadiense de Salud, la cual define cinco principios que tienen que cumplir las autoridades sanitarias, tanto a nivel provincial como territorial, para contar con la contribución financiera del Gobierno Federal; estos son: administración pública, integralidad, universalidad, accesibilidad y portabilidad en los diferentes lugares del país.

Como cifras importantes se pueden citar que en Canadá se cuenta con un médico por cada quinientos habitantes, pero hay una cifra mayor para los médicos de familia, es decir, hay más médicos de familia que otros especialistas en Canadá, es algo que se ha logrado después de veinticinco años mediante una política pública fuerte a favor de la atención primaria. Además, hay cinco veces más enfermeras que médicos, lo que también es importante porque la atención primaria en salud se hace también con las enfermeras; obviamente, se cuenta con odontólogos, psicólogos, farmacéuticos que son parte de las redes que se han establecido.

En la provincia de Quebec, por ejemplo, los centros hospitalarios están apoyando el corazón del sistema. Son centros integrados en redes que funcionan de una manera muy fluida; los médicos colaboran con mucho protagonismo en estos centros de salud. Hay también agrupaciones de la comunidad o sectores populares, empresas de economía social y recursos privados, pero todos estos recursos están vinculados al sistema. Hay farmacias que también funcionan de modo privado, o la gran mayoría, pero también bajo las reglas que dicta el sistema de salud, organismos comunitarios y recursos no institucionales.

Otro asunto importante es la necesidad de regular la producción del "personal de salud"; el caso de los médicos es un asunto clave. Un análisis de datos que se ha venido realizando desde

hace mucho tiempo, más o menos desde finales de los noventa, indica que se pasó de 37 % de plazas de residentes para medicina familiar, a 47 % en 2013. La meta era un 50% en Quebec, porque en otras provincias de Canadá se ha logrado un avance mayor. La metodología consiste en definir las variables claves y hacer proyecciones en términos de cinco, diez y veinte años. De no hacer esto, habría un problema de superávit de médicos o de escasos de médicos y eso es dañino para un sistema de salud, porque los médicos tienen una voz mucho más potente que otros profesionales.

Se espera que para el 2016 la cifra en Quebec sea de 50 % de cupos reservados para los médicos de familia, y no hay problemas con los estudiantes de medicina porque todos quieren hacer medicina de familia ya que es muy prestigioso. En la promoción de la salud, los centros integrados son el corazón del sistema, pero el médico de familia es la puerta de entrada. En salud mental, por ejemplo, 70 % de las personas que quieren consultar lo hacen con un médico de familia. Esto quiere decir entonces que el médico de familia es un actor clave.

Existe esta mezcla finalmente privada-pública; pero la verdad no es exactamente privada, porque los médicos tienen sus horarios del Gobierno, no son empresarios como tal, a excepción de algunos, menos del 2 % de los médicos en Canadá ejercen fuera del sistema público, en realidad son muy pocos; la mayoría colaboran finalmente con estos centros integrados que ofrecen diferentes maneras de brindar servicios.

Respecto a las unidades de medicina familiar, estas existen solo para la docencia, la investigación y la atención primaria; ahora también hay enfermeras que tienen una responsabilidad impresionante en la atención primaria. En el equipo supervisor no solo hay médicos docentes, sino psicólogos, trabajadores sociales. Por ejemplo, un trabajador social puede ir a supervisar a un médico residente, para resguardar precisamente la parte comunitaria de cómo se puede interactuar con la población y las familias que realmente tienen dificultades.

Es una agenda exigente para los académicos y las organizaciones dedicadas a la capacitación por las competencias que se requieren para operar con este enfoque. Una competencia es un saber actual, complejo, que se apoya en la movilización, en la combinación eficaz de varios recursos internos y externos al interior de una familia. Lo que se está añadiendo son herramientas de seguimiento, de monitoreo, referencias, días de práctica y actores claves también.

El equipo de salud no puede existir si no se da el tiempo para configurarlo a nivel de la docencia. Se trata de un cambio de paradigma basado en tareas sencillas y bien definidas a una concepción más compleja de conocimientos, habilidades y actitudes, por la complejidad de los empleos en la nueva sociedad de conocimientos. Solemos decir que los médicos tienen que mantener sus competencias, sus habilidades, pero ¿es igual para las enfermeras?, ¿es igual para los trabajadores sociales?; la cantidad de conocimientos, de cambios en términos de nuevas prácticas es tremenda, y la transformación perpetua de nuestros modelos de atención. Quizás ustedes tienen los EBAIS por un tiempo, pero hay siempre un refinamiento de ajustes que es normal, que es bienvenido en cualquier sistema de salud, pero eso obliga, en términos de profesionales de la salud, a adaptarse y a someterse a las nuevas herramientas que se requieren.

Respecto a las diferencias que existen entre el enfoque tradicional y el enfoque basado en las competencias, como se puede ver, es algo realmente estimulante para un docente; muchos académicos pensamos que como médicos hemos adoptado una vocación, pero yo creo que el rol docente es también una vocación. En Canadá, por ejemplo, los médicos ganan mucho dinero y los que están actualmente en el área docente son realmente personas dedicadas, ellos están sacrificando recursos económicos para trabajar en la universidad. La misión universitaria se está convirtiendo en algo prestigioso pero también se tiene que adoptar esta vida profesional porque es muy exigente.

Es importante subrayar que cada alumno, ya sea una enfermera o un médico, tiene un portafolio y eso es muy interesante porque se trata no solo de hacer un plan de aprendizaje con un asesor pedagógico, que es como un asesor particular, porque en salud somos como los carpinteros en la época de Francia, hace muchos siglos: es importante el honor del mentor, la persona que realmente va a influir, por decirlo así, para mantener el entusiasmo. Actualmente no estamos perdiendo tantos profesionales durante las carreras, pero la verdad es que sí es importante tener un referente. Al lado de todo eso, creo que el portafolio de evaluación es una manera de que el mentor y el alumno estén revisando de una manera realmente frecuente, casi cada día.

Los roles son una aplicación del campo de las competencias, eso es el prototipo del médico de familia, pero se puede decir que, por ejemplo, el anestesiólogo va a tener los mismos roles, a excepción del primero que va a ser experto en la anestesiología. Siempre pensamos que la primera prioridad de un médico es precisamente cuidar a un paciente, es verdad, eso se mantiene, pero el médico tiene también que comunicarse con su familia, con sus pares, con sus colegas, tiene que colaborar en el plan de atención con otros profesionales de la salud, tiene que ser un líder, no solo, sino en colaboración con otros profesionales. Cada especialista, sea cual sea, tiene que pensar que tiene un rol para aportar. Ante la pregunta: ¿pero, un anestesiólogo tiene que ver con la promoción de la salud?, se debe contestar que sí, por supuesto, todos tienen que ver algo y en las competencias los residentes en anestesiología, cuando van a presentarse para obtener su certificación, todos tuvieron que cumplir con determinadas competencias, de no tenerlas tendrían problemas.

En el mundo de hoy, los profesionales de la salud tienen que tener lo que se llama "curiosidad científica". No se puede pensar en un rol donde solo se trata de técnicos o de técnicas, sino que se debe pensar en el rol profesional; eso tiene que ver realmente con la parte personal; por ejemplo, un médico que fuma en su consultorio es un problema, un médico que tiene una vida más o menos sana y vive en una pequeña comunidad donde todos saben lo que está haciendo los sábados, también es un problema. Es decir, hay competencias específicas para que el médico, en este caso especialista, sea un buen ejemplo para la población y para la gente que atiende.

Entonces aquí está precisamente el modelo y la competencia, todo esto es un paso y todas estas piezas van a hacer realmente el conjunto; la parte potencial es usar recursos internos, recursos externos y la organización de la actividad profesional con supervisión. Esto es un saber

actuar complejo, determinar cuáles son esos recursos internos y externos es mucho trabajo que se despliega de las competencias, cuando se es así se tiene que avanzar, presentar la progresión con indicadores de desarrollo. De manera que si se piensa en un médico en una carrera con una residencia, puede ser que este residente después de veinte meses va a cumplir con esta competencia, pero puede ser que no, y hay una señal de tener cuidado. Finalmente, un residente de los brillantes va a terminar los meses de pasantía, va a estar listo para la certificación y no va a necesitar más meses, pero va a mantener su presencia en el ámbito académico para finalizar.

Otras facultades en ciencias de la salud también se interpelean con eso, por ejemplo el caso de la enfermera practicante especializada en este caso de APS a nivel de una maestría. Para la carrera de Farmacia se tiene actualmente una certificación de químico farmacéutico comunitario que tiene muchas competencias muy interesantes: al contacto con el público el farmacéutico se está convirtiendo en miembro del equipo; si se habla de una clínica en un barrio muy desfavorecido de Quebec, donde hay un farmacéutico con sus alumnos y hay muchos casos de toxicomanía, de consumo de drogas, de medicamentos potentes, entonces no se puede imaginar que un médico, una enfermera o una nutricionista no puedan tener un farmacéutico a su lado.

La perspectiva poblacional es una visión para estructurar redes locales de salud efectivas. Siempre se asume que una red es natural, pero no lo es por nada, se tienen que desarrollar condiciones positivas para que pueda existir, por eso hay competencias también para adoptar la perspectiva poblacional tomando en cuenta las necesidades en salud, la población definida con base territorial y toda la cuestión de cómo se puede trabajar a nivel de los determinantes y en el ámbito de organizaciones de salud complejas.

¿Cómo se puede trabajar con estas organizaciones para mejorar precisamente el desempeño?; la visión de equipos de salud ante la perspectiva internacional, es una de las interrogantes que les dejo.

Si se analiza un ejemplo en el que se mezclan alumnos de medicina, de enfermería y otros, y sabemos exactamente donde están las personas que tienen más dificultades, es un gradiente socioeconómico que estamos utilizando y que funciona con los códigos postales de las personas, así que sabemos siempre, cuando una persona se presenta, de dónde es esta persona, eso facilita mucho la supervisión. Y aquí la colaboración entre profesionales se trata de competencias que vienen de este grupo que se llama CIHC, (*Canadian Inter Professional Health Collaboration*). Si se está hablando de un servicio de salud se tiene que decir que los roles son muy muy claros, la manera de operar un equipo, la atención centrada en el paciente, la familia, la comunidad, el liderazgo, etc., son competencias importantes.

Lo anterior es ejemplo del ámbito académico clásico: hospital, enfermería, fisiología, etcétera; entonces ¿cómo pueden trabajar juntos si no aprenden juntos? es un tema que yo creo que se tiene que plantear.

Por otra parte, es importante considerar que la población de estudiantes de Medicina en la Universidad, datos del 2013, no refleja en nada la población general de Quebec, y si se hiciera este tipo de análisis a nivel de nuestras facultades de Medicina, más Medicina que otras, vamos a darnos cuenta de una realidad que nos apela y es que hemos hablado de la responsabilidad social, es un consenso sobre el tema, pero nuestros alumnos no son el reflejo de la población y son ellos mismos quienes van a atender a la población, por eso no podemos darnos el lujo de no considerar estos temas, una facultad debe convertirse en responsable socialmente.

Aquí se puede ver la importancia de la rectoría de salud, del sector salud. Yo voy insistir sobre esto, el papel protagónico de la academia para la transformación curricular y la incorporación de una visión de los perfiles esperados es imprescindible.

EXPERIENCIA “EL CURRÍCULO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA: LOGROS Y RETOS”

DR. JAIME ARTURO GÓMEZ CORREA

En primera instancia se hará una breve caracterización del currículo precedente, luego se describirán las características del currículo vigente, cuya implementación inició en el año 2000. Después, se señalarán algunos aspectos críticos encontrados a partir de una investigación evaluativa, la cual fue publicada¹ recientemente y, por último, se propondrán algunas reflexiones de índole personal sobre un futuro deseable del currículo en nuestra Facultad.

El currículo de la Facultad de Medicina para el año 1995, época en que empieza la discusión sobre su reforma, llevaba aproximadamente 45 años de vigencia y correspondía a un estilo tradicional, disciplinar, de tipo Flexneriano, el cual se estableció por dinámicas similares que seguramente vivieron muchas universidades del continente generadas a partir de la formación de sus profesores como especialistas en universidades norteamericanas en la década de los 50; estos profesores, a su regreso a la universidad, incorporan la visión Flexneriana de la educación en el programa de Medicina con el fin de modernizarlo; en ese momento, su instauración representó un avance en relación con las prácticas pedagógicas y administrativas que le precedieron.

Durante la vigencia de dicho currículo hubo dos o tres intentos de transformación, todos ellos fallidos; algunos resultaron en inserciones, al modo de quistes, de algunos elementos nuevos, pero conservaron la estructura de los ciclos básico y clínico diseñados por disciplinas,

¹ Evaluación del currículo del programa de medicina de la Universidad de Antioquia. Aproximación a un modelo de evaluación. Resultados de investigación.

donde se iniciaba con cursos de física, química, biología y algunas humanidades, para seguir por anatomía, histología, fisiología, farmacología, etcétera y, finalmente, luego de la mitad de la carrera se desarrollaba la clínica con cursos como medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía, entre otras.

En el ciclo básico el modelo pedagógico estaba centrado en contenidos, con uso de didácticas tradicionales, especialmente la conferencia magistral; la relación profesor estudiante era jerárquica, de carácter autoritario; el estudiante era un receptor pasivo de conocimientos; se realizaba un aprendizaje memorístico de contenidos para la aprobación de exámenes y la evaluación era de carácter punitivo (mientras más difícil, mejor) y terminal (no se consideraba parte del proceso de aprendizaje).

En el ciclo clínico se utilizaban estrategias didácticas más personalizadas, dirigidas a pequeños grupos de rotación por las especialidades y predominaba –aún parece suceder igual– el concepto biologista del ser humano y una orientación morbicéntrica y hospitalocéntrica de la medicina, con poco énfasis en la aplicación científica y mucho menos en la transformación social de nuestros entornos.

Para el año 1995 se empieza un proceso de reflexión curricular, promovido por las directivas universitarias, donde se involucra un grupo importante de docentes en una reflexión crítica sobre el currículo vigente y la construcción de una nueva propuesta acorde con los desarrollos de la época, tanto en pedagogía como en educación médica; en este proceso para reformar el currículo participaron como invitados conferencistas y asesores internacionales y nacionales, expertos en planeación educativa, pedagogía, estrategias didácticas activas, que ofrecieron distintas perspectivas sobre diferentes temas de interés que trascendían el enfoque local.

Esta reflexión para la transformación curricular se desarrolló en un contexto de política sanitaria muy complejo para el país, originado con la expedición de la ley 100 de 1993, que reformó el modelo de salud, suprimiendo el Sistema Nacional de Salud con dirección centralizada del Estado e instaurando un sistema de salud basado en el aseguramiento y que se ha denominado de “competencia regulada”, similar al que había asumido Chile, entre otros países.

Dicho sistema, basado en el aseguramiento, tuvo un gran rechazo en el sector público, tanto en el de prestación de servicios como en el de formación de recursos humanos, y generó una paradoja que cruzó toda la contienda acerca del tipo de médico que debía formarse en la Facultad de Medicina: por principio, se reconoce que debe haber una relación estrecha entre el modelo de salud del país y el diseño curricular de los programas de formación, de manera que dicha alineación permita formar un recurso humano pertinente al sistema de salud pero, para el caso particular que vivía la academia, no se concebía la posibilidad de que la Facultad formara un profesional de la Medicina funcional para un sistema de aseguramiento que se visualizaba como problemático en muchos aspectos, en especial en su orientación mercantilista de la salud, puesto que así había sido declarado por el Ministro promotor del nuevo modelo cuando lo lanzó con la consigna “bienvenidos al negocio de la salud”, en donde el negocio era

un asunto distante de lo que hasta entonces había entendido la mayoría de los universitarios y trabajadores de la salud como propósito de un sistema de salud.

Esta situación genera una tensión compleja pues, por un lado, la universidad pública con su carácter autónomo, por tanto ni estatal ni confesional, tiene como propósito formar estudiantes críticos de la realidad en perspectiva de su transformación para el bien social y, por otro lado, también tiene que formar un profesional pertinente y competente para desempeñarse en la realidad nacional, la cual en este caso particular está estructurada en un sistema de salud orientado por principios de mercado.

Luego de cinco años de discusión, donde participó principalmente el estamento profesoral, en el año 2000 se inició la implantación del nuevo currículo que ya lleva 15 años de funcionamiento y bajo el cual se han graduado un importante número de profesionales que, hasta el momento, han demostrado calidad y pertinencia en su desempeño profesional.

Este currículo médico de la Universidad de Antioquia se fundamentó en dos grandes dimensiones: la primera fue la concepción de educación en general y de educación médica en particular, que para la época se discutía en la literatura internacional, y la segunda, los conceptos de salud-enfermedad que en ese momento se promovían en el sector. En principio, se desarrollaron discusiones al respecto con la intención de construir referentes teóricos sobre estas dos dimensiones que fundamentan el diseño del nuevo currículo.

En la dimensión educativa se consideraron tres categorías que constituyen el proceso de formación: la pedagogía, que se refiere a la formación en general de la personalidad de los hombres y mujeres que se integran en una sociedad, es decir, la visión general de ser humano que se espera formar; el currículo, que es la visión de cultura compartida en la institución educativa y la didáctica, respecto a la relación de los profesores con sus estudiantes, mediada por conocimientos, actividades y actitudes implícitas, explícitas, conscientes e inconscientes.

Desde esta consideración se definieron unos valores o principios que orientarían el proceso formativo: la formación integral y la investigación formativa fueron los principios de la pedagogía; en la categoría curricular se definieron la flexibilidad, la pertinencia social y académica y la interdisciplinariedad; en lo didáctico se habló del paradigma cognitivo, que busca un aprendizaje significativo, las didácticas activas como estrategia coherente al paradigma cognitivo y entre ellas la solución de problemas que entre sí son complementarios y dan coherencia a la didáctica.

Con respecto a la concepción del proceso salud-enfermedad, se lograron acuerdos en dos campos: uno, reconocer que el ser humano tiene una dimensión material, objetiva, susceptible de conocer desde las ciencias empírico analíticas o positivistas, como también se han denominado, pero que allí no se acaba el ser humano; este se constituye también por las dimensiones subjetiva e inter-subjetiva o social, las cuales pueden ser comprendidas desde paradigmas propios de las ciencias sociales y humanas tales como las ciencias histórico-hermenéuticas y las crítico-sociales, según lo propone Habermas en su texto *Conocimiento e interés*; esta reflexión tiene

importancia en cuanto permite establecer que la interacción dinámica de estas tres dimensiones es determinante de la salud y la enfermedad de las personas y los grupos sociales y, en sentido recíproco, que la enfermedad puede tener expresión en estas tres dimensiones; la asunción de este principio es condición para entender e intervenir la realidad sanitaria desde la integralidad.

También se reconoció que el quehacer médico se desarrolla en cuatro ámbitos: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y la rehabilitación según lo había planteado Sigerist a mediados del siglo XX. Aunque en el momento de la reforma curricular no se discutió, hoy en día es recomendable adicionar como ámbito de acción médica la paliación y el acompañamiento al paciente para una muerte digna. Es fundamental que los programas de Medicina incorporen explícitamente este quinto ámbito de acción, de manera que los profesionales de la salud no se reconozcan como enemigos de la muerte² y se eviten tantos “heroísmos médicos”, que con frecuencia solo le ofrecen mayor sufrimiento al paciente en estado terminal.

Desarrollados y acordados los referentes teóricos descritos, se procedió a diseñar la estructura macro del currículo, la cual comprende dos grandes componentes, uno central que representa el 80 % de los créditos del programa de formación y otro complementario que contiene el 20 % restante (ver Ilustración 1). El componente central, a su vez, se desarrolla en dos fases simultáneas; lo representado en azul se denominó como fundamentación y la amarilla profesionalización, que de alguna manera se corresponde con las básicas y las clínicas. Se pretendió que en el transcurso de los estudios hubiera permeabilidad entre la fundamentación y la profesionalización, de manera que se resolviera un problema muy frecuente en los programas de formación como lo es la enseñanza de la clínica en la fase final de la formación y la división entre teoría y práctica.

Estos componentes se encuentran cruzados por unas categorías transversales, mencionadas previamente: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención y tratamiento de los enfermos y su rehabilitación, además de las dimensiones social, subjetiva y material, dado que deben ser consideradas para una intervención integral en los campos del quehacer médico.

La fundamentación está constituida por las áreas, que son campos de conocimiento interdisciplinarios que se corresponden en gran medida con los sistemas del organismo humano como: cardiorrespiratorio, movimiento y postura, gastroenterología y nutrición, endocrinología y metabolismo, autorregulación y auto conservación (ver Ilustración 2); las áreas pretenden superar los cursos disciplinares tradicionales tales como: anatomía, fisiología, farmacología, etc., al articular una serie de disciplinas que en conjunto permiten estudiar cada uno de los sistemas biológicos; también incluyen algunos campos de conocimiento de las ciencias sociales y humanas, como salud y sociedad, en que se desarrolla el tema de medicina preventiva, Salud

² Recordar la pintura “El médico y la muerte” (autor anónimo) en que se representa a un médico disputándole a la muerte una mujer que representa la vida.

Pública y Comunicación e Informática, el cual pretende actualizar a los jóvenes en todo el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación que deben servir para fortalecer el acto médico, puesto que este es en esencia un acto comunicativo.

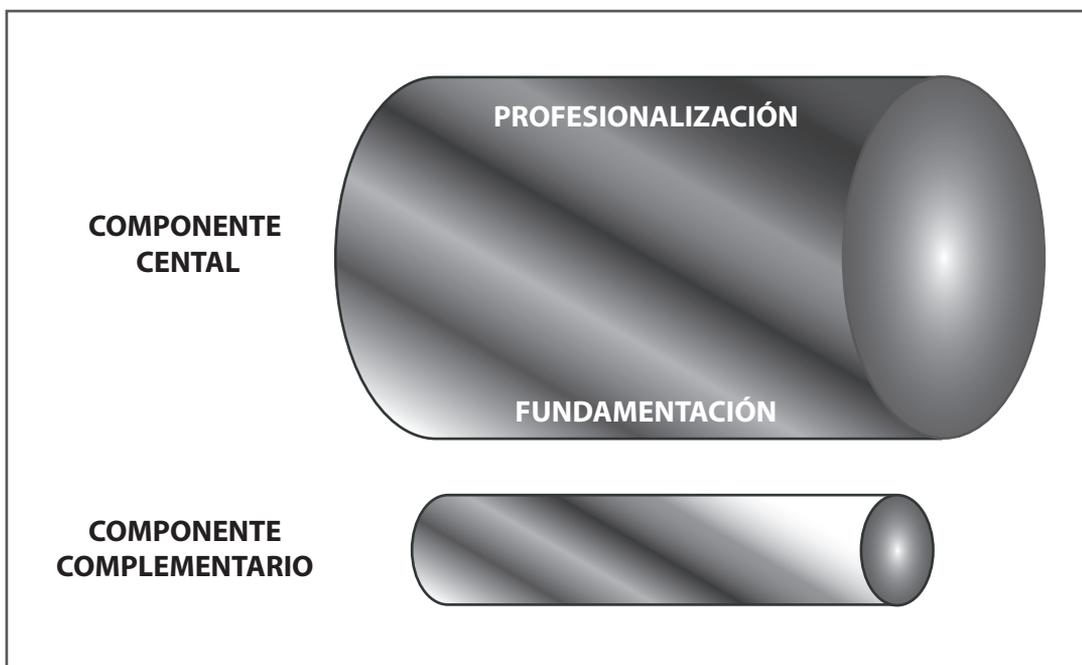


Ilustración 1: Estructura macro del currículo del programa de medicina de la Universidad de Antioquia

Como se puede apreciar en la Ilustración 2, se filtran algunas disciplinas: biología de la célula, inmunología, evidenciando el poder y la fuerza de los nuevos desarrollos en la ciencia biológica: la biología molecular y la inmunología.

El ciclo de profesionalización se compone por las fases del ciclo vital (niñez, adolescencia, adultez y vejez); en cada una estas fases se desarrollan de manera integral las situaciones normales y potencialmente problemáticas que, con mayor frecuencia, se presentan en el ser humano según el momento del ciclo vital en que se encuentra la persona.

En el componente complementario que equivale al 20 % del currículo, también denominado flexible u optativo, se realiza una oferta de cursos que el estudiante selecciona según sus intereses e inclinaciones, están agrupados en tres campos: cultura y deporte, en donde ha habido un desarrollo importante expresado en la conformación de grupos de música, teatro, talla, pintura; contexto, donde el joven estudia las relaciones de aspectos sociopolíticos con el proceso salud-enfermedad y profundización, en el que se estudian con mayor detalle algunos temas del componente central con los cuales el estudiante tiene una afinidad o inclinación particular.

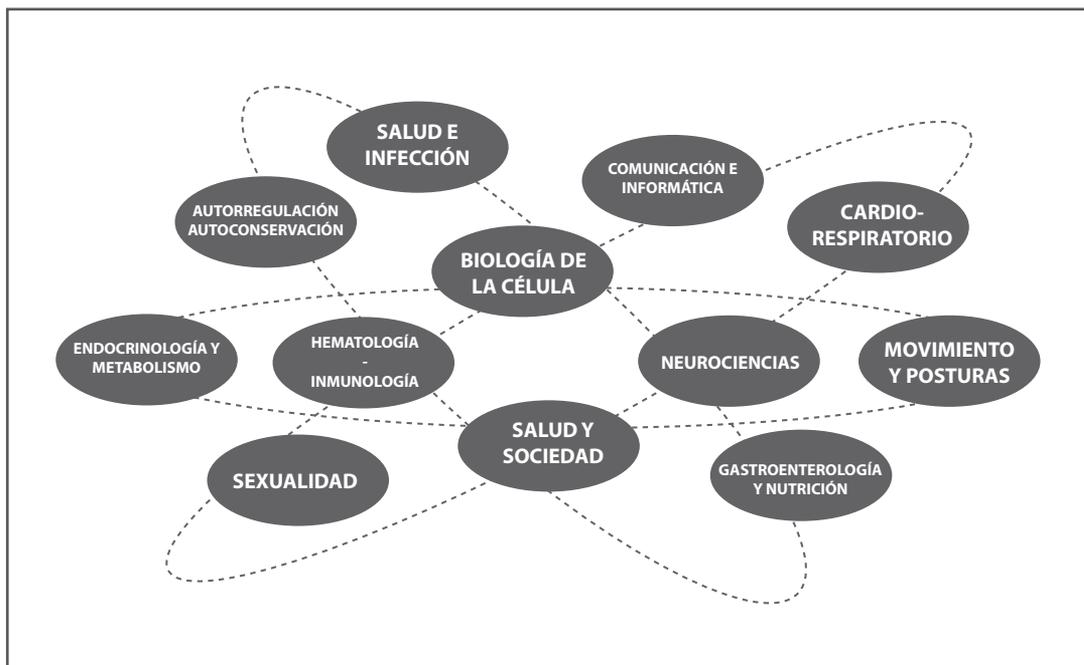


Ilustración 2: Áreas constituyentes del ciclo de fundamentación en el currículo del programa de medicina de la Universidad de Antioquia

En este proceso de construcción curricular que se acaba de describir, se identificó desde el inicio la necesidad de captar al máximo los productos de la discusión y los acuerdos logrados en aras de realizar una sistematización que contuviera, en detalle, todos los elementos que constituyen el currículo del programa de Medicina. Esta memoria de la reflexión quedó plasmada en una serie de folletos que son fuente de consulta frecuente. Este material, además, ha sido muy valioso porque al contener el horizonte propuesto sirvió como “modelo de comparación” para realizar en el año 2010 una investigación evaluativa del currículo, la cual permitió identificar algunas dificultades y falencias en el desarrollo de la propuesta.

En dicha investigación, se encuentran algunos principios curriculares que presentan carencias en su desarrollo. En la interdisciplinariedad no se han obtenido los logros esperados; la pretensión de articular las disciplinas en el desarrollo de las áreas se ha reducido a su yuxtaposición mediante la alternancia en el aula de clases de los docentes responsables de los saberes de cada disciplina, de manera que en un área van pasando uno tras otros los profesores de anatomía, histología, fisiología, sin una real articulación e integración de los conocimientos.

La pertinencia social del conocimiento se cuestiona mucho; existe un desbalance en la oferta de conocimientos; la dedicación a problemas de alta prevalencia en las realidades locales y el tiempo y esfuerzos dedicados al conocimiento de punta, el cual se privilegia puesto que con

frecuencia responde a problemáticas emergentes de sociedades muy desarrolladas o a los intereses de grupos de poder y no siempre tiene un correlato con las situaciones que presentan grupos vulnerables de los países en desarrollo, los que con frecuencia representan una porción importante de la población; posiblemente el alto grado de desarrollo de las especializaciones y las sub-especializaciones en la facultad y la universidad, sumado a los criterios de selección de docentes universitarios que tienden a definir el nivel de doctorado como el requisito mínimo para la docencia universitaria, sean factores explicativos de la falta de pertinencia social del conocimiento en la educación superior.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad también son campos de conocimiento que presentan debilidades en el desarrollo curricular; se observó que los docentes, especialmente los especialistas clínicos, no tienen un conocimiento preciso de estas categorías y las tratan indistintamente, dando lugar a la confusión del conocimiento, la cual se transmite a los estudiantes; por otro lado, consideran que el tratamiento centrado en el hospital de alta complejidad es el quehacer médico por excelencia, subvalorando los otros campos del quehacer médico y reforzando de esta forma el enfoque curativo que apela a la alta tecnología como recurso preferente de la medicina.

El tema de la evaluación de los aprendizajes es también muy crítico, porque si bien se cambió la estructura curricular y en aplicación del principio de coherencia se exigía un cambio en la evaluación de los aprendizajes, los avances no fueron muy notables y algunos de ellos con el transcurso del tiempo se perdieron, retornando a los sistemas tradicionales de evaluación que no estimulan la reflexión crítica del estudiante, sus capacidades de resolución de problemas y el desarrollo de competencias comunicativas.

Las falencias descritas han tenido efectos negativos en la formación de nuestros profesionales, y se expresan principalmente en la baja capacidad resolutoria del médico general y, como contraparte, en la necesidad imperiosa de los profesionales de realizar estudios de alta subespecialización, con la consecuente falta de integralidad en la atención y resolución de las necesidades de la población.

La Facultad trata de resolver los problemas identificados en la investigación evaluativa mediante el desarrollo de un plan de mejoramiento que comprende la realización de unas jornadas de reflexión a las que asiste el grueso de los docentes; también se realizan reuniones del comité de currículo con los coordinadores de áreas de los semestres en que se han apreciado situaciones más críticas, con el propósito de revisar y fortalecer los contenidos y estrategias didácticas; además, mediante la implantación de una bitácora de actividades por parte de los estudiantes, se trata de una auto-evaluación y seguimiento del desarrollo de actividades y destrezas para verificar el logro de competencias, entre otras estrategias.

Si bien dichas estrategias pueden ayudar a solventar algunas de las dificultades encontradas, es necesario cambiar el modelo curricular para superar las dificultades más relevantes del proceso de formación, que al parecer son comunes a otras facultades de país y del continente.

A Einstein se le atribuye la siguiente frase: “No pretendas que las cosas cambien, si siempre actúas de la misma manera”; apoyándose en esta idea se podría decir que es necesario avanzar hacia un currículo integrado, con un plan de estudios basado en la intervención de problemas y necesidades sociales, que materialice la consigna “aprender haciendo”, lo que implica la inversión del orden tradicional del aprendizaje que se basa en impartir primero la teoría, para su verificación posterior en la práctica.

La definición de los contenidos de estudio debe ser el resultado de la lectura de la situación social de la localidad y la región, por supuesto sin perder el horizonte global; se debe superar la separación entre ciclos básico y clínico, lo cual también favorece la articulación de la teoría y la práctica; es necesario generar nuevos entornos de aprendizaje en los lugares donde la gente desarrolla su vida (familia, barrios), lo cual, a su vez, debería fundamentarse en un proceso de enseñanza y aprendizaje anclado a un espacio de población determinado, sobre el cual la universidad tenga alguna responsabilidad en los resultados de la situación de salud de las personas que allí viven, para lo que se requiere una fuerte articulación con las instituciones prestadoras de servicios de salud de ese territorio, de modo que sea parte orgánica de las redes de servicios que están ahí instaurados.

Para el caso particular de Colombia, el fortalecimiento de la formación del talento humano en salud también pasa por realizar una reforma al sistema de salud, pues el modelo de atención que desarrolla este sistema, basado en el aseguramiento, genera unas prácticas que son determinantes para muchas de las situaciones problemáticas con que se encuentra la universidad en el proceso de formación del personal médico.

REFLEXIONES ACERCA
DE LA CALIDAD Y LA PERTINENCIA EN
LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES
EN CIENCIAS DE LA SALUD



REFLEXIONES ACERCA DE LA CALIDAD Y LA PERTINENCIA EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES EN CIENCIAS DE LA SALUD

DR. JUAN ANTONIO CASAS ZAMORA

Cuando me pidieron dar esta charla, realmente me quedé pensando cómo enfocarla, porque si bien siempre he estado de alguna forma involucrado con la docencia y la investigación, ya sea directamente como docente o desde la perspectiva de la cooperación técnica, trabajando con universidades, instituciones académicas, no era un tema del cual me hubiera empapado recientemente en términos teóricos o contextuales, así que me di a la tarea de leer y revisar la literatura más reciente. Claro que me habría ahorrado una gran cantidad de esfuerzo con solo haber escuchado antes la brillante ponencia que ayer hizo mi amiga, la Dra. Borrell, que en forma magistral nos presentó una revisión panorámica del escenario actual de las nuevas corrientes en la formación y educación de profesionales de la salud.

Para comenzar quisiera que nos ubicáramos en este mismo lugar, en este mismo salón, donde hace 40 años se efectuó mi graduación como Médico y Cirujano de la Universidad de Costa Rica; este grato recuerdo me hizo pensar en los estudiantes que en este año habrán ingresado a hacer estudios de Medicina, de Enfermería, de Odontología, de carreras técnicas y que estarán ejerciendo su profesión probablemente hasta el año 2065, tomando en cuenta que, muy probablemente, los muchachos y muchachas que están estudiando ahora no se van a jubilar a los 60 ni a los 65, sino más bien a los 70 o 75 años, así que van a estar aquí para rato.

Entonces me puse a pensar ¿qué es lo que harán como profesionales de la salud en el año 2065? ¿Para qué tipo de contexto los debemos formar? ¿Será algo así como vemos retratado en las películas de ciencia ficción?, como en Viaje a las Estrellas, en el que los pacientes se acuestan en una camilla y un mismo aparato les hace un escaneo, formula el diagnóstico y aplica de una vez la terapia celular requerida para la completa resolución del problema. ¿Será cómo en una película reciente llamada Elysium, que anticipaba que los ricos de la tierra, en vez de vivir en la maltrecha y dañada Tierra, se irían a buscar refugio en una gran colonia espacial en órbita, una Luna artificial donde vivirían en gran lujo y con acceso a la tecnología médica de punta, mientras que los demás mortales seguirían sobreviviendo en medio del desastre ecológico y social en una Tierra convertida en una vasta red de tugurios insalubres, muy parecidos a lo que uno ve en este momento en cualquier gran urbe latinoamericana.

La tecnología médica disponible en la colonia espacial disponía de una maravillosa terapia celular mediante la cual, con solo introducirse en el aparato, se reordenaba toda la estructura genética de las células y por ende se eliminaba cualquier enfermedad, cualquier daño y se detenía el mismo proceso de envejecimiento. Cómo este tratamiento solo se podía conseguir en la colonia espacial, existía un lucrativo pero peligrosísimo negocio de tráfico humano mediante

el cual los pobres de la Tierra, enfermos de un cáncer, una leucemia infantil, una cardiopatía u otra patología mortal, intentaban a cualquier costo migrar en forma ilegal, en maltrechas naves espaciales, para intentar acceder al tratamiento que salvaría sus vidas.



Figura 1: Imagen de la película Elysium

¿Será ese el futuro que vamos a tener?, ¿un perfil epidemiológico tal vez más uniforme, con las mismas enfermedades distribuidas en forma desigual por grupos sociales y étnicos y un acceso inequitativo a los servicios de atención en salud? En el año 2013 se publicó un libro escrito por un economista francés, Thomas Piketty, *Capital en el Siglo XXI*, que ha tenido gran éxito editorial y mucho impacto a nivel mundial, en el se plantea que el capitalismo, en su forma actual, conduce inexorablemente a una creciente desigualdad en la distribución de la riqueza: es una lógica interna al capitalismo que no tiene remedio por sí mismo, basada en las leyes mismas de la acumulación y de la producción de la riqueza y, por tanto, es solo a través de mecanismos sociales de control, de reparto, de redistribución, en que el Estado, obviamente, tiene que jugar un rol mediante el cual se puede mitigar, de alguna forma, las consecuencias negativas del capital.

Debo confesar que no vislumbro ni a corto ni mediano plazo, ni siquiera para el año 2065, la emergencia de un modelo económico alternativo; muchos creíamos, hasta hace unos 30 años, que existían alternativas, ahora no estoy tan seguro, por lo tanto anticipo que la desigualdad en salud probablemente seguirá siendo un tema y que incluso se va a exacerbar enormemente

a través de la aplicación de nuevas tecnologías, sobre todo las derivadas de la genómica. Estas harán posible aplicar terapias preventivas en útero y la fabricación de genotipos “perfectos”, entendiéndose como tal aquellas características físicas y mentales deseables, a los ojos de las normas sociales prevalentes, en estatura, en belleza, en color de la piel, en el tipo de pelo, etcétera. Además, las intervenciones genómicas tendrían un impacto directo sobre las posibilidades de disfrutar de una vida saludable, en la medida en que no todas las personas disfrutarían del acceso a las mismas en forma parecida; imagínense las injusticias sanitarias que podrán exacerbarse a través de una distribución desigual de estas intervenciones genéticas.

Además, el proceso en mecanización e informatización de la práctica médica también es inexorable; hasta hace relativamente poco no anticipábamos que cargaríamos este teléfono móvil inteligente que todos andamos en los bolsillos y que constantemente estamos consultando. Lo más cercano, habría sido el aparatito con el que hablaba el Señor Spock, pero aún ese no era una computadora mucho más potente que las que fueron a la luna. ¿Qué otras cosas podrán darse que no podemos prever? No obstante tenemos que preparar a una generación de profesionales para enfrentar realidades impredecibles, en las que sus mismos roles van a cambiar. En un futuro no muy lejano, es muy probable que no tengamos los mismos perfiles de carrera; incluso es deseable que así sea, porque tendremos que adecuarnos a las nuevas circunstancias. Lo que denominamos médico hoy en día talvez dentro de 50 años sea otra cosa, o tenga otro nombre o habrá varias categorías profesionales que ahora reunimos en una sola, en vista del proceso de hiper-especialización que también sigue adelante.

Entonces, la relación médico-paciente va a cambiar, será una relación mediada a través de aparatos informáticos, una telemedicina con robótica donde no sería con una persona con la que se hablaría, sino con una máquina que anotaría nuestros antecedentes y síntomas, recibiría los datos sistémicos y signos vitales por vía electrónica, mandaría exámenes, formularía un diagnóstico e indicaría un tratamiento. Igualmente, a distancia se podrá hacer la promoción de la salud, de forma que cuando uno se fuera a comer un pedazo más de galleta, el celular, o lo que sustituyera al celular, nos daría un shock eléctrico para que no agarráramos ese trocito extra; en fin, no hay límite previsible a la mecanización de la medicina.

Por ejemplo, la cirugía robótica a distancia es perfectamente factible, así como la introducción de modalidades de auto-monitoreo personal, mediante el cual los pacientes podrían llevar el control y enviar reportes en tiempo real de sus signos vitales y condiciones fisiológicas, tales como la glicemia, la presión arterial, el ritmo cardíaco. Todo esto llevará a que el rol del médico general cambie sustantivamente y, tal vez, exista una nueva categoría, la de un médico de formación intermedia que, asistido por la tecnología, pueda atender la mayor parte de las necesidades más frecuentes en salud de la población, en vista de que en un alto porcentaje estas no requieren de una atención altamente especializada, sino más bien de un contacto humano cercano que sepa aplicar juiciosamente el conocimiento para resolver problemas de salud importantes para el paciente pero simples en su resolución. Se ha estimado, que alrededor de un

85 % de las funciones que tradicionalmente se consideran propias del médico general pueden ser ejecutadas con similar eficacia por otros profesionales con menor formación como las enfermeras practicantes o los asistentes médicos; con el tiempo es posible que esta tendencia lleve a la desaparición del médico general.

Pero fíjense que todo esto no está en el futuro, todo esto existe ya. En la revista británica *The Economist* en el año 2012 (*The Economist, The future of medicine: squeezing out the doctor, junio 2, 2012*) se describía la emergencia de nuevas prácticas en la medicina y la atención sanitaria en Estados Unidos y en Europa, similares a las que hemos mencionado anteriormente. En conclusión, el futuro no lo podemos prever, lo que si podemos saber es que va a ser muy dinámico, que va a transformar todo lo que hacemos, que las permutaciones en los próximos 50 años serán exponencialmente mayores que los que ocurrieron en el período de nuestra vida profesional. Desde esta perspectiva la responsabilidad de preparar una nueva generación de profesionales de salud para enfrentar ese cambio es un reto de enorme magnitud.

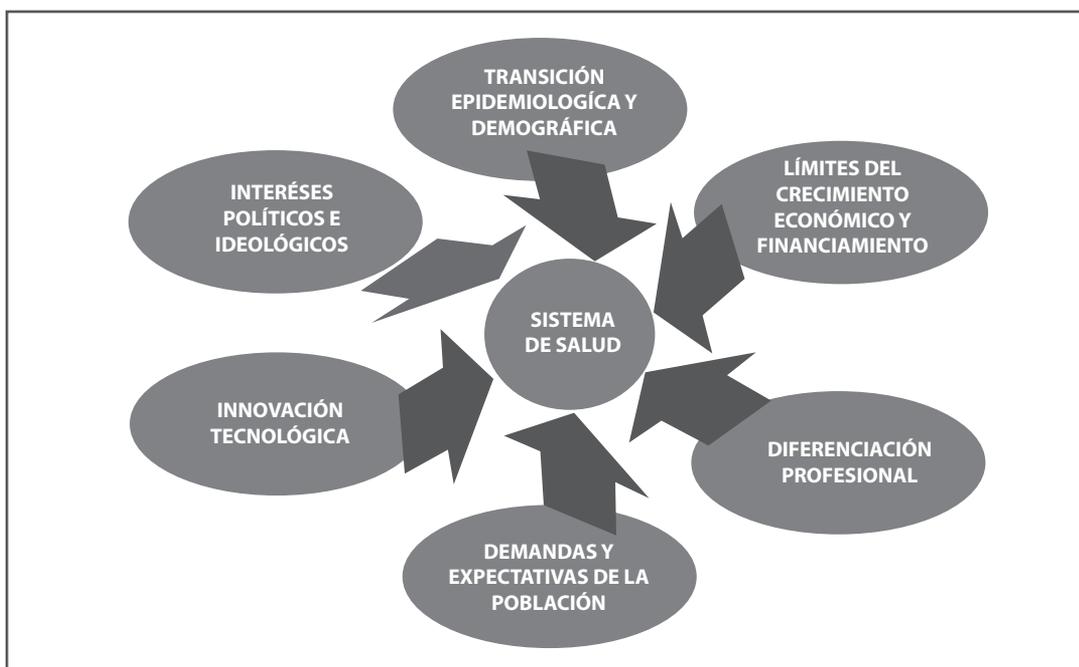


Figura 2. Los factores que inciden en la crisis permanente de los sistemas de salud

Por otro lado, todos los sistemas de salud están en crisis, sea el de Costa Rica, el de Panamá, el de Brasil, el de Canadá, el de Inglaterra, en fin, todos están en crisis y siempre lo estarán, porque las fuerzas que actúan en torno al sistema de salud son inexorablemente dinámicas y encarnan un proceso de cambio permanente, empezando por la misma transición epidemiológica y la transición demográfica. Deberíamos repensar el uso de la palabra “transición”; desde que era un joven estudiante de Medicina en el primer año, vengo escuchando este término que da la idea de que se transita de un lugar a un nuevo destino, pero resulta que nunca terminamos de llegar al otro lugar; vivimos en un constante proceso de migración itinerante que nunca termina, porque siempre se está cambiando, siempre hay nuevos retos, siempre hay nuevos procesos, siempre hay nuevas situaciones de salud que hacen que tengamos que estar constantemente recreando la capacidad de respuesta ante retos imprevistos.

Podemos prever el envejecimiento progresivo de la población, podemos prever el creciente predominio de enfermedades crónicas pero, por otro lado, no podemos saber cuáles serán las enfermedades infectocontagiosas y potencialmente epidémicas que pudieran surgir e incluso tener consecuencias graves para la seguridad global, como acabamos de vivir muy de cerca con el Ébola. No es descabellado pensar que podrán ocurrir otros brotes pandémicos mucho más graves en el futuro. Es decir, que el reto epidemiológico, los retos que plantea la biología y los cambios en la población seguirán existiendo y poniendo a los sistemas de salud en crisis, junto con el dinamismo y la innovación tecnológica que ya hemos mencionado, en un proceso constante y permanente de cambio, poniendo presión sobre el sistema de salud.

Ya hemos hablado bastante sobre el impacto del proceso de diferenciación profesional en los sistemas sanitarios. Otro factor que contribuye a la crisis sanitaria es el de la limitación de los recursos económicos, ligado al nivel de crecimiento económico y financiero. La mayoría de los países desarrollados invierten más o menos entre del 7 % al 10 % de su ingreso nacional en salud. Estados Unidos, que es una aberración, gasta alrededor del 17 %, lo cual no es sostenible: si mantuviera el ritmo de crecimiento anual del gasto en salud, aunque este fuera reducido un poco por la introducción de la reforma sanitaria de Obama, en 50 años la mitad del ingreso nacional de los Estados Unidos se iría en financiar los servicios de atención médica, y eso es claramente imposible; ningún país puede hacer eso, entonces, hay límites a lo que una sociedad puede invertir en materia de salud y estamos llegando a estos límites en muchos países. Entonces, ¿qué va a suceder? Las presiones y demandas seguirán existiendo: la población seguirá envejeciendo, las enfermedades continuarán, la innovación tecnológica seguirá encareciendo la atención y, sin embargo, llegaremos al tope de lo que podemos gastar.

Esto, a su vez, va acoplado a un mundo en el que hay intereses ideológicos y políticos que reflejan diferentes perspectivas y ejercen presiones sobre el sistema de salud. Esto queda evidenciado para los que han seguido de cerca en estos últimos años el debate sobre el sistema de salud de los Estados Unidos. Vemos, por ejemplo, cómo existen intereses encontrados que impiden que el país pueda realmente formular y tener consenso sobre un sistema de salud que

le dé cobertura a toda la población; ya ha logrado un cambio, pero un cambio que ha sido contra viento y marea y que sigue siendo aún muy tenue y, posiblemente, pueda aún revertirse, lo cual hace pensar en cómo la ideología es un factor importante que facilita o impide los cambios y ajustes del sistema de salud.

Por último, tenemos las demandas y expectativas de la misma población, que exige y que espera. En los últimos años, en Brasil, una buena parte del motor del descontento que ha agitado a estos movimientos sociales multitudinarios en ese país tiene que ver con el malestar con el sistema de salud; en parte porque, gracias a las políticas sociales y económicas de los últimos gobiernos en Brasil, una alta proporción de la población que era pobre ha entrado a formar parte de la clase media, y en esa medida empieza a exigir servicios propios de su nueva situación y empiezan a exigir más, a demandar más y a esperar más, constituyendo así otra fuente de presión sobre el sistema de salud. En resumen todas estas fuerzas van actuando constante y permanentemente sobre un sistema que vive en permanente crisis.

Así que tenemos que formar profesionales que puedan manejar una situación permanente de crisis en un contexto de constante cambio tecnológico. Ahora, ¿qué significa esto para la educación profesional en el campo de la salud? Un amigo mío que fue ministro de seguridad de su país, me decía que una regla heurística para determinar la distribución ideal del presupuesto de las fuerzas del orden de un país desarrollado, es que se invierta más o menos la tercera parte del presupuesto en pagar salarios y personal; otra tercera parte se debería destinar al equipamiento y compra de suministros y otra tercera parte, se debería dedicar a los gastos de formación y entrenamiento del personal, sean reclutas, soldados o policías. En el caso de la salud, según el estudio sobre educación médica que comisionó la revista *The Lancet* en el año 2010 (*Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*), se hizo un esfuerzo por conseguir la información que permitiera estimar el gasto total en salud a nivel global. La Comisión encontró que se gasta en el mundo alrededor de cinco y medio trillones de dólares americanos al año, en los servicios de atención a la salud. De este monto, solo se destinan cien mil millones de dólares a la educación y formación de recursos humanos en todas las profesiones de salud, lo cual quiere decir que del total de esa enorme inversión que hacen los países en gastos de salud, solo el 2 % se destina a lo que en el caso del sector de seguridad y militar se destina el 33 %. Es aún más llamativo que este gasto sea tan bajo, siendo la atención en salud una actividad social que básicamente se basa en el recurso humano. Hay un desbalance muy grande, por ejemplo, en los Estados Unidos se gastan alrededor de cincuenta mil millones de dólares al año en la educación médica, mientras que se destinan 34 mil millones a clases de yoga y 23 mil millones a comprar vitaminas. En resumen, la educación médica es un rubro al cual, a pesar de lo que podamos creer, se destinan muy pocos recursos.

Yo intenté hacer un análisis y estimación muy aproximados, asumiendo que en Costa Rica más o menos 600 médicos y unas 1000 enfermeras se gradúan al año, y, asumiendo que el

gasto promedio de formación por médico y por enfermera eran similares a promedio mundial que es de cien mil dólares por médico y cincuenta mil por estudiante de enfermería, y, que por otro lado, el país gasta al año seis mil cuatrocientos millones de dólares en salud (eso equivale al trato que acaba de hacer Copa Airlines con la Boeing para comprar 77 aviones, o sea con la plata que gastamos en salud en Costa Rica podríamos montar una línea aérea todos los años) en conclusión, el país destina solo el 1.7 % del gasto total en salud a la formación de recursos profesionales para el sector, lo cual anda cercano al promedio mundial del 2 %. Ese nivel de gasto es bajo para formar los soldados, los generales, las coronelas, las capitanas que van a gobernar y manejar ese complejo sistema de salud en el siglo XXI.

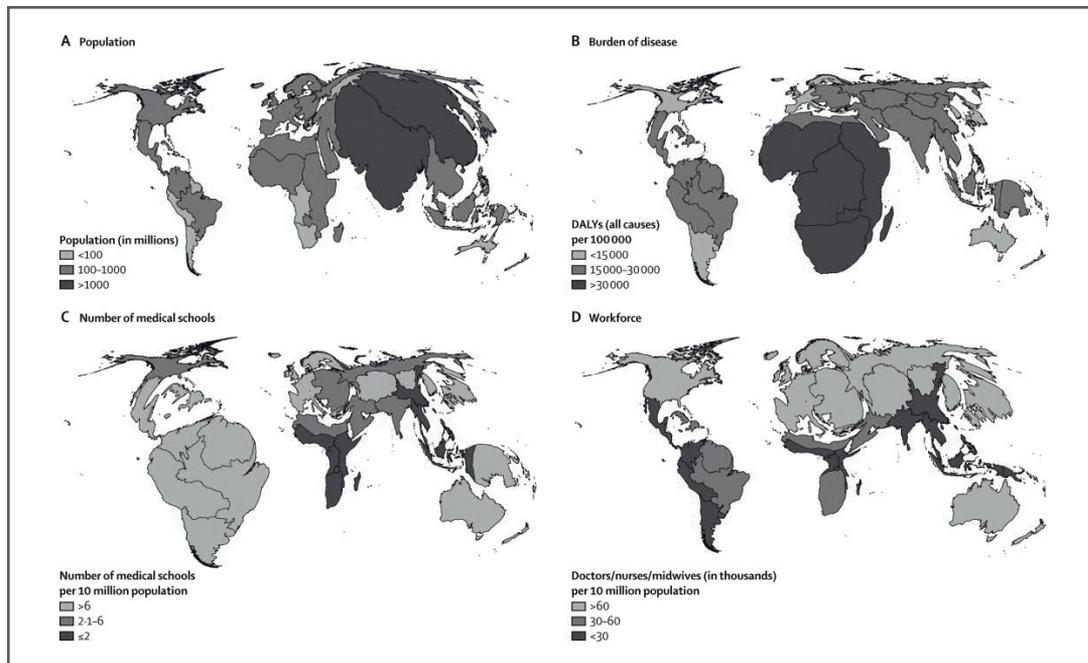


Figura 3: Mapas mundiales ajustados por población (A), carga de morbilidad (B), densidad de escuelas de medicina (C), y densidad de fuerza laboral (D). Tomado del Informe de la Comisión Lancet sobre Educación Médica, 2010

El informe de la Comisión sobre Educación Médica de la revista The Lancet, también presenta los mapas arriba señalados, en los que se exhiben distintas variables. Vemos que, en términos de población, los gorditos del mundo son evidentemente la China y la India; en términos de enfermedad la mayor carga de morbilidad cae sobre el continente Africano y un poco en Suramérica y Mesoamérica. Pero, en el número de escuelas de medicina por pobla-

ción, América Latina es el súper obeso máximo. ¿Por qué tenemos tantas escuelas de medicina en América Latina?, es evidente que tenemos un problema de gran envergadura en la gestión de la acreditación que se refleja en una magnitud tan grande de escuelas formadoras de profesionales de la salud en la Región. Esta situación representa una problemática especial para nuestra región y, me atrevo a decir, para nuestro país.

En la Figura 3 se establece que el rango más alto de escuelas de medicina por población es mayor a seis por cada diez millones de habitantes. En Costa Rica hay ocho escuelas de Medicina y de otras carreras de la salud, con lo cual llegamos al rango de dieciséis escuelas por diez millones de habitantes. Me atrevo a decir que tenemos demasiadas escuelas de Medicina en Costa Rica. De manera que esa es otra situación que hay que ver, no solo que tenemos relativamente poco gasto en relación a lo que hay que manejar, tenemos una situación de alto cambio y tenemos un sistema salud en crisis, como todos los sistemas en salud de todos los países, en todos los tiempos, y tenemos un número muy alto de escuelas formando recursos profesionales para esa realidad que vamos a enfrentar.



Figura 4: Las tres generaciones de enfoque de la educación médica desde 1910

Ayer escuchamos varias exposiciones de gran calidad, que se hicieron desde diferentes perspectivas y de diferentes países, y en muchas se hicieron comentarios negativos sobre el modelo Flexneriano, pero hay que pensar y que recordar que el informe de Flexner fue muy importante en su momento, fue un avance muy grande ante la situación de desorden y caos que prevalecía en la educación médica en los Estados Unidos a principios del siglo XX, en el que ya se empezaban a generar elementos científicos de conocimiento para sustentar una práctica médica y una práctica de salud basada en la evidencia, como decimos ahora. Era necesario ordenar la formación de los profesionales de una forma más coherente que lo que se venía haciendo hasta entonces.

El modelo de Flexner se basa en la transmisión de la información; al estudiante se le transmiten conocimientos que recibe en forma pasiva a través de un currículum científico que se divide en disciplinas: la anatomía, la fisiología y en un enfoque universitario, donde hay una cátedra de histología, una cátedra de patología, una cátedra de cirugía, etc. También es un enfoque mono-disciplinario, o sea hay una escuela para formar médicos, hay una escuela para formar enfermeras, hay una escuela para formar odontólogos, otra para farmacéuticos, y ojalá que los estudiantes de estas carreras se crucen entre sí en ningún momento. El objetivo es formar conocimientos y destrezas y producir expertos con amplios conocimientos y habilidades.

Hay un enfoque un poco más diverso y menos monolítico que el modelo Flexner, lo que el informe de *The Lancet* denomina la segunda generación de educación médica, que emerge alrededor de los años 60 en la universidad McMaster en Canadá, Newcastle en Inglaterra, Case Western Reserve en los Estados Unidos. Este enfoque se orienta más hacia la formación que a la información; su meta es formar profesionales con criterio y capacidad para resolver en su totalidad los problemas de salud de los pacientes en su comunidad. Este enfoque busca integrar más al estudiante en forma temprana en el manejo del paciente y, en vez de basarse en las universidades se ubica en centros académicos de las diferentes ramas del conocimiento que tengan que ver con la práctica en salud, de forma que se puedan coordinar de una manera menos rígida que la estructura curricular por disciplinas del modelo Flexneriano, de una forma más ágil que fomente la interdisciplinaria y produzca profesionales capaces de actuar con eficacia en los servicios de salud.

En el modelo de segunda generación se plantea que las diferentes disciplinas de la salud interactúen, aprendan y trabajen juntas, realizando actividades conjuntas, con el objetivo de socializar y transmitir valores de conducta, creando un profesional con competencias para resolver los problemas de salud, a diferencia del experto que tiene muchos conocimientos.

Este enfoque, inspiró el proceso de reforma curricular que experimentamos acá en la UCR en los años setenta, en la que tuve una activa participación como representante estudiantil, cuando era decano el Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz, proceso muy interesante en el cual tuvimos mucho apoyo por parte de la OPS, de reconocidos personajes como Miguel Márquez y Juan Cesar García, quienes para los que conocemos la historia de la educación médica en

América Latina, son gigantes en el desarrollo de un enfoque crítico y progresista de la salud pública en la región.

Participar en esta innovación constituyó una oportunidad extraordinaria de formación, a la vez que fue un momento de ruptura y conflicto llevando, entre otras cosas, a la creación de la primera escuela privada de Medicina en el país cuando el doctor y profesor Vesalio Guzmán junto con un grupo de profesores disidentes que se oponían a que se cuestionara el modelo tradicional de enseñanza, decidieron separarse de la UCR y fundar una nueva escuela privada en la que se seguiría ofreciendo un currículum tradicional basado en los principios eternos y sagrados del Dr. Flexner.

Tengo la teoría de que la resistencia a la adopción de un modelo de segunda generación se origina en que el modelo Flexneriano, es una especie de modelo geocéntrico en el que los médicos somos el centro, mientras que el enfoque alternativo es heliocéntrico, en la medida en que más bien los pacientes constituyen el centro del modelo: a nadie le gusta que lo desplacen del centro, había colegas que no querían verse desplazados y, en consecuencia, se generó el sector privado de educación médica del país. Sin embargo, con el tiempo las escuelas privadas se han ido acoplando más a los cambios de enfoque en la educación médica. Ahora, nos estamos abocando a lo que se llama el enfoque de tercera generación, ejemplos del cual se han evidenciado con mucha claridad en las diferentes experiencias que se compartieron en nuestras discusiones ayer, donde el objetivo ya no es solo informar, ni solo formar, sino transformar, buscando que la educación médica se inserte plenamente en la realidad de un sistema de salud, a nivel nacional y global, en constante cambio tecnológico, con mucha inseguridad y en crisis.

El reto planteado en este nuevo abordaje es crear profesionales que tengan competencias diversas necesarias para manejarse en esa realidad local pero también ejercer y funcionar a un nivel global en cuanto a que el conocimiento y los determinantes de la salud se generan en un mundo interconectado. La práctica profesional tiene que verse también en ese contexto, en la medida en que el contacto temprano del estudiante no es solo con los pacientes, sino con la comunidad; ese es el aspecto más importante en esta nueva generación, donde se busca la integración de los servicios de salud y la formación del recurso humano en los servicios en forma integral, con un orientación transdisciplinaria, donde buscamos que las disciplinas no solo se pongan una al lado de la otra sino que empiecen a mezclarse entre sí, a compenetrarse, buscar sinergias y eliminar las jerarquías entre ellas, buscando generar nuevos atributos de liderazgo en profesionales de la salud que podrán actuar como agentes de cambio.

¿Cuáles son las competencias que se buscarían desarrollar en la tercera generación? En primer lugar los profesionales deben ser capaces de movilizar el conocimiento ellos mismos: buscarlo, encontrarlo, analizarlo, procesarlo, utilizarlo. Además, deben ser capaces de razonar críticamente, una cualidad que no es muy común. Si a uno le toca con cierta frecuencia hacer selección de personal para puestos profesionales, pronto descubrirá que no es fácil encontrar una persona, aún con educación universitaria, que pueda describir una idea con claridad, ex-

poner una tesis y defender y razonar una propuesta, y entre médicos aún menos, porque no se nos enseña a razonar en forma crítica. En consecuencia, se requieren docentes competentes para razonar críticamente, y ¿cuántos somos capaces de eso? Otras competencias por desarrollar son: mantener un comportamiento ético, brindar una atención integral para la salud de los pacientes y de la población, así como saber conformar equipos efectivos y transdisciplinarios, ser agentes de cambio y transformación.

El planteamiento de la Comisión Lancet sobre Educación Médica, la cual fue coordinada por el distinguido salubrista y exministro de salud mexicano Julio Frenk, ha sido objeto de críticas por algunos que cuestionan su enfoque relativamente conservador. Sin embargo, en mi criterio el informe expone de manera bastante sistemática las dos grandes vertientes en las que se divide el reto de la educación médica en el siglo XXI, una es la del proceso educativo propiamente dicho y otra es la del marco institucional en el cual se desarrolla el proceso de aprendizaje. En cuanto, al modelo educativo hay que revisar todo, desde los criterios de ingreso y de graduación, cómo tener un cuerpo estudiantil diverso que represente realmente los diferentes estamentos del país, de la sociedad, del mundo, con un currículum que se base en competencias y un uso creativo de la tecnología de información.

Nos vamos a referir al trabajo en equipo, al nuevo profesionalismo, pero también hay que ver en qué marco institucional se da este proceso, y ahí es donde esta reunión para mí es un ejemplo, es un modelo del tipo de esfuerzo que hay que hacer, reunir a todos los actores que participan en el proceso de servicios y de educación en salud para hacer una planificación conjunta con la participación de todas las partes interesadas, sean del sector público o del privado, de la academia e incluso de grupos representativos de la población, de los pacientes y los usuarios de los servicios de salud, con la participación eventual de las comunidades y de las redes globales de colaboración, todo ello con actitud crítica y transformadora.

En las próximas décadas, los profesionales de la salud necesariamente deberán contar con las competencias que les permitan responder a los grandes cambios que hemos mencionado, así como adaptarse para responder a las necesidades locales pero con apertura a lo global, haciendo buen uso de la tecnología de información para generar y distribuir el conocimiento, así como para entender los determinantes de la salud. La educación inter y trans profesional requiere construir relaciones no jerárquicas en la salud, lo cual implica una ruptura muy grande con el "currículum oculto", que se mencionaba ayer; en el modelo tradicional de formación, a los médicos, en forma implícita, se nos hacía sentir desde el primer día que llegábamos a la escuela de Medicina, que seríamos los que mandaríamos en nuestro espacio profesional. Con esa actitud inculcada, la que me hacía decir "a mi ninguna enfermera me va a decir lo que tengo que hacer", llegué a emergencias como interno el primer día, y me di cuenta que no tenía idea de lo que estaba haciendo, y que la que me iba a decir lo que tenía que hacer era la enfermera a cargo del servicio; pero eso no se lo enseñan a uno, uno lo aprende a golpes, ¿por qué tiene que ser así?, ¿por qué no podemos aprender a respetarnos todos los diferentes actores en el proceso?.

Me encantó ver el modelo presentado ayer por la colega de Cali, de cómo los diferentes miembros del equipo funcionan a nivel de la comunidad, enfrentando como pares diferentes situaciones. Creo que esto es fundamental para lograr esta transformación; el tema de la auténtica trans-disciplinariedad y la no jerarquización de la práctica en salud es un tema muy importante para abordar. Al mismo tiempo, sea cual sea el vínculo e inserción profesional o disciplinaria que tenga el individuo, hay ciertas competencias fundamentales que todos los miembros del equipo deben ejercer: ser capaces de analizar, recabar, de utilizar la información, de ejercer gestión y liderazgo en las comunidades, en el equipo de salud, en las instituciones y la comunicación, saber comunicarse con los pacientes, con la comunidad, con los colegas del equipo de trabajo. ¿Cuántas horas dedicamos para que los estudiantes puedan aprender técnicas efectivas de comunicación? No sé, pero creo que esa es una competencia fundamental en cualquier carrera de la salud.

Hemos hablado mucho de la tecnología de la información, creo que apenas hemos empezado a tocar las potencialidades que tiene el conocimiento que existe a nivel global, que va más allá de lo que uno puede obtener por Google; es mucho más que eso y tenemos que ser capaces de transmitirle eso a los estudiantes, aunque muchas veces ellos mismos saben más que nosotros, nos pueden educar en cómo utilizar estas nuevas tecnologías. Hay que fortalecer el recurso educativo, los profesores, los materiales didácticos, el acceso irrestricto al material bibliográfico. Estos son procesos donde los organismos internacionales como la OPS juegan un rol en abrir las capacidades de fortalecimiento de los recursos educativos, a nivel de país, a nivel regional, a nivel global.

Hemos hablado del nuevo profesionalismo y de los criterios objetivos para la clasificación de profesionales. Por un lado hay neurocirujanos especializados en operar solo astrocitomas, por otro, actualmente en el Seguro Social hay una lista de espera de tres años para operarse de una hernia inguinal, me pregunto por qué tenemos el mismo proceso de formación para el que va a operar una hernia inguinal con el que va a operar un astrocitoma, para mí son dos especies diferentes de recurso profesional e incluso el que opera astrocitoma no tiene que ser un gran comunicador social, yo no quiero que me hable bonito, sino que me opere bien.

Hay que plantearse si es necesario que tengamos que pasar todos por un mismo proceso de formación médico-quirúrgico como médicos internos, residentes de cirugía, luego cirugía general y después neurocirugía; Creo que tenemos que buscar modalidades nuevas para configurar el trabajo médico y el trabajo en salud buscando soluciones que sean más costo-efectivas y eso significa hacer un replanteo de lo que son las profesiones médicas y ver si realmente tenemos que tener el mismo proceso de formación de los recursos para las diversas necesidades que hay, porque la demanda para cirugía inguinal es mucho mayor que para operar un astrocitoma, entonces tenemos que invertir los recursos en forma adecuada, para poder llenar las necesidades que surgen.

En cuanto a la vertiente del marco institucional, este ejercicio del día de hoy, es un ejemplo, de los mecanismos conjuntos de planificación, hay que reducir la fragmentación. Me llamó mucho la atención el dato de la proporción de médicos graduados que están produciendo las escuelas privadas en Costa Rica, en relación a los que produce la UCR. No es que sea ni malo ni bueno, pero es una cantidad muy alta, entonces me pregunto ¿cómo se está coordinando ese proceso?, ¿cómo se están asegurando de que estos graduados se estén insertando en el mercado laboral?, ¿existe un mercado laboral suficiente? En fin, todas estas preguntas hay que hacerlas y en forma conjunta, de manera que todas las partes participen.

Otro elemento importante es el criterio de equidad, incluyendo la equidad de género: por un lado, algunos creen que ya el problema de género en el sector de salud no existe, que se ha feminizado el proceso de atención en salud, pero ¿cuántas jefas de cirugía hay?, ¿cuántas directoras de hospital? Me parece que no hay muchas, entonces no es cierto que se haya feminizado tanto, se han feminizado algunas funciones porque sigue obedeciendo a que las mujeres suelen tener un perfil de carrera diferente que la de los hombres, porque las tareas y las obligaciones familiares, obligaciones domésticas, la dificultad para cambiar de lugar de trabajo siguen siendo mayores para la mujer que para el hombre. Entonces el hecho de que se feminice la fuerza laboral en salud, no significa que haya equidad de género, puede estar ocultando una inequidad subyacente más difícil de detectar, pero yo creo que la equidad de género es importante, aunque haya más mujeres estudiando Medicina, más mujeres estudiando Odontología, pero que haya también perspectivas de carrera para las mujeres que sean iguales que para los hombres, eso es un tema que hay que ver cómo se puede manejar desde la perspectiva de la educación médica.

El origen social del estudiantado también es importante, en un contexto en el cual cerca del 80 % de los estudiantes de Medicina están en escuelas privadas me preocupa mucho, porque que yo sepa las escuelas privadas puede que tengan algunos estudiantes becados, puede que tengan incluso una política de fomentar que una proporción de su ingreso sea de estudiantes de bajos recursos, pero tampoco son instituciones de caridad, o sea, tienen que generar de alguna forma por lo menos los recursos suficientes para operar, entonces ¿cuáles son los mecanismos para que todos los sectores sociales tengan la misma oportunidad de tener acceso a una carrera en salud? En Costa Rica, hace 40 años cuando yo estudiaba, donde los programas de educación profesional en salud eran todas de la Universidad de Costa Rica, éramos 30 estudiantes que ingresábamos a la carrera de medicina por año, y teníamos todos los hospitales del país para hacer nuestros internados y nuestras prácticas. En mi grupo de compañeros teníamos bastante diversidad social y económica, éramos un grupo bastante heterogéneo y representativo del país, me pregunto si esa diversidad y representatividad sigue existiendo en los grupos actuales que cursan la carrera en el conjunto de las instituciones académicas del país. Me preocuparía cómo mantener una mayor equidad en cuanto al ingreso y la producción de profesionales en la carrera.

Otro elemento del marco institucional, es transformar los centros académicos en sistemas académicos, de manera que todos los servicios de salud sean una escuela, y la universidad y la escuela esté en todos los servicios, es decir, no discriminar entre aula, laboratorio, hospital, clínica, centro comunitario, visita domiciliaria, sino que todo sea un proceso integrado de servicio y de educación, como la que se impulsó con el apoyo del Instituto de Higiene Tropical de Amberes en Bélgica y la Escuela de Medicina de la UCR en la administración del EBAIS de San Pedro. Ese es el tipo de iniciativa que hay que promover y tratar de rescatar.

Por último, es preciso mantener una actitud crítica de transformación y por eso es importante que la universidad forme parte, porque es en la universidad donde se puede generar y movilizar el conocimiento, promover la discusión ética y el debate de ideas; en general, las instituciones públicas no son propicias para promover el debate interno, mientras que la Universidad sí lo es y por eso tiene que ser parte del proceso de transformación y revisión de las instituciones. Creo que la Universidad de Costa Rica en general, la Facultad de Medicina en particular, tienen una actitud muy abierta a participar y a debatir estos temas, y la prueba es que estamos acá, pero esto hay que profundizarlo, porque ese debate público tiene que ir más allá de lo periodístico: el problema con los periodistas es que buscan vender su periódico, entonces la discusión, el debate público sobre sistema de salud sigue siendo el escándalo, la lista de espera, el paciente que se murió porque no lo atendieron bien. Nadie niega que el público tiene derecho a saber estas cosas, pero tiene derecho sobre todo a un debate amplio, racional, bien ponderado, bien sustentado, sobre los temas de salud. En ese sentido la universidad juega un rol fundamental como foro y espacio de discusión.

Ya para ir terminando, hay ciertas estrategias de cambio que creo que son muy válidas, entre ellas movilizar el apoyo político del más alto nivel. Comentábamos varios colegas en este encuentro que nunca habíamos visto a un mandatorio llegar a una reunión como ésta, a interesarse y dirigirse a este tema con la habitual elocuencia de nuestro Presidente. Esta es una coyuntura única, que no pueden desperdiciar, ya que tienen el apoyo político del más alto nivel para promover un cambio y una transformación profunda del modelo de atención y de la educación en salud, y yo creo que es una oportunidad que no podemos desaprovechar. Pero también hay que aumentar la inversión, esa cifra que les mostré sobre lo que se gasta en educación médica, hay que revisarlo y hay que ver cómo se canaliza mejor, y no es necesariamente gastar más para hacer más de lo mismo, hay que gastar más pero para hacer más cosas, en la medida de lo posible, más efectivas, más productivas, gastar con eficiencia.

Por último, hay que fortalecer la función rectora y sobre todo la función de acreditación, con responsabilidad social, como decía ayer la Dra. Borrell, que vaya dirigida a las actividades de educación, de investigación y servicio, hacia las prioridades sanitarias de la comunidad, región o nación.

Acabo de participar en la preparación de un informe para la acreditación de una Escuela de Medicina privada en Panamá con base en los criterios del Sistema Nacional de Acreditación.

Había algunos elementos que uno podría considerar propios de una acreditación con responsabilidad social, pero eran relativamente débiles; me parece que esto es algo muy fundamental que habría que sistematizar, ya que si no se hace así, pocas instituciones académicas van a invertir en estos aspectos. Y, como vivimos en una sociedad de libre mercado, ¿cuántas de esas escuelas están realmente cumpliendo con su responsabilidad social y en cuántos países estamos realmente ejerciendo una acreditación que mida la responsabilidad social?

Entonces, ¿cuál es el perfil de profesional que idealmente uno querría?; un profesional que conozca profundamente los elementos esenciales de la salud y la enfermedad, tanto de los individuos como en forma colectiva y en todas sus dimensiones, desde la anatomía, la fisiología, la química, la genética, la psicología, la sociología, la espiritualidad, ¿por qué pongo esto ahí? Independientemente de que uno crea o no en Dios, sea religioso o no, hay una dimensión espiritual del ser humano y con eso basta para estar con alguien que está a puertas de la muerte, y puede que no crea en Dios, pero sí cree en un sentido de la vida, tiene que creer que su vida tuvo un sentido y eso lo da la dimensión espiritual del ser humano. Y el trabajador de la salud tiene que ser capaz de entender e interactuar también en esa dimensión.

Pero también debe entender el rol de los determinantes sociales, económicos, ambientales; debe ser una persona capaz de auto formarse, de auto-enseñarse, en forma continua y permanente, esto siempre ha sido así, pero ahora con mayor razón porque el conocimiento avanza a pasos agigantados, por lo que hay que tener una actitud permanente de aprendizaje; debe saber hacer uso de todos los medios disponibles para poder gestionar sistemas complejos, recursos técnicos, recursos informáticos, humanos, financieros, sociales, hasta políticos. El que haya estado trabajando como médico en una comunidad y que quiere hacer acciones a nivel de la comunidad, tiene que tener un poquito de político.

Y si no pregunten a los que trabajamos alguna vez en el programa de salud comunitaria del Hospital de San Ramón, bajo la dirección del Dr. Ortiz Guier, un gran político que no quiso ser político, pero que hizo grandes cosas y ayudó a transformar el sistema de salud de este país, porque sabía operar en muchos niveles. Ante todo, ahora más que nunca, se necesita una formación humanista integral, porque si no lo mecánico, lo digital, la tecnología de la salud nos van a llevar una deshumanización, si no lo controlamos, y la forma de controlarlo, por lo menos en parte, es que la formación de los profesionales de salud sea humanista, que conozca al ser humano en todas sus dimensiones.

Hay cosas que no cambian, hay una frase que en la Medicina Social es bien conocida, de Rudolf Virchow mejor recordado como el padre de histopatología, sin duda un gran científico médico del siglo XIX, pero también fue un joven con inquietudes políticas en un momento de gran fervor revolucionario en Europa. Él era residente de Berlín, la capital de Rusia, en el año 1848, cuando hubo una serie de revoluciones a lo largo del continente europeo y editaba una revista que se llamaba la Reforma Médica. En el contexto de un análisis del porqué en una región de Rusia, la Silesia, había tanta mortalidad infantil, tanta mortalidad de los trabajadores, tantas

enfermedades respiratorias, y una alta mortalidad por la tuberculosis, en un momento en el que todavía no existía la teoría bacteriana, con poco conocimiento de los procesos biológicos profundos, pero donde era bien evidente que los procesos sociales producían enfermedad, que los trabajadores de Silesia estaban desnutridos, trabajaban bajo condiciones extremas de explotación y el trabajo infantil era prevalente, Virchow llegó a la conclusión de que la gente se estaba enfermando por las condiciones sociales en que vivían y dijo: “La medicina es una ciencia social, la política es la medicina en gran escala”. Concluyó, que para mejorar la salud de la población se tenía que actuar como médico, como profesional a ese nivel de las causas sociales, donde se producen las enfermedades. Luego, con el crecimiento del conocimiento científico biológico esta visión social de la salud y la enfermedad se fue desdibujando y derivó 60 años después en el enfoque biologista, contenido en el informe Flexner. Pero estamos regresando, los ríos se pueden canalizar por un tiempo, pero tarde o temprano vuelven a su cauce y yo creo que finalmente, después de siglo y medio, que estamos volviendo al reconocimiento de que el ser humano es un ser social, que la salud es una actividad social, y que si queremos que nuestras poblaciones sean saludables tenemos que actuar buscando su bienestar en forma integral y para eso necesitamos un ejército de profesionales de la salud que puedan interactuar con las comunidades, con la población, para lograrlo.

Muchas gracias.

COMENTARIOS FINALES

DR. MAURICIO VARGAS FUENTES

Voy a rescatar algunas cosas que me parecen importantes, todo lo que ha dicho el Dr. Casas es muy significativo, sobre todo en el marco de toda su reflexión decir que el futuro nos alcanzó. Eso es cierto, porque en el tema de las desigualdades sociales América Latina es del continente más desigual del mundo, y si nos lo traemos a Costa Rica estamos claros de que esto es un proceso que se ha venido dando a través del tiempo y hoy somos un país desigual.

El tema de la tecnología de información como reto, como presión a la sociedad en general y al sistema de salud, el tema de la especialización o la súper especialización de material de salud, la relación médico-paciente, que ojalá el doctor Casas se equivoque porque yo creo que eso es algo que no podemos permitir que realmente se despersonalice, como se ha venido despersonalizando en el tiempo. Alguien me decía y esto es una crítica constructiva, que la gente que aprende a usar el EDUS (Expediente Digital Único en Salud), en este momento dura prácticamente 15 minutos en procesar la información, en incluirla, no sé si será del todo cierto, pero cuando perdemos la perspectiva creo que es un tema muy delicado en términos de que en realidad las reformas deben estar en función de la gente y eso es la esencia de nuestro tema. Creo que en este país hemos venido planteando, desde hace mucho tiempo, la reformas hacia adentro, viendo las instituciones pero sin ver a la gente y creo que es un gran tema que el Dr. Casas resaltaba; espero que se equivoque en esa visión de despersonalización que se puede dar.

Lo otro se trata de las presiones que está teniendo el sistema de salud, creo que eso es claro y que estamos en un proceso ya no como dice él, ya no es una transición, en la realidad tecnológica y demográfica que hoy maneja Costa Rica. Es claro que implica presiones hoy y más para el mañana para que el sistema reaccione y pueda adecuarse digamos a esa realidad, la presión que significa el crecimiento en el mundo de la tecnología, pero hay una cosa que decía el doctor Casas que también me parece que es importante, y sobre todo en el marco de las grandes discusiones que se dan en este momento, y que ya desde hace bastante rato venimos dando en este país, pero como que no le ponemos atención muchas veces, no hay mayor sistema de salud el mundo que pueda darle todo a todos.

Hay una búsqueda, dicen los que saben, de sistemas de salud que sean injustamente justos. Todo sistema tiene que tener sus límites. Todo sistema de salud, por más que usted se meta a revisar todos los sistemas de salud en el mundo, se da cuenta de que todos tienen límites. Nuestro seguro social tiene límites y, finalmente, los límites los están definiendo constantemente; los define la sala constitucional y en otro momento la defensoría los habitantes, y creo que eso es una función del Estado, definir los límites del seguro social para proteger al seguro social, es una discusión que me parece que este país tiene que profundizar, y esto lo digo porque de

repente estamos hoy discutiendo la adecuación entre lo que es la formación de recursos humanos y el modelo de atención, y uno se pregunta por cuál modelo. Lo decía ayer alguno de los expositores que planteó la necesidad de definir cuál modelo y cuando dijo el doctor Casas que cambia permanentemente, los sistemas de salud son probablemente los sistemas que más cambian y más rápidamente responden a la realidad de los países y si ustedes se dieron cuenta, ayer nos presentaron desde el punto de vista del modelo de atención a la seguridad social discusiones que uno pensaría que se debieron haber dado hace tiempo, nada más voy a poner un ejemplo que me parece que es parte de la historia, el primer EBAIS nació en Pavas, en Libertad de Pavas y es historia, habrá que escribirla porque mucha gente dice que los EBAIS nacieron en 1993, el primer EBAIS nació en Libertad de Pavas en el 1988 y cuando nace este EBAIS, lo hace con una visión integral de la atención, había que hacer promoción, prevención, curación y rehabilitación de base comunitaria, y de repente hoy los debates se están haciendo centrados básicamente en la prevención de la enfermedad y un poquito de promoción, esto denota la capacidad de resolución que se tiene que tener, y esto lo digo porque veintitantos años después de que nació el primer EBAIS estamos pensando la necesidad de readecuar las funciones que tiene, que debe tener este tipo atención integral en salud a las necesidades de la población, y el mismo número, todavía seguimos en uno por cada 4000 habitantes, como nacimos hace 25 años y la realidad ha cambiado, entonces uno se dice que en realidad el modelo como lo dijo ayer el doctor Sánchez, de prestación, como usted quiera verlo, es modelo de salud que tienen nuestro seguro social para hablar del seguro social, la salud es mucho más que eso, realmente necesita unos ajustes; así cuando uno dice: vamos a adecuar, vamos a tratar de hacer un esfuerzo por adecuar la formación de recurso humano al modelo, no dice a cuál modelo, porque el otro tema es el modelo de gestión, porque una cosa es que yo diga qué le vamos a dar a la gente, que se hace promoción, prevención y otra cosa es como lo vamos a gestionar, y esas son cosas que me parece que no se han discutido correctamente en el país y por qué lo digo, bueno, porque de repente el modelo de atención puede ser por compra a terceros o puede ser por hospitales auto gestionados o puede ser institucionalmente; bueno, esa visión requiere de competencias diferentes, o sea, la formación de recursos humanos debería estar reconociendo esa realidad y el sistema, el modelo, la institucionalidad no nos lo están diciendo y creo que esto es algo que definitivamente hay que discutir y hay que plantearse.

El otro tema, para ir terminando, lo decía también el doctor Casas, evolucionar los currículos de tratados que deberán evolucionar o la formación de recurso humano por competencias. Porque en la exigencia del medio en relación con lo que se necesita en términos de formación de recursos humanos pareciera que hay dos competencias que son esenciales: el tema de la calidad, tenemos que aprender a hacer las cosas con calidad y tenemos que predicar, aprender a pensar en la gente, que la gente realmente sea el centro de lo que hacemos; pero también hay una variable que me parece que es importante y es que nuestro sistema de salud es mixto, tenemos un componente público y un componente privado, el 30 % de la población del país está consumiendo servicios privados y entonces para qué sector debe formarse el recurso humano,

debe formarse para los dos, ¿por qué? Porque uno esperaría que indistintamente a cuál acceso tenga la gente, en cualquiera de los sistemas, tiene que tener características que respondan a la necesidad de las personas, independientemente, de cuál sector se esté accediendo, porque pareciera que la discusión se centra siempre en cómo vamos o cómo se va a adecuar la formación de recursos humanos y el sistema público, y creo que la discusión es ¿cómo debe adecuarse la formación del recurso humano a las necesidades de la gente?, no solamente a las necesidades del sistema público, entonces pareciera que ahí hay un común denominador en esto, de que la calidad de atención que le tenemos que dar a la gente se tiene que dar en lo público y lo privado, la calidad de la atención y ese es un tramo universal, lo que implica es que tenemos que dar calidad también a la formación y esto significa regulación, y yo creo que aquí están las instancias que deben aportar en esta obra.

Lo que uno siente es que hay unas debilidades importantes en cuanto a algunas universidades privadas que realmente no están generando lo que lo que tienen que generar.

Y ya para terminar he de decir, que desde el punto de vista de esta generación, de la formación, vuelvo a insistir, pareciera que hay competencias que son globales, que son universales, que se tienen que formar en cualquier universidad, que tienen que ver con la necesidad de formar agentes de cambio, porque estamos en un permanente cambio, tiene que ver con que la gente realmente asuma un liderazgo para hacer los cambios que haya que hacer. Además, el tema la ética, que yo creo que tiene que ser el centro también de la formación de nuestros recursos humanos con competencias universales, y eso pareciera que implica una articulación entre la academia y el sistema nacional de salud.

Creo que este esfuerzo que ha propiciado el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, es tremendamente válido, porque lograr sentar a muchos actores sociales que tienen que ver con esto, que se sienten a reflexionar en cómo se da la respuesta articulada, me parece que es realmente una necesidad y creo que por lo menos el día de hoy podemos sacar conclusiones iniciales como para poder lograr esa articulación que el país necesita.

ANÁLISIS
EN LOS SUBGRUPOS



ANÁLISIS EN LOS SUBGRUPOS

En este apartado se adjunta el trabajo realizado por los participantes durante el trabajo en subplenarias mediante diferentes preguntas orientadoras que se les brindaron.

Subplenarias 27 de abril de 2015

Preguntas orientadoras (Guía completa en el Anexo 1)

1. Proponga al menos 5 líneas orientadoras para la elaboración de políticas públicas en la formación de los profesionales en ciencias de la salud.
2. Considere un perfil de salida al que deben atender los planes de formación de profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica. Anote a continuación los saberes que a su criterio son esenciales en ese perfil de salida.

Grupo 1

Se plantea en la discusión grupal que lo primero que se debe hacer al hablar de recurso humano en salud es definir precisamente quiénes son profesionales en ciencias de la salud y quiénes no. Se establece que eso va muy de la mano del tipo de referente que se utilice y es importante que se incluya dentro del Sistema Nacional de Salud como profesionales de ciencias de la salud a profesionales no médicos, que podrían hacer sus aportes en la búsqueda de solución y atención a problemas de salud de una persona o de una población y con ello romper ese esquema dominante y centralizado en el médico y en las soluciones farmacológicas.

Por ello es importante que en el diseño, la implementación y la evaluación de la política pública para la formación de recurso humano en salud se le dé espacio y participación a todas las disciplinas de las ciencias de la salud, ya que las políticas públicas deben estar orientadas a la atención primaria renovada y a los determinantes de la salud. Así, los profesionales que se formen tendrán un enfoque del derecho a la salud, sabrán trabajar en equipo y en espacios comunitarios.

Se señala que el perfil epidemiológico del país requiere de profesionales ciencias de la salud que sepan investigar, que sepan trabajar en equipo y que tengan una formación ética sólida. Esos deben ser los elementos orientadores porque la formación del recurso humano debe responder a las necesidades que tiene la población del país en materia de salud, de atención de la salud y de servicios de salud. Además, deben ser profesionales que conozcan todos los fundamentos de la salud pública, de la atención primaria renovada, de los determinantes de la salud, así como los enfoques de equidad e inequidad y de estrategias de promoción de la salud.

A partir de lo anterior, se argumenta que para hablar de una reforma en la formación de profesionales en ciencias de la salud, lo primero que se debe hacer es definir qué se entiende por salud. Así, si se tiene un concepto de salud amplio e integral, es claro que no se va centralizar la formación a nivel médico o en una disciplina en particular, sino que en ese concepto amplio e integral de la salud todas las disciplinas tendrán participación. Lo único que se requiere es definir muy bien qué hace o qué abarca cada una de esas disciplinas para que en un momento determinado no entren en conflicto al tener que atender conjuntamente un caso o una situación particular, por cuanto cada disciplina tiene algo que lo distingue y diferencia de otras disciplinas. Lo complementario nunca va a prevalecer sobre lo disciplinario.

Adicionalmente, se indica que para hablar de formulación de política pública orientada a la formación del recurso humano lo primero que se debe lograr es el compromiso político, así como hacer una revisión de los marcos regulatorios. También se debe hacer una evaluación de los estándares nacionales e internacionales de lo que son las carreras de las ciencias de la salud. Eso requiere establecer enlaces entre el empleador, el regulador y el formador.

Se comenta que el tema de las mallas curriculares de las carreras de las ciencias de la salud que se imparten en las distintas universidades deben ser revisadas y en la medida de lo posible establecer un bloque común de contenidos. Se considera que como parte de esa modificación se debe fortalecer el tema de la investigación a lo largo de todo el proceso y fomentar en los estudiantes la elaboración de publicaciones científicas de forma constante.

Grupo 2

Se discute a lo interno del grupo que mucho se habla de los cambios curriculares en las carreras del área de la salud, pero la verdad es que esos son procesos muy lentos, que implican cuatro o cinco años de trámites y de revisiones por el CONESUP y otras entidades. Eso frena cualquier intento de hacer cambios. Por eso es importante, antes de entrar a las mallas curriculares de cada universidad, que se defina un norte, que se diga este es el camino a seguir y ya con eso entonces se adecuan los contenidos de las carreras.

Se enfatiza la necesidad de definir ese norte ya que uno de los problemas que tiene actualmente la formación del recurso humano en salud, particularmente en el campo de la Medicina, es que se trata de una formación alejada de la realidad, alejada del perfil epidemiológico y demográfico del país. Por eso las líneas orientadoras deben dirigirse a que el estudiante de grado conozca el perfil epidemiológico y demográfico del país. Otra línea debe ser la definición de lo que es el modelo de prestación de servicios de salud. Otro aspecto es que en el país no existen estudios de la capacidad instalada, de ahí que algunos servicios estén saturados de profesionales, sobre todo las especialidades y otros servicios tienen carencias de recurso humano, como son los establecimientos del primer nivel.

Respecto al perfil de salida, la discusión grupal establece que el profesional debe conocer el perfil epidemiológico y demográfico del país, los protocolos de atención primaria que tiene la CCSS, porque no podemos obviar el hecho de que la CCSS es el principal empleador de los profesionales en salud. También debe conocer sobre la forma en que está conformado el sistema de seguridad social de Costa Rica, eso es algo que tampoco está dentro del currículo de la carrera: no se llega a saber cuál es la lógica del modelo de atención, que se hace un trabajo en regiones y redes, que existe una clasificación de hospitales (nacionales, especializados, periféricos, regionales). No llega a conocer siquiera cuál es la estructura organizativa de la CCSS.

Se agrega además, que el profesional debe saber llevar a cabo campañas de prevención, de promoción de la salud, sobre estilos de vida saludable. Saber acercarse a la comunidad, a los centros de trabajo, a los centros educativos, a las familias. Ese es el enfoque y creemos que debemos que volver los ojos a Canadá y aprender de ellos.

Se comenta como parte de la discusión que la definición de competencias es otra de las tareas pendientes en el país en la formación del recurso humano en salud. Deben ser competencias que se enmarquen en la ética y el compromiso. Se señala que actualmente el médico no está siendo formado para atender la salud con un enfoque de salud pública y mucho menos para hacer atención primaria. Se hace la observación de que el personal médico se forma en el tercer nivel, en los hospitales y lo que termina aprendiendo es medicina compleja. Se agrega que no se les da a los futuros profesionales en medicina elementos para lograr una comunicación asertiva con los pacientes sino que, por el contrario, se les enseña un lenguaje de difícil comprensión para el usuario de los servicios de salud.

Se señala como parte de la discusión grupal, que gran parte de los problemas que enfrentan los profesionales en ciencias de la salud tienen su origen en lo conceptual y en la poca claridad de las funciones de cada disciplina cuando se trabaja en equipo, a pesar de que se enfatiza el trabajo transdisciplinar como un eje transversal en la formación del recurso humano.

Es importante también que cuando se piense en salud no se institucionalice el concepto, porque por lo general cuando se habla de salud se relaciona directamente con la CCSS y la seguridad social, pero lo cierto es que hay otros actores que están fuera de esos dos ámbitos.

Como parte de la discusión se señala que, por lo general, se enfatiza qué tipo de profesionales se están formando y no se analiza qué tipo de personas son las que están formando a esos profesionales. Acá el ejercicio trata de definir cuál debe ser el perfil de salida de un profesional en ciencias de la salud pero sería importante también haber complementado eso con el perfil de las personas que están formando. Se argumenta que una persona puede ser un excelente profesional pero eso no garantiza que sea un buen docente.

Grupo 3

Como parte de la discusión grupal, se definen como líneas orientadoras la gobernanza, la promoción social de la salud, la atención de la pobreza, la APS, los determinantes de la salud, la cobertura universal, la equidad, la abogacía, la incidencia política, el derecho a la salud, los derechos humanos, la carga de la enfermedad en relación con los años de vida con calidad o años de vida con discapacidad. También se mencionan el trabajo interdisciplinario, la formación basada en evidencias e incorporar en la formación un fuerte componente comunitario.

Se agrega que el análisis de los currículos entre instituciones formadoras públicas y privadas involucradas en el sector salud es algo necesario y que es algo que se debe incluir al momento de formular políticas y estrategias en el largo plazo, ya que eso permitirá analizar los currículos de las carreras universitarias del área de la salud y al mismo tiempo evaluar las capacidades institucionales de los entes reguladores y prestadores de servicios para la evaluación de esos currículos y estar en un proceso de mejora continua que esté en concordancia con las necesidades del país.

Se comenta igualmente que se deben establecer mecanismos que permitan hacer un uso adecuado de los profesionales, para que estos estén o trabajen donde realmente se necesitan. Asimismo, se señala que deben existir mejores mecanismos de retención del personal en salud que fue formado con recursos del Estado para que este no migre o se fugue del sector público hacia el sector privado.

La discusión grupal establece la necesidad de fortalecer al SINAES para lograr de esa forma que todas las universidades, públicas o privadas, tengan contenidos similares en sus planes de estudio y lograr con ello que la calidad en la formación sea homogénea. En ese sentido se argumenta que la acreditación en Costa Rica debe dejar de ser un proceso voluntario y convertirse en obligatorio.

Como líneas orientadores se mencionan además el crear una mayor coordinación entre las universidades y el ente empleador, de manera que la formación de profesionales responda realmente a lo que el sistema de salud y el país requieren.

Se indica que cualquier línea orientadora que se quiera establecer debe tener como punto de partida la planificación. Sin embargo, se resalta que el problema con la planificación es que para hacerla se requieren datos y los datos que se recogen actualmente en el sistema no se han estructurado inteligentemente, son datos que no sirven para contestar preguntas de investigación.

Por otra parte, se comenta durante la sesión grupal que se deben desarrollar las habilidades blandas, así como incorporar dimensiones ambientales y laborales en el proceso formativo de profesionales en ciencias de la salud, porque algunos de los problemas de salud que experimentan algunas personas tienen su origen ya sea en factores ambientales o en factores laborales. También se debe fortalecer la formación a partir de análisis de casos y se tiene que

potenciar el análisis de información mediante indicadores para la toma de decisiones, particularmente porque el análisis cuantitativo permite identificar tendencias o enfocarse en situaciones particulares a las que se les debe prestar atención.

El grupo considera que es importante que exista coordinación entre el formador, el empleador y los colegios profesionales para formar el recurso humano que realmente requiere el modelo de atención existente, y que esa formación tenga al usuario de los servicios como eje básico y tácito.

Las deliberaciones del grupo establecen que es fundamental que desde que el estudiante entra a una carrera se le enseñe a trabajar en equipo y que eso sea un eje a lo largo de toda la carrera, pero no un trabajo en equipo con gente de la misma carrera, con sus compañeros, sino con estudiantes de otras disciplinas y con estudios de caso, porque de esa forma es que se puede ir creando esa cultura del trabajo transdisciplinario.

Perfil de salida de los profesionales en ciencias de la salud

Se discute dentro del grupo que el perfil de salida debe estar muy ligado al derecho a la salud y por tanto, conocer el referente ético de la profesión. Debe saber contribuir a garantizar el derecho a la salud. Debe actuar en apego al derecho a la salud anteponiendo ese valor a cualquier interés personal o gremial.

Al respecto se comenta que en el tema de derecho a la salud no se debe perder la perspectiva de que todo derecho va acompañado de una obligación y eso es algo que casi siempre se olvida. Se añade que se habla de los derechos que tienen los usuarios y se dirigen esfuerzos para que el usuario conozca y sepa que tiene derechos en salud, pero pocas veces se le hace ver a ese mismo usuario que también tiene deberes que cumplir. Ese binomio derecho-obligación es algo que cualquier profesional en salud debe conocer y más que conocer, estar empoderado, porque cuando un usuario llegue a hacer un reclamo porque se le violentó el derecho a la salud, el profesional debe estar preparado para decirle al usuario que quizá ese derecho que se vio afectado fue consecuencia del incumplimiento de algún deber u obligación.

Como parte de la discusión grupal, se establecen algunos saberes que debe desarrollar el profesional en salud:

- Saber conocer: las competencias medulares de su profesión con un enfoque de la APS, aspectos gerenciales en salud, y eso incluye la parte administrativa.
- Saber hacer: trabajo en áreas de salud con buenas prácticas en redes integrales.
- Ser y actuar: ejercer la abogacía en su vida personal y profesional. Debe ser creativo y dinámico para enfrentar los retos que deberá enfrentar en la práctica profesional.

Grupo 4

La discusión grupal establece que se deben unificar los currículos de las distintas disciplinas de manera que tengan lineamientos generales, básicos, entre cada centro de enseñanza para que no exista tanta diferencia entre universidades privadas y universidades públicas.

Además, se señala que los colegios profesionales también deben tener una mayor injerencia al momento de definir cuál es o cuál debería ser el contenido básico que deben tener las carreras del área de la salud, independientemente si se imparten en universidades públicas o universidades privadas.

Se comenta que en el caso de formación de profesionales en salud, lo que se debe tomar en cuenta es el perfil epidemiológico y la demografía. A partir de eso la política pública dice cuál va ser el comportamiento de todas las instituciones del sistema de salud. Posteriormente esa política ya se operacionaliza en distintos niveles, siendo uno de esos niveles la academia y es en ese momento donde, partiendo de los postulados de la política pública, se deben establecer una serie de contenidos básicos que la formación de recurso humano en salud debe cumplir, sin importar si se trata de una universidad pública o una privada. Lo esencial es que todas cumplan esos contenidos básicos, que le den a los estudiantes un mismo nivel de conocimiento, y ya en otros aspectos, si pueden desarrollar o no otros contenidos. En ese sentido una línea orientadora sería que la formación de recurso humano en salud esté fundamentada en el sistema de medicina social costarricense y que los estudiantes tengan eso muy claro, porque a veces uno ve que quienes estudian salud, particularmente algunas carreras, lo hacen pensando que una vez que se gradúen van a trabajar quién sabe dónde.

Se acuerda como parte de la discusión grupal, que una línea orientadora debe establecer un perfil básico y unificado que debe cumplir una disciplina de las ciencias de la salud que se imparta en varias universidades.

Por otra parte, se comenta que una línea orientadora muy clara en la formación del recurso humano en salud debe provenir de las mismas autoridades, que son las que deben tener claridad sobre cuál es el tipo de profesional que el país está necesitando y son las autoridades las que deben decir a los entes formadores qué es lo que se está requiriendo. La autoridad es la que sabe por dónde va la procesión y ellos son los que deben decirnos qué tenemos que formar. Es decir, la planificación estratégica debe ser, a todas luces, una de las líneas orientadoras.

Se establece como parte de las deliberaciones, que el SINAES debería analizar todo lo relacionado con la acreditación, para que pase de lo voluntario a lo obligatorio. Se afirma que eso contribuiría a mejorar la calidad en todas las carreras de las ciencias de la salud.

Se sugiere, además, que se debe realizar un diagnóstico de las necesidades que tiene la población en materia de formación del recurso humano en salud según las brechas existentes. Es decir, que no solo es importante definir los lineamientos para la formación del recurso humano en salud, sino que también es importante hacerlo tomando en cuenta las diferencias que exis-

ten a lo interno del país según las condiciones de las distintas regiones.

La discusión grupal concreta la necesidad de impulsar el Observatorio en Recursos Humanos como uno de los lineamientos orientadores y así llevar el pulso de las necesidades regionales en salud que existen en el país. Se comenta que actualmente el Ministerio de Salud tiene un sistema de información que es alimentado con información de los colegios profesionales, de los empleadores y de las universidades. Es un sistema que incluso permite tener a los profesionales georeferenciados y permite saber qué hay, dónde están, cuántos hay, etc. Pero también permite establecer qué es lo que hace falta.

Se establece, asimismo, que en la formación del recurso humano en salud debe estar como línea orientadora la investigación y el trabajo en equipo. Esos componentes deben estar presentes a lo largo de todo el proceso formativo y no como cursos al final de las carreras. Se agrega que el componente de investigación debería estar incluido en la definición de la política pública, para que sea una investigación que responda a líneas de interés para el país.

Perfil de salida de los profesionales en ciencias de la salud

La discusión grupal arrojó los siguientes perfiles de salida de los profesionales en salud:

- Saber conocer: las metodologías y técnicas de investigación, así como de epidemiología. Todo lo relacionado con la salud pública, con el sistema de seguridad social de país, normativa y legislación. El profesional en ciencias de la salud debe saber y conocer cómo funciona el modelo de atención: en qué consisten cada uno de los niveles de atención, qué es la APS, en qué consiste el trabajo en redes. Aspectos básicos de economía de la salud.
- Saber hacer: comunicarse asertivamente e interactuar con otros actores.
- Ser y actuar: Ético, comprometido, proactivo.

Subplenarias 28 de abril de 2015

Pregunta orientadora

1. ¿Cuáles elementos o criterios considera usted que garantizan la calidad y la pertinencia de la formación de profesionales en ciencias de la salud? Anote al menos cuatro. Describa en breve cada uno de ellos.

Grupo 1

Líneas orientadoras

En el campo de la salud pública es importante abordar el proceso salud-enfermedad con un enfoque integral, en donde las distintas disciplinas de las ciencias de la salud deben enfocar esfuerzos y participar activamente en la atención. Ello significa que se deben tomar en cuenta una serie de elementos que influyen en ese proceso salud-enfermedad, tanto a nivel individual como a nivel colectivo, tanto por los estilos de vida que cada persona tiene así como por las condiciones ambientales, sociales, económicas de esa persona y del entorno en el cual habita.

Así, la definición de una política pública para la formación del recurso humano en salud debe partir de un aspecto muy macro, muy genérico, porque es imposible definir el aporte de cada disciplina de ciencias de la salud. Esos aportes se irán estableciendo una vez definida esa política macro, cuando se operacionalice esa política definida y ahí, entonces, de acuerdo con el objeto de estudio disciplinar se establecerán los aportes de cada disciplina.

Una política pública de formación de recurso humano en salud debe trascender y superar, de forma definitiva y clara, el enfoque donde prevalece la enfermedad sobre todo lo demás. Debe darse una visión de salud pública donde haya cabida para el análisis integral del estado de salud de una población y buscar soluciones de salud colectiva en ese nivel. Pasar realmente de la atención médica, donde se individualiza el enfoque en la relación médico-paciente, a la atención de la salud, donde se va más allá del individuo, es decir, se debe ir a lo colectivo, a su entorno y al desarrollo humano.

Eso es lo más importante que se debe considerar al momento de definir una política pública sobre formación de recurso humano en salud y, esa política, lo que debe asegurarse es que a nivel de planes de estudio de las carreras de salud, sea en universidades públicas o privadas, se estandaricen los contenidos contextualizados, que exista un bloque de materias que sean obligatorias e impartidas con un mismo enfoque, un enfoque de salud pública, un enfoque de construcción social de la salud.

La política pública también se debe esforzar por que exista un sistema de información que responda a las necesidades del país. Eso significa que debe ser un sistema de información unificado, que integre todos los datos que produce el Sector Salud para que esa información deje de ser un procedimiento administrativo de llenar formularios y pase a ser un insumo para la toma de decisiones.

Perfiles de salida

Al considerar el tema de liderazgo se debe tener presente que se trata de un enfoque, no de ser una persona que explícitamente se presente como un líder. El término liderazgo se debe enfocar como la capacidad del profesional en salud de incorporarse a procesos, nuevos o en marcha, y asumir un papel de facilitador, orientador pero, sobre todo, de saber escuchar y aportar, no de querer mandar. No se trata de que el profesional en salud llegue a imponer sus criterios o puntos de vista sobre los demás, el liderazgo se trata de una actitud, no de una aptitud.

Criterios calidad y pertinencia

Al hablar de estrategias didácticas innovadoras estas se deben complementar con otro elemento clave y es que sean apropiadas. Por lo general, se tiende a considerar todo lo innovador como lo más apropiado y no siempre es así. Puede ser que sea una estrategia didáctica innovadora pero no necesariamente apropiada para lo que se quiere transmitir al estudiantado.

Un sistema de evaluación sin repercusiones no sirve para nada. En todos los foros y actividades se hace mención al hecho de que la formación debe ser evaluada constantemente pero, por lo general, esa evaluación no va más allá de un simple proceso rutinario en donde se pasan unos formularios y nada más, no hay repercusiones.

Grupo 2

Criterios de calidad y pertinencia

Uno de los principales criterios debe ser si las universidades se están preocupando por capacitar a las personas que hacen docencia para que sean buenos docentes. Cuando se vuelve la mirada hacia las distintas escuelas que enseñan ciencias de la salud, generalmente se pone atención a los estudiantes, a las infraestructuras, a las mallas curriculares pero, pocas veces, casi nunca, se le pone atención a quiénes son las personas que están como docentes.

Se habla mucho de acreditar las carreras y las universidades, pero no se incluye dentro de ese análisis la acreditación de los docentes. No hay criterios definidos para que una persona asuma un curso como docente, cualquiera puede dar clases por las razones que sea: porque es muy buen profesional, porque fue un estudiante con buen rendimiento, pero no hay criterios

o perfiles definidos para la adecuada conformación del cuerpo docente que está formando al recurso humano en salud.

El enseñar al estudiante a trabajar en equipo desde que se está formando, desde que inicia la carrera, debe ser otro elemento presente en ese análisis para lograr la calidad y la pertinencia. Asimismo, el tema de la investigación debe ser un tema que tiene que ser desarrollado desde los primeros momentos de la formación del profesional.

Aspectos relacionados con la ética, con bases sólidas en fundamentos de salud pública, uso adecuado de las tecnologías educativas y de la profesión, siempre con una visión humanista y con énfasis en la atención de la persona, son elementos que acercan la formación a criterios de calidad y pertinencia.

No se puede olvidar lo relacionado con la revisión constante de la normativa vinculada con la regulación de los entes formadores de recurso humano, tanto en el sector público como en el sector privado. El punto no es solamente hacer esa revisión constante, sino asegurar que las modificaciones y mejoras que se le hagan a esa normativa se lleven a la práctica y que se implementen. Actualmente, dentro de la normativa existente se aborda lo relacionado con la calidad, con la gestión académica. Esos son elementos que están contemplados y que se deben operacionalizar. Es ahí quizá donde se ha estado fallando.

Uno de los problemas que se debe enfrentar para lograr la calidad y la pertinencia es el mismo modelo de formación del recurso humano en salud. Se sabe que cerca del 80 % de los problemas de salud que enfrenta la población del país tienen una solución en lo local, en la comunidad, y que sólo el 20 % debe ser resuelto a nivel hospitalario. Sin embargo, el modelo que tiene la formación del recurso humano en salud es diferente: se enfatiza la formación especializada en el tercer nivel, en lo hospitalario, y no en lo local, en lo comunitario. Debe ampliarse y volcarse la formación para que los profesionales sepan trabajar en las Áreas de Salud, en los EBAIS. Si el 80 % de los problemas de salud tienen que ser resueltos en esos niveles, lo lógico es que el 80 % de la formación se enfoque hacia esos niveles de atención.

Sin embargo, tampoco se sabe ¿qué es lo que se debe atender en el nivel local? Se sabe que ahí se podrían atender y solucionar la mayor parte de consultas que llegan a clínicas y hospitales, pero no se sabe con toda claridad qué es lo que se debe atender. La Caja Costarricense del Seguro Social, como institución prestadora, hace tiempo que dejó de generar información relevante en salud, hace tiempo que dejó de publicar periódicamente sobre indicadores de salud. En una época en que la tecnología de la información está presente en todos lados, en donde es algo de fácil acceso, con la CCSS no es así. Ahí los sistemas de información se concentran en cuatro o cinco personas, la información que genera la institución nadie la analiza, nadie la procesa y, consecuentemente, es muy difícil que se tomen decisiones que respondan a las necesidades de la población cuando esas decisiones no toman en cuenta la información. Nadie toma en cuenta al paciente, a los usuarios de los servicios al momento de definir políticas, al momento de tomar decisiones.

Para lograr calidad y pertinencia lo primero que se debe hacer es indagar ¿cuál es la situación que tiene el país en el ámbito de la salud pública?, ¿cuáles son las necesidades que se deben atender en estos momentos y a futuro? Con esa información sí es posible pensar en el tipo de recurso humano que se debe formar.

La Reforma del Sector Salud de los años 90 provocó, por una parte, que la CCSS tuviera que buscar la manera de volcar sus servicios a lo preventivo, al tiempo que el Ministerio de Salud, que se encargaba de esa parte, dejó de hacerlo. Eso produjo un vacío que hoy día continuamos tratando de resolver, con el agravante de que los entes formadores no modificaron sus planes de estudio y siguieron enfatizando la formación de profesionales para el tercer nivel de atención. Profesionales para atender la enfermedad y no profesionales para atender la salud, y mucho menos profesionales preparados para trabajar en equipo y hacer investigación que aborde los determinantes de la salud, más allá de los biológicos.

La formación del recurso humano debe integrar desde el primer momento tres aspectos centrales: trabajo interdisciplinario, investigación y publicaciones. Esos son aspectos que no se pueden dejar a la libre, no se deben dejar a los últimos años de la carrera o, peor aún, que sean asumidos por el profesional recién graduado por cuenta propia. Desde el primer año de formación el estudiante debe ser llevado a comunidades, formar equipos de trabajo con estudiantes de otras disciplinas y enseñarle a investigar desde ese primer momento, para lograr que eso derive en una publicación científica o en una ponencia para un simposio, para un congreso.

En la formación del recurso humano en salud se le debe de hacer entender al estudiante que dentro del análisis del proceso salud-enfermedad el componente biológico es uno de los tantos componentes que se deben considerar, no el único ni el más importante, es uno de muchos. Eso es importante destacarlo porque es una forma de romper esa visión que tienen los estudiantes de ciencias de la salud de que solo la CCSS es la que tiene que ver con salud. Es una forma de hacerles ver que el AyA, que el MINAE, que las municipalidades, entre otras instituciones, también participan en la atención de la salud.

Como parte del proceso formativo hay un elemento que se pasa por alto y se da por sentado en todos los casos. Cuando un estudiante se matricula en una carrera no hay nada, ningún proceso o filtro que determine si ese estudiante y esa carrera son pertinentes el uno con el otro. Por lo general, un estudiante cuando escoge una carrera de ciencias de la salud, algunas más que otras, tiene un imaginario que lo hace creer que esa es la carrera que debe estudiar, sin que conozca realmente en qué consiste la carrera, cuáles son las opciones de trabajo que le ofrece esa carrera y cuáles son las responsabilidades u obligaciones que conlleva estudiar esa carrera. Las universidades no desarrollan ningún procedimiento previo de inducción a esos estudiantes, mientras el estudiante cumpla los requisitos de matrícula, sea por corte de nota o capacidad de pago, se le permite matricular algo que muchas veces le es desconocido, más allá de su imaginario sobre esa carrera.

Propuesta de seguimiento

Debe conformarse un grupo con representación de las distintas instituciones formadoras de recurso humano en salud, públicas y privados. Pero esa debe ser una representación institucional, es decir, que exista compromiso de esas instituciones. No puede ser una representación personal de alguien que trabaja en una de esas instituciones. Esas son dos cosas diferentes. Lo importante es que las instituciones participen y que asuman la responsabilidad como instituciones, no a nivel de personas.

Debe darse una representación de todos los sectores involucrados con la salud, no solo de las instituciones formadoras o de la institución prestadora. Debe ser un grupo de seguimiento amplio y en donde se respeten los aportes que cada institución haga, tiene que conformarse por: universidades, CCSS, Gobierno central, colegios profesionales, municipalidades, entes reguladores (CONARE, CONESUP), Ministerio de Ciencia y Tecnología, AyA, MINAE, MEP, comunidad, Comisión Técnica de Recurso Humano en Salud del MINSA.

Es importante, por otra parte, definir o aclarar qué es lo que se quiere con eso del seguimiento. Teniendo claro eso, entonces sí se puede pasar a pensar en formar una comisión o grupo de seguimiento. El seguimiento debe responder a un proceso planificado, organizado, con objetivos claros, con una metodología de trabajo. La idea es formar un grupo que asuma el liderazgo para lograr cambios significativos en la formación del recurso humano en salud. No se trata de crear un grupo de personas que redacte un documento y que no pase nada más allá de ese ejercicio reflexivo. Lo que se ocupa es un grupo-núcleo que defina iniciativas, no puede ser un grupo muy grande. Lo que se puede definir es que ese grupo-núcleo haga consultas por sectores y, a partir de esas consultas, formule propuestas y luego las someta a validación.

Limitaciones y aciertos de la Conferencia

Como limitantes se mencionan:

- Falta de participación de ciertos sectores (estudiantes, sindicatos, colegios profesionales).
- Desconocimiento sobre ciertos temas.
- Divulgación limitada a nivel nacional.
- Desinterés por asistir de algunos convocados.

Como aciertos se mencionan:

- Compromiso de los participantes.
- Apertura para iniciar el proceso de cambio.
- Participación multidisciplinaria.
- Surgimiento de las iniciativas desde la Facultad de Medicina como entidad académica.

Grupo 3

Criterios de calidad y pertinencia

Formación docente

Uno de los temas que se deben abordar en la formación del recurso humano en salud es el tema de quiénes son los que están formando ¿Cómo pensar en un recurso humano en salud de calidad si el personal docente que está encargado de formar no es de calidad? El hecho de que una persona sea muy capaz o muy buena en su disciplina no necesariamente es, por definición, un buen docente. La formación del recurso humano en salud requiere de un cuerpo docente igualmente formado y capacitado. Debe ser un cuerpo docente formado en educación, conocedor de las ciencias pedagógicas para que realmente sepa cómo enseñar. Debe ser un cuerpo docente que sea capaz de adaptarse a las características de los distintos grupos de estudiantes. No es posible que un docente dé sus clases de la misma forma año tras año, como si todos los grupos de estudiantes fueran iguales. Es importante que el personal docente esté en un permanente proceso de evaluación, y así como se da el proceso de acreditación de las carreras, también se debe ir hacia un sistema de acreditación del cuerpo docente que está encargado de la formación de recurso humano en salud.

Se habla mucho de las competencias que deben tener los distintos profesionales de ciencias de la salud, de la capacidad para trabajar en equipo y para liderar procesos. Sin embargo ¿ha sido capacitado el cuerpo docente en esos temas? El enfoque de competencias en el país es relativamente nuevo, se les pide a los nuevos profesionales saber trabajar en equipo cuando a nivel de docencia las disciplinas de las ciencias de la salud se comportan como islas, incluso a lo interno de cada unidad académica. Esos son aspectos que se deben analizar más a profundidad para asegurarse de que eso que ese está pidiendo que lleguen a ser los estudiantes cuando sean profesionales, es el tipo de formación que realmente se les está transmitiendo por parte de los docentes. No se puede hablar de calidad y pertinencia con la mirada puesta únicamente en los estudiantes o planes de estudio, es necesario que también se integre al análisis el cuerpo docente con que se cuenta.

Los procesos de acreditación de las carreras en el área de la salud deben considerar como criterio de cumplimiento el tema de la docencia. Solo de esa forma se estaría en capacidad de garantizar una mayor rigurosidad al momento de hacer la elección de personas para que funjan como docentes. Hoy día es práctica común que se nombren como docentes a estudiantes recién graduados, como licenciados o como bachilleres, nada más porque tuvieron buen desempeño en su fase de estudiantes.

La calidad y pertinencia también depende de concretar un bloque común de materias para una misma carrera del área de la salud que se imparta en varias universidades, y eso debe ir acompañado de un proceso de acreditación, de participación de los colegios profesionales, del ente

empleador (CCSS) y de los encargados de supervisar la educación superior (CONARE, CONESUP).

Eso pasa necesariamente por organizar las unidades académicas para que se den flujos de información entre sus distintos componentes: estudiantes-estudiantes, estudiantes-docentes y docentes-docentes. Con eso se tendría un mejor conocimiento de ¿qué se está enseñando?, ¿cómo se está enseñando? y ¿cuáles son las correcciones que se deben hacer?, las cuales deben ser muy expeditas y responder al momento.

Otro aspecto que se debe considerar al abordar los temas de la calidad y pertinencia, es el relacionado con la vocación que tenga el estudiante hacia la carrera. Cuantos casos se conocen de jóvenes que se deciden por una carrera no por vocación sino que lo hacen pensando en un factor económico, o por verse obligados o presionados a continuar una tradición familiar. Para evitar ese tipo de situaciones se debe estructurar muy bien el proceso de ingreso a las carreras, para que determinen e identifiquen las habilidades y competencias hacia determinada carrera y, así, estar en la capacidad de detectar cuando un estudiante quiere llevar una carrera por convicción, por vocación, y no simplemente porque esa es una carrera que le va a generar mucho dinero o porque es algo que debe estudiar porque fue lo que estudiaron otros miembros de su familia.

Para lograr la calidad en la formación de recurso humano en salud esta debe fundamentarse en el desarrollo de las competencias, para desarrollar en el estudiante un pensamiento crítico, transformador y desde una perspectiva integral. Por su parte, para lograr la pertinencia se debe implementar un modelo de formación que se centre en las personas, tomando en cuenta el contexto en que esas personas se desenvuelven cotidianamente.

Mallas curriculares

El análisis de las mallas curriculares es, en definitiva, un aspecto que toca la calidad y la pertinencia. En las mallas curriculares se deben empezar a incluir procesos que faciliten la transdisciplinariedad de todos los componentes involucrados en la formación de recurso humano en salud: estudiantes, docentes, comunidad. Para esto es necesario comprender que una malla curricular debe ser una propuesta de formación que cumpla dos premisas: debe ser actualizada y debe ser dinámica. En la malla curricular se deben contemplar las estrategias y el marco conceptual del proceso formativo. Por eso es recomendable que exista una puesta en común de las mallas curriculares de las distintas carreras del área de la salud que se imparten en las universidades, porque de esa forma se van a tener claramente definidos los perfiles de ingreso, los perfiles formativos y los perfiles de egreso de los profesionales en salud.

Al decir que una malla curricular debe ser actualizada y dinámica, se refiere a que debe estar estructurada a partir del conocimiento de las necesidades de la comunidad, de la población. Conociendo esas necesidades se pueden orientar las mallas curriculares para que los profesionales en salud tengan una formación más apegada a la realidad. Eso se debe acompañar de procesos de evaluación permanente del estudiantado, de planes de estudio, del cuerpo docente. De tener una misma línea de acción en el sentido de si se va a evaluar

por desempeño, por objetivos de aprendizaje o por competencias.

Eso es necesario definirlo, porque el sistema educativo actual no es pertinente. La formación de profesionales en salud está fallando porque cuando se va al campo se encuentran profesionales que muchas veces no saben qué hacer y, peor aún, no son creativos, no son innovadores. Algunas veces porque no les nace ser así, pero otras veces porque el mismo sistema no los deja ser creativos e innovadores.

El sistema educativo no es pertinente porque está fundamentado en problemas de hace 30 o 40 años, es un sistema que forma profesionales para atender problemas del pasado. Es triste saber que aún hay profesores que no se han salido de ese modelo y que siguen enseñando a como enseñaban hace 30 o 40 años.

El camino que lleva la formación de profesionales en salud no está siendo pertinente con las necesidades de la población. No debe ser lo mismo formar un profesional para atender las necesidades en Limón que formar un profesional que deba desempeñarse en la Región Chorotega. Tomar en cuenta esas diferencias en la formación es a lo que debería apuntar el tema de la pertinencia.

Actualmente se están formando profesionales que simplemente se “estrellan” con un sistema muy rígido, con un sistema que no los ha preparado para asumir procesos y estar conscientes de lo que eso significa. No se está formando a la gente para tener sentido común, para tener cierto olfato respecto a la realidad a la que se van a enfrentar. Eso es algo que se debe fortalecer en el ámbito de formación del recurso humano en salud, que el profesional no solo sepa, desde el punto de vista técnico, a qué se va a enfrentar, sino que sepa la realidad que se va a encontrar al asumir un trabajo ya como profesional. El estudiante debe estar preparado para enfrentar esas dos realidades: lo que aprende como estudiante y la que debe enfrentar como profesional. Lo anterior obliga a que el proceso formativo permita el desarrollo de las competencias blandas de los estudiantes.

Los problemas que se han dicho que tiene la formación del recurso humano en salud no se basan estrictamente en las mallas curriculares, son problemas que se relacionan con la inversión para esa formación y su vinculación con las necesidades del país.

Recursos

Cuando un país o una institución enfrentan problemas económicos o financieros lo primero que se sacrifica es la capacitación y ese rubro simplemente desaparece de los presupuestos. Por eso se deben hacer esfuerzos en el país para retomar los procesos de capacitación de los profesionales en salud, capacitando a nivel interno, pero también en el extranjero. Antes, los profesionales no lo pensaban mucho cuando se les presentaba una oportunidad de capacitación en otro país pero, hoy día, nadie quiere salir de su zona de comodidad y aun cuando se presente una oportunidad, la gente prefiere no ir.

El país también debe alinear los propósitos de la formación de recurso humano en salud. No está claro a nivel de país qué se quiere lograr con los profesionales en salud. Todo se está reduciendo a temas de infraestructura, medicamentos y tecnología. Si no hay personal capacitado y formado en las necesidades que tiene la población en estos momentos, los problemas continuarán. Actualmente gran parte de las decisiones en salud del país se toman a nivel de hospitales nacionales, a nivel de la GAM y eso no puede seguir. Se deben orientar los esfuerzos hacia la regionalización en la formación del recurso humano en salud, como mecanismo para mejorar la calidad en los servicios y reducir el riesgo de agravar la salud de la población por no dar pronta respuesta a las listas de espera.

Asimismo, se deben aprovechar los recursos con que se cuenta para la implementación de acciones o proyectos conjuntos. Es necesario superar el enfoque donde cada disciplina se cree única. Es momento de que las distintas disciplinas del área de la salud unan esfuerzos y trabajen conjuntamente. Ello permitiría socializar más fácilmente resultados y atender con mayor claridad los llamados a rendición de cuentas en el uso de recursos públicos. Todo esto se facilitaría con procesos de acreditación que deban atender las carreras, porque solo de esa forma, estando acreditadas, se tendrá certeza de que hay un proceso formativo que ha sido evaluado y avalado.

Regulación

Igualmente, el quehacer de los colegios profesionales debe manifestarse con mayor claridad en lo relacionado con la formación del recurso humano en salud. Se habla de que las carreras deben estar acreditadas pero ¿no se debería exigir entonces que los profesionales también lo estén? ¿No serían los colegios profesionales, mediante exámenes de incorporación, los entes encargados de acreditar a un profesional? ¿Qué tan efectiva es la función de regulación que deben cumplir el SINAES o el CONESUP?

Grupo 4

Criterios de calidad y pertinencia

La formación del recurso humano en salud, para que sea de calidad y pertinente, debe estar orientada a responder a las necesidades de la población, pero también a las necesidades del modelo de atención. Una formación en la cual el profesional entienda que la persona a la que va atender es un ser integral y un ser capaz de entender. El profesional en salud debe ser sensible a la reacción de una persona cuando se le diagnóstica alguna enfermedad crónica o terminal.

La formación de profesionales en salud debe salirse del ámbito hospitalario, debe irse a lo comunitario. El profesional debe ir a ese espacio local e interesarse por investigar dónde está, qué hace ahí, con quiénes puede hacer alianzas para desarrollar proyectos relacionados con la

salud, entre otras cosas. Para eso es necesario que en los planes de estudio se refuercen contenidos de salud pública, demografía, epidemiología, salud comunitaria, investigación, bioética, participación social, trabajo interdisciplinario, APS como eje transversal en la formación, generación del conocimiento, buenas prácticas en salud y no solo materias o contenidos de aspectos muy especializados del nivel hospitalario.

La autoevaluación en la formación docente es muy importante para formar profesionales con criterios de calidad. Uno de los problemas de las universidades es que cualquier persona, realmente cualquier persona, puede asumir un curso pero no por eso es docente. Otro factor relacionado con la docencia se refiere al hecho de que las clases que reciben los estudiantes en centros hospitalarios, los estudiantes de medicina por lo menos, son impartidas por docentes que pertenecen o trabajan para la CCSS, no son docentes de las universidades. Entonces, si esos docentes de la CCSS no están en programas de educación continua o en capacitaciones constantes, hay un serio problema porque son esos docentes los que tienen mayor peso en la formación de los médicos. Mientras no se logre una profesionalización del docente en ciencias de la salud no se logrará una verdadera transformación de la formación del recurso humano en salud. Esa es una tarea pendiente que tiene tanto la CCSS como las universidades, porque un docente puede ser un agente formador pero también puede convertirse en un agente deformador.

Debe darse todo un proceso de reclutamiento del cuerpo docente de las distintas disciplinas de la salud y, además, crear mecanismos que garanticen la permanencia de esos docentes en las escuelas para, de esa forma, ir creando grupos de pensamiento crítico en torno temas de la disciplina. Esto ayudará a impulsar proyectos académicos de más larga duración para la formación de estudiantes.

En el tema de la docencia cabría preguntarse: ¿qué tan apropiado sería pensar en establecer algún ente que tenga la función de ejercer la Rectoría en Docencia, que vele por la capacitación permanente y constante de los docentes que tienen a su cargo la formación de recursos humanos en salud?

También la evaluación de los estudiantes antes de ser admitidos a una carrera es un criterio que favorecería la calidad. Por ejemplo, ¿cuántos estudiantes escogen medicina por vocación o solo por pensar en la plata que van a hacer, o por complacer al abuelo y al papá que también son médicos? Eso hay que filtrarlo de alguna manera.

Se ha hablado de que para lograr calidad en la formación, esta debe responder a las necesidades del modelo de atención vigente. Sin embargo, a diario se publican informaciones en los medios de comunicación haciendo hincapié en que el modelo de atención de la salud en Costa Rica está colapsado. Ya se hizo común ver de qué manera son más frecuentes los fallos de la Sala IV en temas de salud y de atención de la salud. Ante esto, la pregunta es si ¿se quiere formar profesionales que se integren a ese modelo o hay que cuestionar ese modelo?

Las mallas curriculares de las carreras pasan, en primera instancia, por la cabeza de los docentes. Si no se cuenta con un proceso permanente de evaluación y seguimiento de lo que están enseñando los docentes, de cómo lo están enseñando, es una utopía pensar en tener un profesional de calidad. La calidad no la da un curso, la calidad la da un cuerpo docente capacitado, bien formado y con absoluta vocación docente.

Los cambios curriculares deben igualmente ser una constante en las universidades. Se debe impulsar un proceso permanente de investigación sobre aquellos aspectos que están siendo exitosos en la formación de profesionales en ciencias de la salud en distintas partes del mundo, en otros contextos, con otros modelos de atención.

Cada vez se hace más evidente que las mallas curriculares de las distintas disciplinas de las ciencias de la salud deben encaminarse a la integración, a los procesos formativos colaborativos, lo cual implica todo un trabajo político, académico, administrativo, técnico, así como también conlleva a tener resistencia dentro de las mismas disciplinas porque no es fácil perder la territorialidad del conocimiento. Ese esfuerzo entraría como una innovación en los enfoques educativos y es hacia esa innovación y otras más, lo virtual, las redes por ejemplo, hacia donde se deben centrar los esfuerzos que busquen formar profesionales en salud con calidad y con pertinencia. La base de cualquier enfoque novedoso en la formación de profesionales en la salud está en lo comunitario, no en lo hospitalario.

Las universidades deben formar, en cualquier campo del saber, a un profesional reflexivo y crítico sobre la sociedad en la que vive. Si se dice que el modelo de atención costarricense está en crisis, entonces se debe impulsar un proceso reconcentrado sobre esa situación, en la que participen personas directamente involucradas con ese modelo (CCSS, universidades, profesionales de la salud), pero también deben participar en esa reflexión comunidades y otros actores de la sociedad.

Propuesta de seguimiento

Una vez que se tengan todos los materiales que ha generado la actividad (vídeos, trabajos de grupo, etc.) deben ser puestos a disposición en plataformas virtuales tipo Observatorio de Recursos Humanos, Facultad de Medicina de la UCR, entre otros. Eso es de vital importancia porque en esta actividad no están todos los docentes del área de la salud de las universidades y eso significa que al interior de cada Unidad Académica se debe dar todo un proceso de socialización, análisis y discusión de lo que se abordó en esta Conferencia, sin embargo, también debe ser un proceso que se desarrolle a lo interno de cada universidad.

Además, este esfuerzo que ha armado la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica en conjunto con el Ministerio de Salud, debe ser reflejado en un cronograma que fije las actividades que se van a hacer, en qué plazos. No es viable pensar que se van a desarrollar todos los temas al mismo tiempo, se deben seleccionar temas y ponerlos en discusión uno cada vez, por jornadas.

Se debe involucrar activamente al SINAES, ya que ese es el ente encargado de fijar los estándares de calidad de la educación superior mediante el mecanismo de acreditación de las carreras.

El Ministerio de Salud debería darle la mayor importancia y relevancia a esta Conferencia y ser el ente que asuma la coordinación del proceso de seguimiento a los aspectos abordados durante estos dos días. Asimismo, se sabe que la CCSS está en la etapa de elaboración de una nueva propuesta del modelo de prestación de servicios, por lo que debería aprovechar el proceso que viene para decirnos cuál es su propuesta y, a partir de ahí, que las universidades hagan los aportes, observaciones, recomendaciones. Esos aspectos son los que pueden ir definiendo la agenda de lo que sigue después de esta Conferencia.

Se debe volver la mirada a otros países en los cuales se impulsaron procesos de reforma de los modelos de prestación y analizar cuáles resultados lograron. Hay experiencias interesantes como la de Colombia.

Limitaciones y aciertos de la Conferencia

No hubo presencia de todos los sectores que podrían participar en todo el proceso que viene a partir de lo conocido en estos dos días. Poca representación de estudiantes, líderes comunales, juntas de salud.

La metodología de trabajo permitió escuchar a conferencistas internacionales y posteriormente discutir a nivel de subgrupos, con representación multidisciplinaria, varios de los contenidos abordados en esas conferencias y su relación con la realidad del país.

La Conferencia permitió identificar, de forma indirecta, otros temas o elementos críticos que se deben abordar, discutir, analizar y solucionar en lo relacionado con la formación del recurso humano en salud.

Se debe rescatar el poder de convocatoria que tuvo la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica para juntar en esta Conferencia a actores de diversas procedencias, algo que muy pocas veces se logra en el país. Incluso queda la sensación de que la convocatoria pudo haber sido mucho más amplia.

FORO DE ANÁLISIS,
CONCLUSIONES Y CIERRE DE LA
CONFERENCIA



FORO DE ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y CIERRE DE LA CONFERENCIA INFORMES DE TRABAJO DE LAS SUB-PLENARIAS

En esta sesión del segundo día de la I Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica los cuatro grupos de trabajo harán una exposición de los principales elementos analizados a partir de una serie de preguntas generadoras. Una vez que se realicen todas las presentaciones, se abrirá un espacio de preguntas y comentarios que en primera instancia será utilizado por las autoridades de Gobierno y otras instituciones que nos acompañarán en esta tarde. Esperamos contar con representación del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio del Ambiente, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Caja Costarricense de Seguro Social y Defensoría de los Habitantes, entre otros. Posterior a la participación de las autoridades de Gobierno, las preguntas y comentarios las podrán realizar las personas que participaron como conferencistas, tanto nacionales como internacionales. Finalmente, se abrirá un espacio para preguntas y comentarios de la audiencia en general.

Informe Grupo Uno

Para iniciar, se hará referencia a las cinco líneas orientadoras para la elaboración de políticas públicas en la formación de los profesionales en ciencias de la salud. Estas son:

1. Se tomó en cuenta lo importante que es la planificación de recursos humanos de acuerdo con las necesidades cambiantes del entorno, es decir, tomar en cuenta el cambio es fundamental para adecuar esos recursos al contexto en el cual se van a ubicar.
2. El sistema de información, el cual debe ser sistematizado y unificado. Se comentó a lo interno del grupo que es importante la existencia de un sistema de información que recoja o agrupe los distintos elementos que forman parte del sistema de recursos humanos. ¿Por qué? Porque muchas veces cada institución tiene una base de datos, un sistema propio o particular, que en muchas ocasiones es imposible de acceder y, lo peor de todo, es que no se pueden comparar los datos entre un sistema y otro. Eso impide conocer la situación real del recurso humano en un momento determinado, por lo que es importante que sea un sistema de información unificado sobre ese recurso humano, para planificar, distribuir y tomar decisiones de una manera oportuna y eficiente.
3. Es importante contar con planes de estudio contextualizados, que tengan un enfoque humanista, orientado a la salud pública. Este es un requisito o característica que consideramos fundamental.

4. Fomentar la multi e interdisciplinariedad para la atención en salud, porque consideramos que la salud como un producto social requiere la participación de todas las disciplinas del conocimiento.
5. Participación activa de los profesionales y de las universidades en procesos continuos de análisis y de construcción de las políticas nacionales de salud. De ahí que consideramos importante este espacio en el cual estamos participando como algo fundamental para poder conocer las buenas prácticas, lo que se maneja a nivel internacional, lo que estamos haciendo a nivel nacional y, de ahí hacer cambios que sean adecuados a nuestro contexto.

En otro orden de cosas también es importante considerar que el perfil de salida que deben tener estos profesionales, debe contener un capítulo que denominamos “¿Qué deben conocer estos profesionales?” Bueno, deben conocer el contexto. Como profesionales de la salud es importante que conozcan y cuenten con elementos de la realidad nacional. En cuanto a recursos, deben conocer las potencialidades y limitaciones que tiene nuestra sociedad en el área de la salud, tomando elementos socioeconómicos, educativos, ambientales, estilos de vida.

Debe conocer muy bien los principios de Atención Primaria en Salud, una atención primaria renovada y que se acerque a la comunidad. Es necesario que tenga también elementos de complejidad, es decir, aprender a trabajar desde la complejidad para lograr trabajar en forma interdisciplinaria. Es importante contar con elementos de los determinantes sociales de la salud y conocer los principios de seguridad social.

Estos profesionales tienen que reconocer en su papel en la sociedad y saber que son parte de un equipo, la importancia de la familia y del contexto bioético. Finalmente, deben incluirse en el sistema de salud con un pleno conocimiento de su funcionamiento, los flujos, las vías de acción, tanto a nivel público como privado y el funcionamiento del sistema de curación.

En lo que se refiere a salud-enfermedad consideramos que se debe trascender en las definiciones clásicas y asumir la salud como una construcción social. Se deben conocer los constructos de salud, de salud pública, de enfermedad, de promoción de la salud. También, como herramientas, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, tomando en cuenta todo esto dentro de un marco teórico de los determinantes sociales de la salud para poder explicar esta producción. Igualmente, se debe incluir en el análisis el reconocimiento de las condiciones de vida de las poblaciones y la relación que guarda con este llamado proceso salud-enfermedad.

El otro punto está relacionado con la formación en la disciplina. Consideramos que es importante no solo tener conocimientos específicos de la disciplina, de la carrera en la cual se está formando este profesional, sino que debe tener un abanico de otras áreas o campos de conocimiento que vengan a fortalecer y permitir insertarse en un mundo globalizado que constantemente está cambiando. Por ejemplo hablamos de diferentes sistemas de información, tecnologías de información y comunicación en salud.

Debe conocer aspectos de gerencia y administración, recursos multidisciplinarios, análisis FODA. Conocimientos básicos de organización de servicios, teoría de sistemas y comunicación. Esos son algunos de los conocimientos básicos que debería tener ese profesional de manera que le permita ampliar su currículum para que no esté centrado solamente en la parte técnica de su disciplina.

El otro elemento sobre el cual debe conocer es la epidemiología. Coincidimos dentro del grupo de trabajo que cualquier profesional en el campo de la salud debe tener conocimientos básicos de epidemiología, que le permitan hacer análisis adecuados de la localidad donde está trabajando, de la región, del país e incluso del ámbito internacional para comprender los fenómenos o situaciones de salud que se están dando en otras partes del mundo y cómo podrían afectar a nivel nacional.

Finalmente, concordamos dentro del grupo en que los y las profesionales en salud deben conocer sobre investigación. Esa es una herramienta fundamental porque permite una mayor vinculación entre profesionales nacionales e internacionales. La investigación debe formar parte de nuestro currículum y a lo largo de todo el proceso de formación, no solo como un requisito para obtener un título académico. La investigación debe ser enfocada, además, como un elemento que favorezca la publicación de artículos científicos.

En lo que se refiere al “saber hacer”, todo profesional en salud debe saber hacer trabajo en equipo, saber coordinar desde lo disciplinar, desde la investigación, desde la promoción de la salud, desde la administración. Debe saber hacer estrategias, comunicación y política pública. A través de esos elementos, el saber hacer va ser un proceso más fluido, ya que contará con un amplio espectro de conocimientos básicos.

¿Cómo debe ser y actuar este profesional? En el perfil incluiríamos la ética social y el liderazgo. También comentamos a lo interno del grupo que, en la medida de lo posible, el profesional en salud debe comprender que el liderazgo no es sinónimo de autoritarismo, sino que debe ser un liderazgo basado en participación, en una actitud empática y en una actitud científica. Debe manejarse con respeto no solo a las personas a las que les brinda un servicio, sino también a los colegas y profesionales de otras disciplinas. Debe tener una disposición a evaluar su práctica profesional e innovar en los casos que así se requiera, de manera que puedan plantear nuevas estrategias para nuevos problemas. Debe también ser un excelente comunicador y saber dar a conocer resultados de sus investigaciones a otros colegas o profesionales, pero que también sepa comunicarlos a la sociedad en general.

La conciencia ambiental también es un aspecto relevante dentro del perfil profesional porque se debe tener conciencia de que no somos una isla, de que una acción en un lado repercute en otra parte, de que todo y todos estamos interconectados.

Con respecto a los criterios que permitan lograr calidad y pertinencia en la formación de los profesionales en salud, algunas de las ideas que comentamos en el grupo son las siguientes:

1. La formación profesional debe estar en concordancia con el perfil epidemiológico y con las condiciones nacionales e internacionales. Como se dijo anteriormente, no somos islas, estamos en una sociedad cada vez más globalizada donde todo y todos estamos interconectados.
2. La formación debe ser humanística, ética, integral y científica
3. La formación debe facilitar el trabajo inter y transdisciplinario a lo largo de toda la carrera, de manera que desde el principio de la formación se aprenda a comunicar de manera efectiva y asertiva con otros profesionales del área de la salud.
4. La formación debe estar integrada a la investigación, pero que esa investigación no se quede solo como requisito de un curso sino que deriven en publicaciones e, incluso, que los estudiantes una vez finalizados sus estudios se puedan vincular a instituciones de otros países por medio de las publicaciones.
5. Es importante, asimismo, fomentar y brindar espacios para práctica en comunidad desde los primeros años de la formación. Ayer lo mencionó uno de los ponentes, ya que no solo en hospitales se aprende, sino que en comunidad también se aprende y mucho más.
6. Los planes de estudio deben estar en constante revisión, deben ser planes de estudio vivos, que se modifiquen según los cambios que se van presentando en la sociedad como tal y que ese currículo tenga un perfil de ingreso claramente definido, de manera que las personas tengan absoluta claridad de qué es lo que van a matricular y qué es lo que van a estudiar, y que lo tengan muy claro antes de entrar a la carrera.
7. También consideramos que ese plan de estudios debe ser formador de agentes de cambio y que durante el proceso de formación se fomente el pensamiento crítico, de manera que no solo se conviertan en replicadores de conocimiento, sino que también lleguen a ser capaces de analizar y crear sus propios criterios, sus propias ideas.
8. Consideramos que la malla curricular debe ser coherente y pertinente y que la atención de la salud debe tener elementos de liderazgo, calidez y de determinantes sociales de la salud.
9. Finalmente, para que ese plan de estudios se ejecute de la mejor manera, consideramos como grupo, que los docentes deben estar formados no solamente en su área disciplinar concreta sino que deben tener capacitación en aspectos docentes, ya que todos salimos como profesionales de la salud pero son pocos los que traen esa vocación docente y que no por llevar un curso que brindan las universidades ya se adquieren todas las habilidades para ser docente. Consideramos que ese es un aspecto muy importante.
10. Esa formación como docentes debería ser evaluada de forma continua para tener con control permanente de la calidad y de si los saberes de los docentes están bien o no, si

deben ser actualizados o no.

11. De igual manera, se plantea la necesidad de utilizar tecnologías o estrategias didácticas innovadoras que sean apropiadas. Lo ponemos de esa forma ya que no todo lo innovador es necesariamente mejor, por lo cual hay que adecuar a cada plan de estudios, a cada realidad, la estrategia o tecnología didáctica que sea más conveniente.
12. Es importante que los docentes tengan experiencia profesional, que no sólo sean docentes con conocimientos limitados al aula, sino que sean personas que tengan experiencia profesional en el campo, fuera de las aulas universitarias, ya sea una experiencia previa a la docencia o bien en combinación con la actividad docente.
13. Es importante que se utilicen tecnologías de la información y comunicación en salud.
14. Que se haga un sistema de evaluación y seguimiento del desempeño, de manera que se puedan tomar medidas correctivas para que los docentes estén totalmente adecuados para la actividad docente.
15. Como punto final, al grupo le pareció importante dar a conocer cuáles fueron las disciplinas que estuvieron representadas en el grupo "Amarillo": medicina, farmacia, enfermería, imagenología, economía, administración educativa, educación, nutrición, ciencias del movimiento humano, administración, biología, salud pública, epidemiología y promoción de la salud. El punto de vista de tan variado grupo de disciplinas contribuyó al análisis de las preguntas orientadoras que nos pidieron responder.

Informe Grupo Dos

En lo que se refiere a las líneas orientadoras, coincidimos en varios asuntos con el grupo anterior. Nuestro grupo se centró mucho en el tema de la calidad docente y es que no solo se ocupan cambios en los temas que se le enseñan a los estudiantes, sino también se requieren docentes que sepan cómo transmitir conocimientos de forma adecuada. Por ejemplo, si se quiere inculcar en los estudiantes un enfoque en el que la salud es un proceso social y no simplemente ausencia de enfermedad, entonces debemos tener docentes que manejen ese tipo de conceptos.

Regular la formación docente y establecer procesos de acreditación son pilares fundamentales para impulsar un plan nacional que oriente la formación del docente en salud en una misma dirección y, consecuentemente, formando profesionales en ciencias de la salud que logren incidir efectivamente sobre la salud de la sociedad. Lo anterior requiere, además, planificación y prospectiva en la formación de recursos humanos, que sea acorde no solo al contexto en el que se está, sino a un plan o a nivel nacional. En ese sentido, creemos que en el país falta un mayor análisis y sistematización de la formación de recursos humanos en salud, que permita crear una política para orientar, de mejor manera, la formación de esos y esas profesionales.

El cambio de paradigma para enfocarse en la atención primaria, sin descuidar otros niveles de atención, fue otro de los aspectos que resaltó en la discusión grupal como línea orientadora en el proceso de formación e recursos humanos en salud.

En cuanto a los saberes esenciales en el perfil de salida, el más importante para el grupo es el relacionado con el trabajo en equipo, pero no solo en lo referido al saber de que se debe trabajar en equipo, sino conocer el rol que cada profesional debe cumplir dentro de ese equipo. Esa fue una discusión a lo interno del grupo, igualmente integrado por distintas disciplinas, a partir de lo cual nos dimos cuenta de que cuando nos ha tocado trabajar en equipo no hemos tenido claridad de las funciones o responsabilidades que cada quien debe asumir, y es que el sistema tampoco tiene definido el asunto del trabajo en grupo.

Por ejemplo, los compañeros de ciencias del movimiento humano nos comentaban que cuando ellos llegan a las clínicas o a los EBAIS nadie sabe qué hacer con ellos, y eso es algo que se manifiesta en los estudiantes de esa carrera que no saben en realidad cuál es el rol que deberían cumplir como profesionales. Eso es algo que nuestro grupo consideró que se debe plantear desde la formación.

Respecto a qué se debe saber hacer, el grupo recalcó nuevamente lo relacionado con el trabajo en equipo y el componente de investigación, pero, más allá de uno o dos cursos, se trata más bien de un rol de investigación que se fomente desde el inicio para que los estudiantes lo incorporen a su formación profesional por la importancia de la investigación como generadora de conocimiento y, con ello, tener más criterio al momento de tomar decisiones con base en el conocimiento generado. Sin investigación es imposible tener elementos necesarios para una planificación y una prospectiva que nos permita hacer un cambio que incida realmente en la salud nacional.

Cómo debe ser y actuar el recurso humano en salud, es algo que el grupo consideró importante fortalecer en el proceso formativo y tiene que ver con todas las habilidades de comunicación para que sea un aprendizaje efectivo y asertivo. Actualmente, en la mayoría de los casos, esto de la comunicación es algo que queda a la formación de cada persona, no es algo que las instituciones formadoras sistematicen o logren transmitir a los estudiantes, sino que se vuelve algo que cada quien debe asumir. Por eso, nuestro grupo consideró que es importante incluir todos estos elementos en la formación, para lograr un mejor trabajo en equipo y una interdisciplinariedad adecuada.

En cuanto a los elementos que garanticen la calidad en la formación de profesionales, en el grupo llegamos al consenso de que reconocer con qué tipo de docentes se cuenta es algo fundamental, así como ver de qué manera se les dan a esos docentes las herramientas necesarias para que puedan transmitir los conocimientos de la mejor manera posible a los estudiantes.

Por otra parte, respecto a lo que es trabajo en equipo y liderazgo, es necesario que esos temas se incluyan desde el inicio de cada carrera y no que aparezca ya en los cursos finales de

trabajo de campo, sino que sea algo que esté incluido desde el plan curricular. Igualmente, es importante que dentro de las distintas carreras se establezcan acuerdos que permitan a estudiantes de distintas escuelas compartir o abordar conjuntamente un trabajo de campo, para que desde la formación aprendan a trabajar en equipo y también a elaborar documentos científicos de esas experiencias, con el fin de fomentar, al mismo tiempo, la publicación de artículos científicos.

También es importante que dentro del proceso de formación de recursos humanos en salud se coloque al usuario de esos servicios como un elemento central, es decir, que los estudiantes siempre tengan presente que la formación que están recibiendo es para dar un servicio y una atención a otro ser humano. Eso nos lleva entonces al tema vocacional de los estudiantes y a la necesidad de trabajar mejor los perfiles de ingreso así como la malla curricular de la carrera en sí, porque se le debe enseñar a los estudiantes que no solo se trata de obtener un título sino que lo que se busca es formar profesionales con una visión amplia y comprometida en el campo de la salud pública, pero para eso se requiere modificar significativamente los planes de estudio y llegar a tener en el país experiencias como las que escuchamos del expositor de Colombia, en donde los estudiantes pueden ir "armando" su plan de estudios de acuerdo a sus intereses.

En lo que se refiere al grupo de seguimiento, consideramos que lo ideal sería conformar un pequeño núcleo que esté asesorado por múltiples actores. Esa figura nos parece la más conveniente para garantizar la buena marcha del seguimiento, ya que es más fácil que un pequeño grupo de personas se pongan de acuerdo para reunirse y que ese grupo se asesore con personas externas para lograr un mejor avance.

Respecto a los alcances y limitaciones de la conferencia, lo que se conversó en el grupo es la evidente ausencia de algunos sectores, particularmente la participación estudiantil y colegios profesionales. Nos parece que la divulgación de la actividad quizá pudo haber sido más agresiva y, de esa forma, despertar el interés por participar de algunas personas que, posiblemente, se invitaron pero que no consideraron necesario asistir, precisamente por falta de divulgación. En cambio, lo que puede ayudar a lograr los objetivos de la Conferencia es el compromiso y el convencimiento que han expresado todas las personas participantes de que este es un paso indispensable para mejorar la formación de profesionales en salud, y eso se nota en la diversidad de disciplinas que se hicieron presentes al evento. Asimismo, que la iniciativa surgiera de una dependencia como la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y que se ampliara a otras instituciones, públicas y privadas, del sector educación pero también de otros sectores, es uno de los aspectos más significativos de la Conferencia.

Informe Grupo Tres

Nuestro grupo, al igual que los otros, analizamos cinco líneas orientadoras en la formación del recurso humano en salud. Las cinco líneas que definimos fueron las siguientes:

1. Planificación del recurso humano de conformidad con las necesidades del país. Obviamente, al hablar de planificación estamos considerando todas las variables que se deben incluir al momento de planificar. Lo que realmente se debe lograr es ser autocríticos en reconocer las necesidades que tenemos como país para formar el recurso humano y, particularmente, analizar qué tanto queremos especializarnos en las distintas disciplinas de las ciencias de la salud cuando a veces no tenemos los elementos más básicos o una cobertura en todo el país del recurso humano que se está requiriendo. Por eso, en nuestro grupo consideramos que se debe hacer un diagnóstico de las necesidades en salud que tienen las distintas regiones del país y, conforme a esas necesidades, planificar la formación del recurso humano.
2. Estandarizar los currículos de todas las instituciones formadoras debe ser un aspecto a discutir y, si bien todas las universidades tiene su propia estructura curricular de las carreras, lo ideal sería que exista, por decirlo así, un bloque común de materias y de abordajes, entre el 75 % y 80 %, que permita a las personas que estudien una misma carrera en distintas instituciones formarse sin que exista tanta diferencia académica, lograr acreditar la carrera como carrera sin importar la universidad que la imparta y quizá, lo más importante, acreditar al profesional como un recurso humano de calidad, apto para que se incorpore a los servicios de salud.
3. La coordinación intersectorial es fundamental. Todas las disciplinas de las ciencias de la salud debemos estar integradas. No puede ser que a la hora de abordar un caso clínico cada disciplina haga su parte por separado, ya que es el paciente el que sufre esa fragmentación de criterios y recibe recomendaciones de cada disciplina, pero no algo integrado o transdisciplinario.
4. Promoción de la salud según el perfil epidemiológico del país. Para el grupo es de vital importancia que el recurso humano en salud tenga una formación orientada a la prevención de la enfermedad y no, como es actualmente, que la formación se centra para la atención clínica, especializada y hospitalaria.
5. La gobernanza, en los cinco puntos que describió en su presentación el Dr. Arrea, así como el derecho a la salud, son aspectos que igualmente deben estar presentes al momento de formar recursos humanos en ciencias de la salud y por eso es que se deben hacer esfuerzos para que las universidades, instituciones de Gobierno y otros actores del proceso se unan y fijen un mismo camino en la formación del recurso humano para que se ajuste a las necesidades del país, pero, reconociendo las diferencias que existen a lo interno de Costa Rica, porque no es la misma atención la que requiere una persona

enferma que viva en Santa Ana, que la atención que ocupa una persona enferma que viva en La Cruz de Guanacaste.

En lo que se refiere a las salidas y saberes esenciales que debe tener el profesional en salud que se forme, el grupo hizo las siguientes consideraciones:

- Debe conocer todo lo relacionado con la ética profesional, y es que la ética contempla una serie de factores que son fundamentales en la atención de la salud. Ligado a lo anterior, debe saber hacer o garantizar ese derecho a la salud que tienen los pacientes. Debe actuar con pleno conocimiento de lo trascendental que es ese binomio derecho-deber, porque, a veces, los profesionales en salud olvidamos los derechos que tienen las personas que asisten a un servicio de salud, ya sea público o privado.
- También debe conocer todo lo relacionado con la equidad y, consecuentemente, debe saber trabajar en equipo, con buenas prácticas de atención que busquen la integralidad de la atención, por lo que debe actuar apegado a una práctica profesional donde predomine el espíritu de servicio.
- Por otra parte, también debe conocer todo lo relacionado con las competencias medulares de su profesión. Ello le permitirá saber hacer el análisis de la situación de salud de la población que debe atender y de la comunidad en la que se está desarrollando. Para eso debe tener aptitud, conocimiento y la implementación efectiva de todos los valores académicos que adquirió durante el proceso formativo.

Los aspectos gerenciales de la salud también son relevantes porque es fundamental que el recurso humano en salud sepa hacer un buen análisis y uso de los datos, ya que es una realidad que, actualmente, en el sistema no se hace un buen uso de la información que el mismo sistema genera. No hay análisis, no hay seguimiento y mucho menos evaluación de esos datos. Eso es algo que afecta considerablemente la toma de decisiones en los servicios de salud.

Finalmente, al igual que el resto de grupos, consideramos que el trabajo en equipo es un componente fundamental, ¿por qué?, porque somos profesionales en ciencias de la salud y eso significa que no podemos trabajar de forma separada, todas las disciplinas deben complementarse y mejorar la comunicación, ser más asertivas.

En lo que se refiere a los criterios de calidad y pertinencia en la formación de profesionales, el grupo consideró que la formación docente es un factor a tomar en cuenta. Actualmente cualquier persona puede dar clases, pero el hecho de dar clases no lo convierte en docente. El docente debe estar formado como docente, con todos los conocimientos y herramientas pedagógicas de la enseñanza, para que logre transmitir y generar conocimiento en sus estudiantes. Además, el sistema educativo debe ser pertinente y adaptado a las necesidades de la población, de manera que se pueda ofertar un profesional acorde con el contexto y las necesidades de salud de la población. Por ese motivo, debe darse una evaluación periódica de ese enfoque docente dirigido a la innovación, a la acreditación docente y al trabajo multi y transdisciplinario

en la malla curricular de los cursos, para que el educando adquiriera esa destreza de trabajar con otras disciplinas desde el inicio de la carrera y no que lo aprenda cuando llega al mundo laboral.

El segundo aspecto que discutimos fue el relacionado con el currículo y, particularmente, los nuevos modelos que deben tener los currículos universitarios, para que dejen de ser tan rígidos, como son actualmente, y se vuelvan más dinámicos y cambiantes de acuerdo con las necesidades de la población. En materia de recursos humanos para la atención de la salud y considerando los determinantes de la salud, cuando hablamos del currículo estamos hablando de la estructura de una carrera, pero también se deben incorporar aspectos no curriculares y que se permita la innovación en el proceso formativo, como es el trabajo multi y transdisciplinario, además de combinar adecuadamente lo teórico con lo práctico y que esa combinación se esté evaluando constantemente para lograr que responda a lo que el país requiere. No podemos tener currículos rígidos como sucede actualmente, donde tenemos carreras con planes de estudio de 20 o 30 años de antigüedad y que no han sido actualizados.

El país debe esforzarse por formar, en este momento, el recurso humano que supla las carencias existentes pero, al mismo tiempo, debe planificar y visualizar cuáles serán las necesidades futuras del país en materia de recursos humanos en salud para el corto, mediano y largo plazo.

También consideramos importante que entre las distintas carreras de las ciencias de la salud se compartan proyectos para una mejor formación del estudiantado pero, también, para un mejor aprovechamiento de los recursos materiales, financieros y tecnológicos.

La evaluación de los procesos formativos también es un aspecto que se debe tener presente porque eso permite llevar el pulso de lo que se está enseñando, cómo se está enseñando y qué resultados se están obteniendo. Actualmente la evaluación no es un proceso sistemático para la toma de decisiones, sino que lo que se hace es llenar un montón de formularios, acumular cualquier cantidad de información que, lamentablemente, no se aprovecha ni se analiza de la forma en que se debe analizar y, por tanto, al momento de tomar decisiones nadie se beneficia de ese insumo que está ahí pero que no es utilizado adecuadamente.

La acreditación de todas las carreras de ciencias de la salud que se dan en las distintas universidades del país, sean públicas o privadas, es un elemento que nuestro grupo consideró como requisito. Lo ideal sería que una carrera de ciencias de la salud que se imparte en distintas universidades, por ejemplo Medicina, tenga entre un 70 o un 80 % de similitud en la malla curricular, para garantizar de esa forma la calidad y homogeneidad en la formación del recurso humano.

Regulación efectiva del ejercicio profesional es algo fundamental en todo lo relacionado con el recurso humano en salud, y acá dirigimos la mirada a los colegios profesionales, que si bien es cierto llevan un registro de los profesionales de cada disciplina, se requiere que además de ese registro se implemente un mecanismo que evalúe los conocimientos y la calidad de esos profesionales. Por eso creemos que debe darse un trabajo coordinado entre colegios profesionales, CONARE, CONESUP y SINAES para que en el mediano o largo plazo todos los pro-

fesionales de ciencias de la salud sean evaluados obligatoriamente al momento de tramitar la incorporación al respectivo colegio profesional. Sabemos que ese es un punto delicado desde el punto de vista del Derecho, pero consideramos importante traerlo a la discusión para que sea considerado como un elemento innovador dentro del proceso de mejorar la calidad de los profesionales de ciencias de la salud.

En relación con el punto anterior, también es importante que los actuales profesionales en ciencias de la salud nos sometamos a ese proceso de evaluación, especialmente aquellos que nos dedicamos a la docencia, porque como también se mencionó acá, cualquiera puede dar clases pero no cualquiera puede ser considerado como docente. En eso consideramos que las universidades también deben reforzar la formación docente de los profesionales porque, ciertamente, asistir a un curso de didáctica docente no es suficiente para dar clases.

Informe Grupo Cuatro

Mucho de lo que han mencionado los anteriores tres grupos forma parte de los aspectos que también abordamos dentro de nuestro grupo. Por ese motivo se presentarán algunos elementos o ideas que pueden aportar algo nuevo a la discusión.

Además de tener como un eje transversal lo relacionado con la atención primaria en salud, consideramos que dentro de la formación de profesionales en salud se debe enfatizar el tema de la seguridad social y la cobertura universal, ya que son asuntos que pareciera darse por sentados y no se incluyen dentro de los programas de formación contenidos que le permitan al estudiantado de las ciencias de la salud conocer la forma y conceptos principales que están inmersos en los servicios públicos de salud del país.

También, es importante que en el proceso de formulación de las políticas educativas para la formación de profesionales participen actores de diversos sectores y que esas políticas estén en un constante monitoreo o evaluación, así como evaluar la calidad de los profesionales que se formen y para ello sería necesario establecer mecanismos de acreditación obligatorios para todas las carreras de ciencias de la salud de todas las universidades que las imparten.

En lo referido a los saberes profesionales, se enfatizó mucho en el tema de la investigación como algo que se debe desarrollar y preparar a los estudiantes a lo largo de todo el proceso formativo de todas las disciplinas, teniendo como elementos centrales los relacionados con la bioética, técnicas de investigación y sobre todo con el análisis crítico para la toma de decisiones y la generación de conocimiento. Otros temas que deben estar presentes son los relacionados con salud pública, epidemiología, sistema nacional de salud, el modelo de atención y la forma en que se prestan los servicios. También, todo lo que tiene que ver con Economía de la Salud, porque todo profesional en ciencias de la salud debe saber sobre costos, sobre impactos, sobre eficiencia, porque todos esos elementos inciden en la toma de decisiones que en algún momento deberán llevar a cabo. Otros temas que se deben incluir son los aspectos normativos,

como por ejemplo las guías de atención y lo que está vigente en la legislación nacional, además de los reglamentos de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

La educación continua debe ser elemento permanente en cualquier profesional, pero con mayor razón en los profesionales de las ciencias de la salud, porque no se puede pretender que lo aprendido durante los años de formación en la universidad va ser suficiente para enfrentar los retos profesionales. Por eso es importante que todos los profesionales en ciencias de la salud sigan capacitándose y actualizando conocimientos después de lograr un título profesional en la universidad. Es importante que al profesional en ciencias de la salud se le enseñe a interpretar la información y los distintos indicadores en salud que se generan constantemente, no basta con que los identifique o sepa calcular, sino que debe saber entender y que ese entendimiento le ayude a tomar decisiones fundamentadas.

El profesional en ciencias de la salud debe ser formado con una visión integradora de los servicios, que los comprenda y sepa que forma parte de un equipo. Se debe evitar a toda costa que el estudiantado se forme con una visión fragmentada de los servicios y por eso es importante que cada disciplina o varias disciplinas busquen los mecanismos para articularse y dar esa visión de integralidad.

Respecto a ser y actuar, el grupo consideró que el profesional que se forme debe ser activo, proactivo, diligente, oportuno, ético, comprometido, trabajar en equipo transdisciplinaria e intersectorialmente, trabajo en redes, liderazgo, con conocimientos en comunicación.

Algunos criterios de calidad que pudimos plantear fueron: una formación integral con sustento teórico y metodológico. Deben ser formados para trabajar en diferentes escenarios, no solo en los servicios de salud sino en la comunidad y otros espacios (escuelas, municipalidades, entre otros) y en diferentes niveles de la red de servicios, no solamente en el ámbito hospitalario, además de que tiene que estar centrado en la atención integral y en los usuarios. La investigación y la atención primaria en salud deben ser ejes transversales en una formación de calidad, así como la ética, la bioética y dar cabida a todos los procesos de participación social y el trabajo en equipos transdisciplinarios.

Es claro que como parte del proceso formativo se debe fomentar la generación de conocimiento científico, acompañado de todo lo relacionado con las buenas prácticas y la medicina basada en la evidencia para toda la gestión de los procesos de enseñanza, con especial énfasis en la calidad docente. Acá el grupo abordó un tema que no se vio reflejado en las otras presentaciones y es lo relacionado con el reclutamiento y retención de los docentes para crear una masa crítica y una cultura universitaria que cumpla realmente ese papel modelador que todos los docentes debemos tener con los estudiantes.

La transformación e innovación constante de los currículos es algo que también debe ser trabajado porque eso tiene una significativa relación con los procesos formativos. Por eso se debe estar investigando, constantemente, las nuevas tendencias pedagógicas, las nuevas con-

diciones y necesidades de formación que va experimentando el país en materia de recursos humanos en salud.

Como recomendaciones para lo que sigue después de la Conferencia, proponemos socializar los materiales que aquí se generen y también integrar a otros actores que por alguna u otra razón no lograron estar acá de forma presencial, pero que definitivamente pueden aportar elementos desde sus respectivos puntos de vista. Será importante también establecer un cronograma de trabajo de las actividades que se establecerán para seguir con esta labor, así como abrir distintos espacios para la discusión, tanto virtuales como presenciales.

Trabajar en conjunto con SINAES para evaluar los estándares de calidad e, indudablemente, trabajar de manera muy estrecha con el ente Rector en Salud. En el grupo se sugirió la necesidad de organizar foros o paneles de discusión sobre distintos temas: modelo de atención que existe en el país, perfil profesional del recurso humano en salud. También se comentó que las personas que participen en este tipo de actividades sean personas críticas, reflexivas y replicadoras a lo interno de sus centros de trabajo, para que lleven este tipo de discusión a su ambiente laboral y, de esa forma, crear en esos espacios pequeños foros de discusión que permita generar reflexiones en torno al tema.

Respecto a los aciertos de la Conferencia, al grupo le pareció muy atinada la metodología que se definió de combinar exposiciones magistrales de personas con amplios conocimientos en el tema de la formación de recursos humanos en salud, con pequeños talleres de discusión en grupos de trabajo con participación interinstitucional y transdisciplinaria. Igualmente, se consideró como un acierto el tomar en cuenta a las universidades privadas, porque eso visibilizó y dimensionó la diversidad de opciones que tiene el país para formar su recurso humano más allá de las universidades públicas, lo cual permite el intercambio de conocimientos, de experiencias y, consecuentemente, un mejor abordaje del tema que nos reunió en esa actividad.

COMENTARIOS DE AUTORIDADES Y CONFERENCISTAS

Se les agradece a cada uno de los relatores de los grupos de discusión las presentaciones que han realizado. Seguidamente las autoridades de Gobierno presentes, así como los conferencistas que han participado en la actividad, realizarán comentarios a las presentaciones que hemos visto. Antes de pasar a los comentarios, se hará una breve ronda de presentación para efectos de la grabación y conocimiento general.

ROSA CARRANZA, en representación de la Dra. Alicia Vargas, viceministra Académica del Ministerio de Educación. Al escuchar cada una de las presentaciones de los grupos de discusión pienso que es como estar a lo interno del Ministerio de Educación, en donde hemos abordado en distintos momentos esas mismas discusiones. Somos conscientes de que se debe dar un cambio en el proceso formativo de los estudiantes de todos los niveles, particularmente de secundaria, para que cuando lleguen a la universidad lo hagan ingresando con las competencias blandas que se terminen de fortalecer con la formación universitaria. Precisamente, esta misma semana tenemos un taller donde vamos a trabajar sobre el perfil de estudiante que se quiere y sobre el perfil de docente que se necesita. Va a ser un taller muy enfocado a lograr un cambio para que los estudiantes, desde el colegio, aprendan a trabajar en equipo, aprendan a redactar informes. Para ellos nos hemos apoyado en algunas experiencias de otros países, como México y Colombia. Realmente me siento muy identificada con lo que se ha conversado acá, con los conceptos de transdisciplinariedad e interdisciplinariedad, con el trabajo en equipo, con el pensamiento creativo. Muchas gracias.

SHIRLEY SOTO, directora de la Dirección de Gestión de Calidad Ambiental del Ministerio del Ambiente, Energía y Telecomunicaciones, en representación del Señor Ministro y de la Señora Ministra en ejercicio. Al igual que lo dijo la representante del Ministerio de Educación, los temas que se han abordado en esta Conferencia y que se plasmaron en las presentaciones de los distintos grupos de discusión, son temas que nos estamos cuestionando todos, porque somos un mismo país y todos tenemos los mismos retos. Don Edgar está fuera del país y doña Irene tenía otros compromisos adquiridos con anterioridad y por eso no están acá presentes.

Quisiera hacer algunos comentarios a las conclusiones que presentaron los distintos grupos de trabajo. En cuanto al tema del manejo de información, que fue una constante en todos los grupos, es algo que también nos está angustiando en el Gobierno Central. Nosotros tenemos que dictar normativa. El Ministerio de Salud y el Ministerio del Ambiente son los encargados de emitir toda la normativa que va regular muchos temas, contaminación por ejemplo. Eso es para nosotros un gran problema porque no tenemos información actualizada que nos permita fun-

damentar estos reglamentos con criterio nacional. Muchas veces ustedes se han dado cuenta de que los reglamentos o distintas normas son copiados de otros países que no necesariamente se ajusta a nuestra realidad nacional. El clima que tenemos y las condiciones laborales, nos obligan a que nuestras reglamentaciones sean lo más apegadas a esas realidades que tenemos. Por eso es de vital importancia que trabajemos en el tema de la información, para que ésta sea útil para la toma de decisiones, que sea una información en tiempo real y que sirva para fundamentar reglamentos o normativas pero, también, para la formulación de política pública y para poder tomar decisiones de forma oportuna.

En el MINAE todos los años hacemos una publicación sobre la calidad del aire en el país y, algunas veces, al graficar la información nos aparecen unos picos muy sobresalientes; al pedir una explicación al experto de la Universidad Nacional nos indica que esos picos reflejan unas tormentas que se dieron en el Sahara. Con eso quiero decir que hay problemas que van más allá de nuestras fronteras, como es el caso de la contaminación. Por eso es que debemos trabajar en lograr una información precisa, actualizada y asequible en tiempo real, y para lograr ese tipo de información es obvio que se ocupa igualmente mucha investigación.

A veces, en el Ministerio del Ambiente nos cuesta mucho justificar la prohibición de una sustancia o un producto, simplemente porque no tenemos una investigación que nos dé la información precisa para hacer esa prohibición. Eso me lleva a plantear que debe darse una mayor colaboración de las universidades con los ministerios porque, obviamente, es más fácil para las universidades desarrollar una investigación que para un Ministerio, que no cuenta con recursos económicos ni humanos para hacer investigación en temas de importancia para el país. La investigación en el país debe ser dirigida, debe responder a las necesidades del país y del Estado costarricense. No debe ser una investigación por lo que le interesa a una persona o por lo que le interese a un académico, debe ser una investigación que responda a las necesidades de información que tiene el país para fundamentar la política pública. Muchas veces en el Ministerio hemos solicitado ayuda a universidades para que investiguen un tema que nos interesa y no hemos tenido colaboración. Eso es algo que está mal porque el Gobierno Central no puede hacerlo todo y por eso es que requerimos de la ayuda de las universidades en muchos temas.

Otro asunto importante es que Costa Rica quiere jugar en las grandes ligas. El país quiere entrar a una serie de organismos internacionales y eso nos obliga a estar bien preparados. La mejor forma de hacerlo es contar con información de calidad, con información en tiempo real y eso es un compromiso de todos: Gobierno, universidades, colegios profesionales, etc.

Algo más que me llamó la atención es lo que se abordó en las presentaciones respecto a qué perfil debe tener el profesional en ciencias de la salud. Para mí, debe ser un profesional más respetuoso. Cuando una persona se acerca a un profesional en ciencias de la salud, sobre todo en Medicina, ese profesional trata a esa persona como un ignorante. El pueblo de Costa Rica es un pueblo educado y no se le puede tratar con cinismo cuando se va a una consulta médica, todos tenemos capacidad de entender. El profesional de las ciencias de la salud debe ser más

amplio y simple en las explicaciones cuando está atendiendo a una persona enferma.

En el contexto global Costa Rica ha ratificado casi todos los convenios internacionales. En estos momentos tenemos ratificados muchos que tienen que ver con sustancias químicas y en cada uno de ellos tenemos que hacer un plan de acción para abordar esos temas a nivel nacional. Solo en el MINAE llevamos tres convenciones de ese tipo: una que se llama de Estocolmo, que tiene que ver con contaminantes orgánicos persistentes; otra que se llama de Montreal que tiene que ver con la protección a la capa de ozono y otro que estamos a punto de iniciar que es el de Minamata que tiene que ver con el manejo del mercurio.

Para todos esos protocolos el MINAE tiene que hacer un plan de acción de las consecuencias que se deriven de esos convenios y, por eso, nuestra institución ocupa la ayuda de las universidades para realizar investigaciones que permitan “bajar” esos convenios a la realidad nacional, para que esos planes no sean hechos desde un escritorio sino que tengan datos de la situación en el país. Por eso desde el MINAE los invitamos a participar con nosotros en estos procesos, ustedes desde la parte de la investigación y nosotros desde la parte de la formulación de la política pública. Muchas gracias.

ROSA MARÍA BORRELL, OPS. Desde el punto de vista de las presentaciones, de las discusiones e incluso de la convocatoria que se hizo a distintos actores del sector salud, ha sido una convocatoria amplia y si se quiere poco común. En 25 años de estar trabajando con la OPS yo nunca vi que un Presidente de la República inaugurara una jornada de trabajo de esta naturaleza, lo que significa que desde el más alto nivel político a un espacio de trabajo como este se le dio la importancia que realmente tiene. Por eso, me parece que en función de esa importancia que el mismo Presidente le ha dado, esto no puede quedarse en una jornada más. Hay que continuar trabajando y, en ese sentido, me parece que aquí han surgido muchas ideas, muchas dudas, muchas inquietudes y muchas propuestas innovadoras que se deben seguir profundizando con otros actores que no se hicieron presentes en esta jornada por múltiples razones. Sobre todo, me parece que hay que seguirla profundizando con todos y cada uno de los docentes de todas y cada una de las universidades de este país, públicas y privadas.

En ese sentido, yo propongo elaborar dos agendas: una que sea interna para cada una de las facultades y universidades donde se puedan recuperar los materiales que aquí se han grabado, las discusiones que se han hecho y las conclusiones que se han presentado, para que en cada uno de esos lugares se establezcan grupos internos de discusión. Por otra parte, hay materiales diversos que hemos colocado en la presentación de ayer, que tenemos en la plataforma del Observatorio de RRHH, con múltiples experiencias de universidades que están haciendo cambios en sus países y que se pueden utilizar como un insumo para provocar la discusión y la reflexión. La segunda agenda que quiero proponer es interinstitucional, para dar seguimiento a lo aquí planteado y con los actores que han participado en esta primera jornada pero, también, con muchos otros que no pudieron incorporarse porque creo que en estas jornadas nos faltaron temas. Hay temas de sobra para generar una agenda de largo plazo, para discutir a lo

interno y también en este espacio interinstitucional.

Yo diría que se debe generar una agenda que sea inteligente, ágil y novedosa. No nos podemos quedar en las agendas tradicionales. Tenemos que mirar hacia el futuro y dilucidar qué es lo que Costa Rica requiere para los próximos años.

Finalmente, quiero decir que un tema que me pareció ausente en las discusiones es el tema de la responsabilidad social de la enseñanza y de las facultades en ciencias de la salud. Creo que ese es un tema que está colocado en varios foros mundiales, donde se están generando indicadores para medir la responsabilidad social en ciencias de la salud. Si queremos estar en el primer mundo, como dijo la funcionaria del Ministerio del Ambiente, tenemos que entrar en esa revisión de qué es lo que hacemos y con qué es lo que nos vamos a comprometer para el futuro.

Aprovecho para felicitar al Dr. Luis Bernardo Villalobos, al Ministerio de Salud y a la CCSS por esta iniciativa que han impulsado con mucho entusiasmo, y espero que se siga debatiendo por un tiempo bastante amplio. Muchas gracias por la invitación.

JAIME GÓMEZ, Universidad de Antioquía, Colombia. Yo quisiera realizar dos reflexiones. En primer lugar reconocer la riqueza de la discusión que se ha realizado hasta el momento sobre la temática de modelos de atención y su relación con la formación del recurso humano con la intención de mejorar las condiciones de salud de la población. Ese último aspecto es, desde mi punto de vista, el principal objetivo de este tipo de actividades: ver de qué manera se le da a la comunidad, a la población, servicios de calidad.

Comparando lo que aquí he escuchado con la realidad de Colombia en el tema de políticas públicas relacionadas con el talento humano, en Costa Rica tienen una ventaja y una potencialidad muy grande: se trata de los colegios profesionales. Eso les permite tener conocimiento de cómo anda la formación profesional en cada disciplina. Si en Colombia nos llegaran a preguntar cuál es el número de profesionales que tiene cada una de las ciencias de la salud, creo que nos gastaríamos unos dos o tres años recogiendo esa información y cuando lo llegáramos a tener listo resultaría que estaríamos desactualizados. Reconozcan esa potencialidad que tienen en Costa Rica de una capacidad de información que es el fundamento para la formulación de política en formación de recursos humanos.

El segundo aspecto que me llamó la atención es que, prácticamente, en todos los grupos de discusión se reiteró el tema de la investigación. Ese es un campo importante pero quiero hacer dos precisiones: en Colombia hablamos de investigación formal y de investigación formativa, diferenciando dos modalidades. La investigación formal generalmente la hemos traducido a los cursos de metodologías de investigación y eso es algo que debe trascender, es decir, se deben fomentar los grupos de investigación y líneas de investigación sobre temas relacionados con las necesidades del país. Es muy frecuente que los académicos e investigadores tengan sus obsesiones muy particulares con ciertos temas, pero que no respondan necesariamente a lo que ocupa la sociedad. Cuando existe un grupo de investigación y se les da oportunidad a los

estudiantes de participar en esos grupos, el aprendizaje es mucho mayor porque el estudiante asume esa tarea no como la de un simple curso, sino que se le despierta el interés por la investigación como una actividad que nosotros denominamos como de “componente flexible”, en donde se le asignan créditos por la participación en ese grupo de investigación.

Por otra parte, la investigación formativa tiene que ver con la promoción de una actividad, de una actitud por la pregunta, por la pesquisa. Una actitud donde la persona siempre está preguntándose y buscando respuesta a las inquietudes. Eso es fundamental en un mundo donde el conocimiento se va renovando cada vez más aceleradamente, al extremo que nos plantea incertidumbre de la situación que estaremos viviendo dentro de 10 o 20 años. Por eso, en la investigación formativa lo más importante es ir más allá de transmitir conocimientos, lo que se debe buscar es aprender a aprender.

Otro tema sobre el que voy hacer un comentario es el de la pertinencia. La pertinencia, según alguna literatura, tiene dos campos o ámbitos: la pertinencia académica y la pertinencia social. La pertinencia académica se refiere a la alineación que hay entre el conocimiento que trasmite una determinada unidad académica con ese conocimiento en el contexto global y mundial. Es decir, que yo desde la Facultad de Medicina esté abordando el proceso salud-enfermedad no desde la triada ecológica sino desde los determinantes de la salud, que es el conocimiento más actualizado que se ha logrado a nivel mundial. La pertinencia social, por su parte, se refiere a la capacidad de ese conocimiento de dar respuesta a los problemas de una determinada sociedad en un momento histórico. Muchas veces esas dos pertinencias están en frecuencias distintas, por no decir que en tensión, porque resulta que lo más común es que una institución esté muy alineada con la pertinencia académica pero se ha olvidado de los problemas sociales relevantes.

Así, es usual que en nuestras sociedades nos encarguemos de aquellos problemas de salud poco frecuentes, para no decir “raros”, altamente tecnificados, y dejamos de lado aquellos problemas de salud más comunes, que no requieren tecnología sino de atención y trabajo en equipo.

Finalmente, haré una última reflexión que seguramente va generar reacciones entre ustedes, pero eso es precisamente lo que quiero provocar. Aquí se ha hablado mucho del humanismo pero se me ocurre una frase que propuso alguna vez Nietzsche: “humanos, demasiado humanos”. No será que es necesario de pronto pensar en el giro copernicano, donde se pasó de pensar que la tierra era el centro del universo para entender que el sol era el centro del universo. No será que nosotros, actualmente, tenemos que pensar que el centro de la tierra no es el ser humano sino que hay una serie de relaciones donde el insecto menos imaginado puede ser tan importante como el ser humano. Rebajar un poco la gran importancia que le estamos dando a la humanidad para darle lugar a los distintos seres que habitan en este mundo. Puede ser que esta reflexión sea problemática en el enfoque de la humanización de la medicina pero, quizá, tenemos que deshumanizar nuestra perspectiva de mundo para generar nuevos equilibrios.

Creemos que cuando hablamos de tecnología nos estamos deshumanizando pero, ¿acaso la tecnología no son artefactos humanos?, ¿la violencia no es esencialmente humana? Sí, es esencialmente humana. Me pareció importante generar una reflexión sobre este tema porque creo que estamos en un momento en donde vemos lo “humano” como lo preponderante o lo fundamental y, a lo mejor, en eso hay un problema que estamos obviando o evadiendo. Muchas gracias.

JACQUES GIRARD, Universidad de Laval, Canadá. Cuando hago un repaso de las líneas orientadoras, todos los grupos han identificado palabras claves. Todos se refieren a la realidad del país, a las necesidades de la población. El enfoque humanista me llamó mucho la atención porque significa que en el fondo sí se quiere y hay interés en servir mejor a los costarricenses. La parte ética también fue una constante en todos los grupos y me parece que esa es también una señal importante porque se busca hacer cosas de manera cuidadosa, respetando algunos valores de base.

También se mencionó mucho el tema curricular de las carreras y del interés que hay por ver de qué manera se logran cambiar y actualizar a los tiempos actuales. Se habló de estandarizar, de acreditar y hasta de regular y todo eso tiene como trasfondo el derecho a la salud como un servicio fundamental que, además, debe ser brindado con calidad y basado en evidencias, de ahí la importancia que le han dado también al tema de los sistemas de información, que resultan fundamentales para comprender en plenitud la realidad que tiene la sociedad costarricense y así tomar decisiones.

Actividades como estas demuestran que tanto las instituciones de Gobierno, el Ministerio de Salud y la CCSS así como las universidades, están encaminados en la misma ruta, y tal parece que con la intención de trabajar conjuntamente y fortalecer así el proceso de rectoría en salud. En términos de perfiles, me quedó claro que en Costa Rica se quiere tener un profesional formado con ética, respetuoso del derecho a la salud que tiene la población y que, además, sea un agente de cambio.

En lo relacionado con la calidad y la pertinencia, en Costa Rica, al igual que en muchos otros países, incluyendo Canadá, deben dar lugar al debate de cómo lograr que el sistema y los servicios de salud logren satisfacer las necesidades de la población. En ese sentido, algunos grupos en sus presentaciones hicieron un listado de criterios importantes a tomar en cuenta: la formación del docente, la actualización curricular de las carreras, la estandarización de contenidos, la acreditación, la regulación efectiva del ejercicio profesional. Se mencionó también la participación social y eso, aunque ustedes no lo crean, para nosotros en Canadá es muy orientador porque en los países anglosajones no tenemos procesos de participación social tan enriquecedores como sí los tienen en Latinoamérica, como también tienen bien desarrollado el pensamiento crítico. En cuanto a la investigación, que también fue común en todos los grupos, debe ser vista como una forma de concretizar lo que se está haciendo y hacia dónde se quiere avanzar.

Algunos grupos mencionaron que se siente en el sistema una apertura para impulsar un proceso de cambio. Creo que eso es algo que se confirma con esta actividad y la convocatoria

de actores que tuvo y es algo que se debe aprovechar en todas sus dimensiones. Por eso es importante que logren crear los mecanismos necesarios que les permita tener vivo este debate luego de este evento. Ustedes deben seguir debatiendo, dialogando sobre los temas que se ha conversado este par de días; estoy seguro que lo van hacer dejando de lado los intereses particulares y dando lugar a los intereses de los costarricenses. Eso lo dijo ayer el Presidente de la República, quien expresó que esperaba que las discusiones y conclusiones de este evento contribuyan a la formulación de una política pública para la formación de recursos humanos en salud. Eso es algo de suma importancia porque el Presidente le está dando al personal de salud el papel que tiene dentro de una sociedad como agente de cambio.

En las décadas de 1980 y 1990 se cometieron grandes errores en muchos países cuando, como parte de los procesos de ajuste económico, se prescindió de buena parte del personal de salud. Hoy día sabemos que cualquier proceso de reforma, del tipo que sea, no se puede hacer sin el personal de salud, sin los profesionales en salud. Por eso cuando ayer escuché al Presidente de la República diciendo que la formulación de una política pública de recurso humano en salud debe salir de un grupo de trabajo integrado por actores del sector salud y de otros sectores, es un escenario que todos soñamos.

Finalizo mi participación retomando la experiencia que tuve en Chile cuando se restauró la democracia. A partir de ese momento se hicieron fuertes inversiones por parte del Gobierno en dos sectores: educación y salud. Esas inversiones, que algunos consideraron gastos, lograron reducir la brecha de la pobreza y desigualdades en Chile. Ciertamente no se logró eliminar esos problemas sociales pero el punto es que cuando los gobiernos se decidan a invertir recursos en educación y en salud vamos a tener sociedades más justas, más equitativas y más seguras, porque al reducirse las brechas también se reduce la violencia y la criminalidad. Ayer don Bernal Herrera dijo que en Costa Rica la calidad de vida es sagrada, pero que esa calidad de vida se está viendo afectada por tener que vivir en casas con rejas. Por eso estoy seguro de que la agenda que surja luego de esta Conferencia contribuirá a mejorar la sociedad costarricense y, posiblemente, en algunos años ya no tengan que vivir entre tantas rejas. Por eso les felicito y les aliento a seguir adelante, y quienes estamos acá y somos de otros países vamos estar muy al tanto de lo que ustedes formulen con las discusiones aquí iniciadas. Muchas gracias.

YAMILETH ASTORGA, AyA. Si bien no logré participar los dos días del evento, comprendo muy bien el objetivo de la Conferencia y por eso desde el espacio que represento no dude en darle todo mi apoyo. Durante todos mis años de vida académica siempre busqué e impulse procesos transdisciplinarios.

Como bióloga de formación estoy muy de acuerdo con la reflexión final que hizo el profesor Jaime, en el sentido de que la salud va más allá de lo humano, de las personas. Por eso desde hace ya bastantes años he centrado buena parte de mis esfuerzos en la gestión ambiental y, particularmente, en el manejo del recurso hídrico. Es increíble ver como Costa Rica logró los índices de salud, ciertamente, por el sistema de atención que tenemos, pero también, por la

cobertura del servicio de abastecimiento de agua potable que tiene el país. Hay una relación directa entre consumo de agua, disponibilidad de agua y educación. Lamentablemente, aún tenemos una brecha enorme en materia de saneamiento, e incluso, el sistema de saneamiento por el cual optó el país puede ser un grave problema para nuestro desarrollo en el mediano y largo plazo, ya que el uso generalizado del tanque séptico puede poner en riesgo las aguas subterráneas de algunas partes del país, siendo esas aguas las que sirven para abastecer a la población de agua potable.

Como les dije ahora, soy defensora incondicional del trabajo transdisciplinar. Cuando asumí el AyA la institución tenía una gran cantidad de conflictos sociales por el agua y nadie había considerado necesario llevar a cabo trabajos participativos con las comunidades. Por eso, con mi gestión, una institución que siempre se había considerado de ingenieros y abogados empezó a incorporar otras disciplinas profesionales porque crear un acueducto va más allá de una obra de ingeniería o de asuntos legales. Un acueducto se inserta en un territorio y en ese territorio hay población, actividades económicas, prácticas culturales que deben ser atendidas, evaluadas e integradas para salvaguardar el recurso hídrico que, como dije anteriormente, ha contribuido considerablemente a los índices de salud que ha logrado el país, pero que en los últimos años por un serie de factores globales como el cambio climático, el fenómeno del Niño o por afectaciones internas, como malas prácticas agrícolas, urbanización sin planificación, entre otras, han hecho que disminuyan las fuentes de agua.

Todo acueducto necesita de disponibilidad hídrica y de disponibilidad hidráulica, es decir, primero debemos contar con el agua y luego necesitamos de la inversión para generar la capacidad hidráulica. El problema que tenemos es que las dos cosas se han abandonado y las dos cosas están afectadas y por eso tenemos una gran cantidad de conflictos por el agua, tanto en aquellos administrados por municipalidades como los administrados por grupos comunales, que representan poco menos del 50 % de los sistemas de abastecimiento. El otro 50 % de los acueductos del país los administra el AyA y son los que tenemos más regulados y bajo mayor control sobre las fuentes de agua, por lo que sabemos hacia dónde podemos crecer. Sin embargo qué va pasar con ese otro 50 % si no contamos con fuentes de agua limpias, seguras y si no contamos con esas inversiones. Todos los días estamos apagando incendios y de esa forma ningún país puede avanzar.

Todo eso es resultado de la falta de inversión y de planificación tomando en consideración el recurso hídrico, porque se han hecho acueductos con fuentes locales y son esas fuentes las que se están agotando, con el agravante de que el ciclo de un proyecto nuevo en el AyA es de ocho años, y también por el hecho de que cuando se piensa en agua se piensa casi siempre en el uso de consumo, es decir, el agua para tomar y aseo, pero lo cierto es que cuando se piensa en el agua hay que abarcar todos los usos que el agua tiene.

Eso nos lleva, obligatoriamente, al ámbito de los ecosistemas, que es un gran tema país y en donde la gestión del agua no es solo un tema de ingenieros o abogados, sino de promotores

de la salud, de salud ambiental y por supuesto de médicos, sociólogos, antropólogos y de otras disciplinas. Por eso en el AyA ya hemos realizados cambios en la visión y misión de la institución, para encaminarnos en esa ruta del trabajo transdisciplinario. Muchas gracias.

ROCÍO SAÉNZ, Presidenta Ejecutiva CCSS. Sin duda el tema de la formación del recurso humano en salud, como se ha visto en estos dos días, es toda una trama. Es un tema que involucra no solo a las universidades, sino es un reflejo de la sociedad. No se trata solamente de la apuesta que hacen las universidades a nivel de currículo. A veces uno se pregunta ¿qué es primero y qué es después?, ¿la formación del recurso humano y la transformación de la sociedad o la sociedad y la formación del recurso humano? Realmente cada vez estoy más convencida de que esta cultura de la prescripción ante los males sociales sin profundidad, de las causas y de las raíces de las causas, es algo que está muy enraizado en la sociedad costarricense y en las personas que trabajamos en salud. Es decir, es más fácil encontrar recetas para combatir la pobreza que entender cómo es que se genera la pobreza. Es más fácil que la gente de recetas para crear fuentes de empleo, que entender porque los jóvenes tienen tantas dificultades para encontrar empleo.

Por eso digo que hay una cultura de prescripción que domina la sociedad y de la cual la formación de recursos humanos en salud no es ajena. Los modelos de atención en salud tampoco le son ajenos a ese contexto social y nos corresponde a nosotros, todos, en forma interdisciplinaria, integrada e integradora y bastante crítica, el poder romper esa tendencia. Por eso, luego de escuchar las presentaciones de los grupos y los comentarios de expertos me queda muy claro que en el sector salud, o en el sector educativo, podemos seguir debatiendo, pero si no es algo que se asume como un tema país es muy difícil que podamos avanzar. Creo que el Presidente de la República ayer lo colocó en esa dimensión. Realmente todos los que estamos aquí debemos hacer un esfuerzo para llamar a todos los que no estuvieron aquí y que tienen un grado de responsabilidad y de acción en este sentido.

Los padres y madres de familia, los jefes y jefas de hogar, los profesionales del sector salud. Todos en un momento u otro también terminamos prescribiendo y no profundizando en el análisis. Retomando el comentario del profesor colombiano, tenemos que volver a preguntarnos ¿y por qué? ¿será que eso es lo que tenemos que seguir haciendo o podemos hacerlo diferente? El tema de la investigación y una lectura crítica de la realidad es lo que permitirá el cambio. Es muy fácil decir que queremos un cambio, pero el cambio pasa por nosotros mismos en los diferentes espacios: como docentes, como miembros de una familia, como líderes, como tomadores de decisiones. No nos podemos desligar tan fácilmente, no es posible que uno tenga una ética como funcionario de alguna institución y otra ética como miembro de una familia. Uno no puede tener una ética como miembro de una comunidad y otra ética como encargado de la toma de decisiones. Decir que se debe tratar de ser más humanista y que se debe tener más ética no es lo esencial. Acá lo fundamental es encontrar la vía costarricense para lograr esos cambios.

Costa Rica siempre ha marcado un camino muy propio como país. Es un camino en el que

tratamos de aprender de lo que sucedió en otro lado, digamos Chile con los procesos de reforma, para que no nos golpeará tanto. Nos golpeó algo, pero no tanto.

En el tema de pensiones, no nos fuimos por el tema de las pensiones individualizadas, fortalecimos las pensiones colectivas de un régimen escalonado. No nos fuimos por lo que nos decían los otros, aprendimos el camino y decidimos tomar las riendas del futuro que queríamos heredar para las siguientes generaciones.

Creo que el tema de la formación de recursos humanos y el modelo de atención nos está diciendo que estamos dispuestos a asumir nuevamente ese mandato de esta generación, ¿estamos dispuestos a asumir ese reto? Bueno, entonces lo debemos asumir todos juntos con un gran nivel de responsabilidad. Obviamente desde la seguridad social nosotros tenemos un campo de acción muy específico que es desde la prestación de los servicios de salud. Pero si nosotros nos ubicamos desde el paradigma global de los determinantes de la salud, tenemos que reconocer que nuestro sistema de salud es un determinante más, no es una consecuencia como a veces lo abordamos.

Hay sistemas de salud que pueden mantener la equidad, hay otros que pueden acrecentar la inequidad. Otros toman el camino para disminuir la inequidad. Así, yo creo que la gran ruta que tenemos que asumir es lograr un sistema de salud que luche y que vaya en contra de esa inequidad, no solo de las desigualdades. La inequidad requiere una postura ética y una postura de asumir responsabilidades y eso es lo que estamos tratando de hacer en la CCSS.

COMENTARIOS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE NO IDENTIFICADO. Como médico privado que debo estar brindando atención a los pacientes que no encontraron solución dentro de sistema público de salud, debo agradecer la oportunidad de estar acá y de representar a esos pacientes y sus quejas. Creo que precisamente todos debemos trabajar juntos para lograr cambios que son indispensables y, de esa forma, evitar que el 80 % de las consultas y muertes que ocurren en este país sea por enfermedades crónicas que implican la provisión de medicamentos para mantener con vida a esos pacientes, sin que se haga investigación para lograr, si no la cura de esa enfermedad crónica, ver de qué manera esa enfermedad crónica deja de serlo. No todo debe reducirse a la farmacología. La ciencia ha avanzado mucho y hay muchas técnicas que podrían contribuir con los pacientes crónicos, no solo los medicamentos. Más del 70 % de nuestro cuerpo son bacterias y por eso debemos acercarnos a la microbiota para buscar otro tipo de soluciones para la atención de nuestros pacientes. Ya hay tecnologías para aprovechar la biofísica para apoyo diagnóstico y para apoyo terapéutico. Es difícil de comprender cómo a nivel de universidades y de docentes, no se apoyen en esas nuevas tecnologías para formar profesionales. Muchas gracias.

DR. ÁLVARO SALAS. Creo que lo importante en este momento es definir qué sigue. La Dra. Borrell planteó dos agendas y por eso creo que ahora lo que sigue es definir planes de trabajo a lo interno de las escuelas de medicina y de otras carreras. Pocas veces he visto en mis años de trabajo tanta institución interesada en lograr cambios y por eso me parece que este momento no se debe dejar pasar, tenemos que abocarnos al trabajo de forma rápida y fijar plazos para que quizá, a más tardar a fin de año, se tenga un cronograma bien definido de las actividades a realizar, con sus metas y responsables. Muchas gracias.

DR. MARINO RAMÍREZ. El siguiente es un mensaje y reflexión que me pidió realizar el Dr. Castillo, presidente de la Junta Directiva del Colegio de Médicos. Esta actividad, donde han participado una gran cantidad de disciplinas es algo relevante, y por eso la alianza que se ha establecido en los últimos años con la UCR llevando a cabo una serie de foros para la discusión de temas de importancia para el país, es un buen paso y por eso el Colegio de Médicos ha estado y estará en la mejor disposición de colaborar con la UCR en este tipo de actividades que contribuyen a que las autoridades que toman las decisiones de la política pública tengan elementos de juicio para tomar esas decisiones. Por eso, para el Colegio de Médicos es un honor ser la sede de este tipo de eventos y contribuir con los cambios que el país requiere en materia de salud pública. Muchas gracias.

REPRESENTANTE DE LA DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES. Es importante instar a las autoridades que toman decisiones en el país a que incorporen en sus actividades concretas y planes de acción todos los insumos que se generen de esta Conferencia. Por eso es importante definir

agendas concretas de trabajo y cuenten con la Defensoría de los Habitantes para dar el seguimiento a todas las propuestas que puedan surgir de esas agendas de trabajo. Muchas gracias.

DR. LUIS VILLALOBOS. Como comentario de cierre y retomando las últimas reflexiones, debo decir que precisamente en el programa de la actividad no utilizamos la palabra “clausura”, porque la idea es que este proceso siga abierto. Ahora lo que sigue es justamente la sistematización de lo que ha pasado estos dos días. Este fue un espacio de reflexión realmente útil que ha generado una serie de materiales que esperamos sean considerados al momento de formular una política nacional sobre recursos humanos en salud, incluyendo las competencias básicas que debería tener el profesional en ciencias de la salud del país.

¿Qué sigue ahora? Bueno, lo primero que se debe hacer y que será responsabilidad de la Facultad de Medicina de la UCR es procesar todos los materiales aquí generados, y me refiero a las grabaciones de las conferencias, a las discusiones internas de cada uno de los grupos de trabajo y las presentaciones que realizaron. Una vez que todo eso esté listo se habilitará un medio digital para compartirlo con ustedes. Esos materiales podrán ser utilizados libremente por cada uno de ustedes y de sus instituciones. Lo segundo será sistematizar todos esos materiales para hacer una publicación (escrita y digital) que saldrá posiblemente en el mes de septiembre de este año.

Se agradece a los miembros de la Comisión Organizadora, conferencistas invitados, autoridades de gobierno y a todos los participantes. Asimismo, al personal del Decanato de la Facultad de Medicina y se comenta que se postulará al personal administrativo del Decanato en la próxima convocatoria para el reconocimiento al funcionario universitario.

ALGUNOS ASPECTOS
QUE DESTACARON EN ESTA
CONFERENCIA



ALGUNOS ASPECTOS QUE DESTACARON EN ESTA CONFERENCIA³

En esta Conferencia participaron una diversidad de disciplinas, sobre todo del área de la salud: medicina, farmacia, enfermería, imagenología, economía, administración educativa, educación, nutrición, ciencias del movimiento humano, administración, biología, salud pública, epidemiología, biología, ciencias del movimiento humano, sicología y promoción de la salud, entre otras. Asimismo, hubo representación de diversas instituciones públicas y privadas, incluyendo las de educación superior.

La multiplicidad de actores profesionales e institucionales representados en esta Conferencia posibilitó tener una reflexión exhaustiva acerca de la temática analizada. En cada uno de los apartados de este documento hemos descrito con detalle las diversas posiciones o enfoques que surgieron a partir de las exposiciones de los expertos invitados y de los trabajos de discusión en las subplenarias y la plenaria general. De esas reflexiones surgen algunos aspectos que se pueden destacar en este diálogo institucional.

Esta Primera Conferencia sirvió para delimitar algunas tendencias, así como retos y desafíos para la formación de profesionales de la salud, en el marco de un modelo de atención que debería promover una atención integral del proceso salud-enfermedad en el país. La actividad podrá contribuir con un proceso formativo de profesionales de la salud orientado por una clara comprensión de los determinantes sociales de la salud y su respuesta social y gubernamental basada en la participación, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad.

En este capítulo destacamos algunos aspectos que creemos merecen una mayor reflexión a partir de los diálogos que hemos transcrito en esta publicación.

Contradicciones entre el Modelo de Atención y la Formación de Recursos Humanos

En las distintas actividades que formaron parte de la Conferencia surgió como tema recurrente la contradicción que existe entre el modelo de atención al que el país aspira y el proceso de formación de recursos humanos.

³ Elaborado por el Dr. Luis Bernardo Villalobos Solano, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, con base en las presentaciones y diálogos que surgieron en esta Primera Conferencia. San José, Agosto 2015. luis.villalobos@ucr.ac.cr Agradezco al Dr. Mauricio Vargas Fuentes, Director de la Escuela de Salud Pública, al Dr. Horacio Chamizo García, Director de la Escuela de Tecnologías en Salud, a la M.Sc. Carmen María Vázquez Peñaranda, Dirección Garantía de Acceso a Servicios del Ministerio de Salud y la M.Sc. Mario Piedra González, Profesor de la Escuela de Salud Pública por sus sugerencias y aportes en la revisión de este texto.

Como se mencionó en la actividad, al analizar el modelo de atención es necesario reflexionar también acerca de ¿cuál es el profesional que el país necesita?, ¿cuál es el profesional que el país está en condiciones de emplear?, ¿cuál es el profesional que el país requiere como factor de cambio para sustituir la natural renovación vegetativa o demográfica del personal de salud? Pero como se indicó también, estas preguntas serían insuficientes si no pensamos que hay un periodo que no siempre coincide, entre la correcta identificación de las necesidades del país, el diseño de los planes de estudio y la formación propiamente dicha de los profesionales que se egresan.

Al tratar el tema de recursos humanos en salud es preciso definir quiénes son profesionales en ciencias de la salud y quiénes no. Eso va muy de la mano del tipo de referente que se utilice sobre el concepto de salud y de modelo de atención. Un enfoque no conservador nos diría que es importante que se incluya dentro del Sistema Nacional de Salud como profesionales de ciencias de la salud a profesionales no médicos, que podrían hacer sus aportes en la búsqueda, solución y atención a problemas de salud tanto en el plano individual como colectivo, de manera que con ello se pueda trascender el enfoque biomédico y fármaco-céntrico que es el dominante.

El concepto de salud-enfermedad en algunas ocasiones, sobre todo en el caso de la formación médica, se aborda con un enfoque biólogo, sin hacer referencia a los determinantes sociales de la salud y mucho menos en la necesidad de realizar una transformación social de los entornos que, algunas veces, generan las enfermedades.

En ese sentido, como se señaló en este evento, uno de los objetivos de la última reforma del sector salud fue darle más énfasis a la prevención y la promoción de la salud, así como a la atención primaria en todos los niveles de atención; sin embargo habría que revisar el grado en que esta nueva orientación permeó la formación de profesionales en salud. No se puso en duda eso sí que el modelo de atención en salud costarricense necesite profesionales -sobre todo médicos- con crecientes niveles de especialización y sofisticación, capaces de entender y atender las viejas y nuevas enfermedades que aquejan a nuestra cambiante población, con los últimos adelantos de la ciencia y la tecnología, pero que complementariamente tengan una formación para entender los diversos determinantes del estado de salud de las personas.

Algunos participantes también destacaron la contradicción en cuanto al espacio de formación de algunos profesionales como los de Medicina, en donde el proceso formativo se da fundamentalmente en el tercer nivel de atención, pero una vez que se gradúan, su práctica profesional se da fundamentalmente en el primer nivel de atención, en donde muchas veces atienden un perfil demográfico y de morbilidad muy diferente al que les correspondió ver y estudiar durante el proceso formativo.

A esta situación se agrega que durante el proceso formativo se da poca interacción con otras disciplinas, lo cual condiciona un enfoque unidisciplinario que dista mucho de la realidad que se vive día a día en el proceso de atención de la salud, donde se procura un abordaje interdisciplinario y, de ser posible, inter-institucional. Todos estos elementos conjugados pueden incidir en la capacidad resolutoria del primer nivel de atención del sistema público de atención

médica que se manifiesta en las amplias listas de espera que tiene el país en lo que respecta a la atención por parte de los especialistas. Ello conlleva, a la vez, una especie de entropía dentro de la gestión institucional de la CCSS, dado que no se articula adecuadamente la capacidad resolutoria por niveles de atención y de complejidad y esto genera un perjuicio para la población que la Institución atiende y para sus finanzas.

En otro orden, las incoherencias entre el modelo de atención y el proceso formativo se manifiestan, además, en agregación de contenidos por área de especialización con temas que algunas veces se repiten, pero se enfocan de manera diversa y en donde se utilizan técnicas didácticas tradicionales, especialmente la conferencia magistral y una evaluación memorística. Además, aun cuando el modelo de atención que se persigue desarrollar rige para todo el país, la formación es de tipo centralizada en la mayoría de hospitales nacionales, generales y especializados, basada en lo que se denomina el ámbito “vallecentralista”, sin tomar en cuenta algunas veces las especificidades regionales y otras características del contexto socio-económico y de diversidad cultural.

Se planteó que cerca del 80 % de los problemas de salud que enfrenta la población del país tienen una solución en lo local, en la comunidad y que solo el 20 % debe ser resuelto a nivel hospitalario. Sin embargo, el modelo que tiene la formación del recurso humano en salud es diferente: se enfatiza la formación especializada en el tercer nivel, en lo hospitalario y no en lo local, en lo comunitario. Debe ampliarse y volcarse la formación para que los profesionales sepan trabajar en las áreas de salud, en los EBAIS.

En síntesis, es necesario lograr una coherencia y una visión de mediano y largo plazo entre el modelo de atención posible y la formación de profesionales óptimos, para que con su labor se puedan obtener las metas en salud y desarrollo que hemos acordado como sociedad nacional. Esta decisión es un imperativo esencial para poder cruzar esa especie de puente en el que nos hemos quedado inmovilizados.

Crecimiento del Sector Privado de la Salud y la Formación de los Recursos Humanos

Quizá el más importante cambio político-estructural que recientemente han experimentado los modelos de salud y de formación de profesionales en salud en varios países, incluido Costa Rica, es el crecimiento del sector privado. Han surgido numerosas clínicas privadas y algunos establecimientos de salud, privados tradicionales, adquieren características de hospital.

El sistema público de salud sigue siendo, por tamaño y por servicios, el más importante del país, pero el sector que parece crecer más es el privado. Ello es aún más notorio en la formación de profesionales. Como se apuntó en la Conferencia, la Universidad de Costa Rica sigue siendo la universidad pública que forma más profesionales en salud y sus graduados son, hoy en día, dentro del Sector Salud, una minoría. Datos muestran que 20 de las 53 universidades privadas ofrecen

bachilleratos y licenciaturas en el área de la salud. En el trienio 2008-2010, la UCR graduó 1273 bachilleres y licenciados en salud, y las universidades privadas 8530, equivalentes al 87 % del total.

Paradójicamente, aunque el sector privado de servicios de salud y el de formación de profesionales en el campo han crecido de forma paralela, recursos tan importantes para la formación de profesionales, como los cupos clínicos, dependen mayoritariamente de las instituciones públicas de salud, en este caso, básicamente de la CCSS. Dicho de otra forma, no parece que el sector privado de servicios de salud haya tenido la iniciativa de contribuir, de forma significativa, a los procesos de formación de sus pares educativas. Esto podría estar creando inequidades, si lo vemos desde una doble vía, ya que los estudiantes de las instituciones privadas tienen acceso a la institucionalidad pública, pero no se da el proceso a la inversa. Asimismo, se mencionó que es preciso tomar en consideración que si hay una mezcla público-privada dentro del sistema de salud, esa una variable a considerar en un país como Costa Rica en donde las cifras mencionan que el 30 % de la población está accediendo a los servicios privados.

El Modelo de Atención como asunto Político-Estratégico

Como lo indicó la Dra. Claudia Naranjo en su exposición del caso de Territorios Saludables en Bogotá, *"el modelo de atención debe garantizar el pleno derecho a la salud de la población, con oportunidad, accesibilidad, adecuación, calidad y calidez, teniendo en cuenta la diversidad de las poblaciones y contribuyendo de este modo a disminuir la segregación e inequidad social"*.

Este enfoque -como planteó la Dra. Naranjo- garantiza una alternativa más centrada en la promoción de la salud, en promover la calidad de vida y en la construcción social de la salud como un proceso intersectorial, como un proceso de amplia participación social, dialogando fuertemente con el sistema de salud y una organización de la prestación de los servicios que tenga un componente extramuros, vinculado con los servicios de atención de la salud y del bienestar de la población, lo cual garantiza que la salud se aborde desde todas las políticas.

Por ser el modelo de atención un asunto estratégico en la vida del país, la universidad debe ser actor protagónico en la formulación y gestión de la política pública en el campo de la salud. Ello implica aprender como universidad y como universitario y universitaria, a hacer incidencia política, un tema poco trabajado, poco desarrollado pero esencial si se quiere realmente aportar a la política pública. La provisión de servicios de salud es un espacio público donde convergen actores públicos y privados, es por ello que debe ser regulado por el Estado para promover una gobernanza sistémica que asegure la salud de todos los habitantes del país.

La importancia estratégica del modelo de atención también reside en su influencia para regular la producción del "personal de salud". Por ejemplo, en Canadá- como mencionó uno de los expositores- se han llegado a tomar medidas concertadas entre el Gobierno, las Universidades, las Asociaciones Gremiales y Sindicales, de forma tal que el proceso de formación se ha modifi-

cado incluso en lo que respecta a la planificación a mediano y largo plazo del personal médico que requiere el país, así como al tipo de especialista (en Canadá no hay médicos generales en ejercicio), ya que en ese país hay cuotas establecidas para que las plazas de residentes de Medicina Familiar, al menos del 50 %, debido a que su modelo está fundamentado en la atención primaria de la salud con un primer nivel de atención muy fortalecido.

Como lo mencionó el Dr. Jacques Girard en su exposición: *"La metodología consiste en definir las variables claves y hacer proyecciones en términos de cinco, diez, veinte años. De no hacer esto, vamos a tener un problema de superávit de médicos o de escasez de médicos y eso es dañino para un sistema de salud, (...) para el 2016, (...) vamos a tener 50 % de cupos reservados para los médicos de familia y no tenemos problemas con los estudiantes de medicina porque todos quieren hacer medicina de familia porque es muy prestigioso, ya que el médico de familia es realmente la persona clave. ...yo estaba mencionando que la promoción de la salud, los Centros Integrados son el corazón del sistema, pero el médico de familia es la puerta de entrada."*

En complemento con las anteriores consideraciones, también se analizaron aspectos relativos a los límites en los que una sociedad puede invertir en materia de salud y ello es un aspecto crucial. Se está llegando a un límite que genera tensiones entre el modelo y los recursos, condicionado por un contexto en donde la población seguirá envejeciendo, las enfermedades crónicas no transmisibles toman mucha fuerza y la innovación tecnológica seguirá encareciendo la atención, todo lo cual pone en riesgo el tope de lo que se puede gastar. Esta situación debe poner a pensar a las autoridades de todos los sectores involucrados para que puedan actuar de manera estratégica.

Adicionalmente, en esta conferencia se expuso que el profesional de la salud debe conocer el perfil epidemiológico y demográfico, los protocolos de atención que tiene la CCSS; porque no podemos obviar el hecho de que la CCSS es el principal empleador de los profesionales en salud. También debe conocer sobre la forma en que está conformado el sistema de seguridad social de Costa Rica. Estos aspectos del modelo de atención no necesariamente se estudian a profundidad en el currículo de las carreras de salud. Por ejemplo, algunos profesionales recién formados no saben cuál es la lógica del modelo de atención, que se hace un trabajo en regiones y redes, que existe una clasificación de hospitales (nacionales, especializados, periféricos, regionales). Algunos no saben ni siquiera cuál es la estructura organizativa de la CCSS.

Se planteó en esta Conferencia asimismo, que el reto del personal de salud es tener las suficientes competencias técnicas, suficientes conocimientos científicos y tecnológicos, pero también unas habilidades y competencias sociales, comunicativas y educativas, que puedan permitirle trabajar integralmente. El reto con el personal de salud es que avance más allá de la mirada tradicional de la salud y que se concentre más en procesos promocionales, preventivos y de construcción de respuestas intersectoriales en los diversos espacios en donde labora.

Se insistió en la necesidad de fortalecer un abordaje que permita también un reconocimiento de la salud familiar y comunitaria en los escenarios de vida cotidiana de las personas,

con un enfoque territorial, que trascienda lo biológico y se adentre en lo social, lo político, lo cultural, considerando los momentos de la vida de las poblaciones que marcan formas diferentes de relacionarse con el contexto, con la realidad, con los procesos de salud-enfermedad. Asimismo, que sirva para reconocer los procesos de la diversidad, la pluralidad cultural y étnica de nuestros países y los aspectos de la vida cotidiana que pueden ser protectores y deteriorantes de las relaciones entre las personas, de acuerdo con la distribución del poder.

Parece que es necesario revalorizar y reposicionar los escenarios comunitarios, los escenarios de la vida como nos decía el recordado Dr. Edmundo Granda. Es preciso recuperar la vida de la población de nuestras comunidades como espacios, como referentes para definir quiénes son hoy los profesionales de la salud. Y también cada vez gana más fuerza en relación con la respuesta a esta pregunta, el referente ético-social que tanto aporta para cerrar las brechas y la exclusión creciente de amplios sectores de la población para hacer efectivo el pleno derecho a la salud, a una atención oportuna y de calidad.

Como se apuntaba por uno de los expositores, el escenario de luces y sombras en el desarrollo del país -incluido el modelo de atención que surge en la última reforma sectorial- requiere de respuestas integrales, integradoras, creativas y sobre todo bien deliberadas que van, por ejemplo, desde el replanteamiento de la política nacional de recursos humanos en salud (en términos de calidad, pertinencia, cantidad y ubicación), así como de la redefinición de las competencias esenciales que debe tener todo profesional en salud, independientemente de la institución en que se forme, hasta los enfoques educativos y los escenarios académicos en que se realiza la formación de esos profesionales.

Es claro que esas respuestas integrales no se logran espontáneamente como consecuencia del quehacer cotidiano de la provisión del servicio de salud. Mucho menos se trata de una consecuencia natural de los esfuerzos de algunos por impulsar el mercado sanitario, sino que el proceso demanda de un esfuerzo de coordinación, de planificación, gestión reguladora por parte del Estado costarricense y por esto se necesita generar una respuesta política. En este sentido, las fronteras de la formación de profesionales en salud vis a vis con el modelo de atención en el que deben laborar son mucho más amplias de lo que se ve a simple vista.

El apoyo que tuvo esta conferencia al ser inaugurada por el señor Presidente de la República, sin duda envía un mensaje claro que desde el más alto nivel político se le dio una importancia fundamental a los temas abordados. El Presidente de la República, dijo que esperaba que las discusiones y conclusiones de este evento contribuyeran a la formulación de una política pública para la formación de recursos humanos en salud. Eso es algo de suma importancia porque el Presidente le está dando al personal de salud el papel que tiene dentro de una sociedad como agente de cambio.

Integración Docencia-Servicio-Comunidad y la Atención Primaria de la Salud como Eje Integrador de la Formación

Quedó de manifiesto durante la actividad que el reto es avanzar hacia un currículum integrado que complemente el estudio de casos hipotéticos en el campo de las diversas disciplinas de la salud, con casos reales. Este proceso de estudio permitiría una articulación de la universidad con la red de servicios y con la comunidad.

Desde el CONARE y el CONESUP, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y otras instancias nacionales y regionales, se debe promover la constante vigilancia de las cualidades requeridas para los profesionales de la salud, en un ejercicio de constante renovación y autocrítica. Hay que saber vincular la oferta de planes de estudio con las necesidades de la población, en relación con todos estos retos y nuevas perspectivas.

La formación del recurso humano en salud es un tema que involucra no solo a las universidades sino a toda la sociedad. No se trata solamente de la apuesta que hacen las universidades a nivel curricular.

Algunas personas que participaron en esta conferencia son del criterio que desde el primer año de formación el estudiante debe ser llevado a comunidades, formar equipos de trabajo con estudiantes de otras disciplinas y se le debe enseñar a investigar; desde ese primer momento para que eso derive en iniciativas de difusión de conocimiento e incluso en una publicación científica.

También se planteó que a nivel de grado hay que avanzar, no solamente en las universidades públicas, sino también en la privadas, en la construcción de un perfil de egresados de medicina para que sea un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y rehabilitación, con un enfoque biopsico-social-ambiental.

Ya no se puede desconocer que en el marco de la salud existen determinantes sociales que realmente inciden en la calidad de vida de las personas, dependiendo del contexto donde viven. Tampoco se puede desconocer la APS como una estrategia y un eje transversal en la formación en salud a lo largo de los años de estudio y no como una asignatura más, en un momento determinado.

Uno de los conferencistas planteó que los mejores sistemas de salud del mundo son los que se basan en la Atención Primaria con médicos de familia o médicos generales con buena capacidad resolutoria. El 80 % de las enfermedades no necesitan de un especialista para su tratamiento. Esta estrategia debe estar asociada a otros profesionales similares que trabajen en el campo de la salud, que vean su formación de manera complementaria y no autónoma con respecto a las otras disciplinas.

Es muy importante que los profesionales de la salud conozcan toda la comunidad, tanto desde el punto de vista de la comprensión de las principales enfermedades que padecen las personas que allí viven, como de las facilidades de atención de la salud que tienen (agua potable, buen manejo de aguas residuales, fuentes de contaminación, etc.). En ese sentido, la Dra. Naranjo explicaba al referirse al vínculo de los servicios de atención primaria con la comunidad a la que sirven: *Estamos en un abordaje que lo denominamos en ámbitos de vida cotidiana, estamos en acciones extramurales en el ámbito escolar, en la familia, en el ámbito laboral, en el espacio público.* (Claudia Naranjo, Bogotá: territorio saludable, 2015)

Otro aspecto fundamental mencionado sobre la importancia del espacio comunitario en el proceso formativo son las alianzas intersectoriales, cuyo eje articulador es la Atención Primaria en Salud. En el caso de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) se está desarrollando desde hace cuatro años un Programa de Atención Primaria en Salud Familiar Comunitaria, que ya está consolidado en 16 municipios. (Rutilia Calderón, El caso de Honduras, 2015)

Complementariamente, se expone que los recursos humanos en salud deben ser formados para trabajar en diferentes escenarios, no solo en los servicios de salud, sino en la comunidad y otros espacios (escuelas, municipalidades, entre otros) y en diferentes niveles de la red de servicios, no solamente en el ámbito hospitalario, además de que tiene que estar centrado en la atención integral y en los usuarios.

Nuevas orientaciones en la Formación de Profesionales de la Salud

En esta conferencia surgieron una serie de ideas que pueden orientar la formación de profesionales en salud en Costa Rica, de las cuales se destacan las siguientes:

- Ahora más que nunca se necesita una formación integral, sobre todo porque si no la mecanización, la digitalización, la tecnificación de la salud nos van a llevar una deshumanización de las ciencias de la salud. Los profesionales de la salud deben tener un amplio conocimiento de la realidad nacional.
- El aprendizaje basado en competencias, con espacios para el aprendizaje interprofesional, el diseño del currículo flexible, modular y de enseñanza innovadora, el fortalecimiento de la capacidad del docente para acompañar el aprendizaje de los estudiantes en servicio, en las comunidades más necesitadas, son elementos importantes a considerar para el nuevo rol de los profesionales de salud.
- En las diversas experiencias analizadas, las propuestas se orientan a que el enfoque ya no es hacia un currículum que enfatiza en diferenciar el quehacer de diferentes disciplinas, sino al desarrollo de las competencias particulares de cada profesión asociado a aquellas competencias complementarias que son necesarias para manejarse en la realidad local pero también para ejercer y funcionar a un nivel global y de trabajo en equipo.

De esta forma se pueden aportar al país profesionales que conozcan profundamente los elementos esenciales de la salud y la enfermedad, según los quehaceres esenciales de cada profesión, tanto en el plano individual como colectivo, pero también, que pueda comprender y contribuir a transformar para el beneficio de la salud de las personas, los determinantes sociales, económicos, ambientales.

- El aprendizaje en todos los niveles de los servicios de salud debe considerarse como una estrategia formativa, ya que no solo se aprende en los hospitales sino en todos los contextos y fundamentalmente dónde la gente trabaja, vive, y se mueve; es ahí donde empieza el aprendizaje de los profesionales de la salud, para que comprendan cuál es su situación de salud y de enfermedad.
- En lo que respecta a la enseñanza de la medicina de lo que se trata es de cambiar un enfoque que se ha venido discutiendo por más de 40 años, que es el enfoque “flexneriano”, que de alguna manera representa un paradigma centrado en la fragmentación, la especialización, la curación, la hospitalización, el trabajo individual, entre otros. De lo contrario se corre el riesgo de “saber cada vez más de cada vez menos”.
- En este evento se expusieron algunos argumentos de la literatura sobre educación médica que muestra evidencias sobre los cambios que muchas escuelas/facultades desde hace muchos años, y con mayor fuerza en estos momentos, están realizando. Se ha formado un movimiento llamado *Beyond Flexner: Social Mission in Medical Education* que llama la atención por ser este el contexto donde surgió y se desarrolló el modelo de Flexner. Este movimiento ha convocado a facultades canadienses que están trabajando también con una nueva mirada de descentralización del aprendizaje en zonas rurales, y en abril de este año también ha convocado a escuelas/facultades de medicina latinoamericanas que están haciendo un esfuerzo de cambios profundos en la educación médica, acompañados de los ministerios de salud. (Ver documentos de las reuniones de *Tulsa, Oklahoma, 2012* y *New México, 2015* en: www.observatoriorh.org)
- En algunas experiencias latinoamericanas, se comienzan a dar propuestas de transformación importantes como la observada en la Universidad Nacional de la Matanza, en Argentina, con el desarrollo de un currículum integrado, donde la organización de los contenidos en bloques o módulos pasan a llamarse de acuerdo a conceptos que abarquen los ciclos de vida, por ejemplo, la salud integral de la mujer, la salud del niño, de la niña y de los adolescentes, la salud del adulto mayor, etc. y no por el nombre de las especialidades clásicas (ginecología, pediatría, geriatría). De lo que se trata entonces es:
 1. Adoptar un nuevo paradigma, pasando del enfoque centrado en la enfermedad a un enfoque de y por la salud.
 2. Avanzar sobre la medicina preventiva para recolocar la salud pública y la atención primaria de salud de manera transversal en todo el programa de estudio.

3. Abandonar el paradigma meramente biológico (aunque evidentemente hay que tratarlo) para incorporar los determinantes sociales en el análisis de los problemas de salud-enfermedad.
 4. Superar el enfoque mercantilista que tenemos en medicina y discutir una nueva ética con los estudiantes y los profesores, instalando la discusión por la vida, el derecho a la salud y la dignificación de la personas.
 5. Sobrepasar la enseñanza exclusivamente hospitalaria y los programas extramurales, y situar a los alumnos y tutores en las comunidades como escenario de aprendizaje y compromiso.
 6. Superar el currículo fragmentado y avanzar sobre uno más integrado, de la educación centrada en el docente a la educación centrada en el alumno.
 7. Cambiar la educación en aulas focalizadas en la transmisión vertical (educación bancaria) por un aprendizaje basado en la pregunta, la investigación y la reflexión.
- Todos estos cambios requieren de una discusión y análisis compartido entre todos los actores socio-institucionales vinculados con la salud, no solamente entre la Universidad o del Ministerio de Salud, sino también con las redes de los servicios, las propias comunidades y las asociaciones de los profesionales de la medicina.
 - Es necesario generar contenidos más creativos y competencias más oportunas en los programas de estudio de profesionales de ciencias de la salud, de cara a todos estos retos. No podemos ignorar los cambios del contexto, y hay que reconocer que no podemos aislarnos en nuestras propias áreas del conocimiento.
 - El nuevo enfoque demanda de profesionales que sean capaces de autocapacitarse en forma continua y permanente, porque el conocimiento avanza a pasos agigantados, por lo que hay que tener una actitud permanente de aprendizaje, utilizando los medios para poder gestionar sistemas complejos, recursos técnicos, recursos informáticos, humanos, financieros, sociales, y hasta políticos.
 - Los profesionales en salud deben conocer sobre investigación. Esa es una herramienta fundamental porque permite una mayor vinculación entre profesionales nacionales e internacionales. La investigación debe formar parte de nuestro currículo y a lo largo de todo el proceso de formación, no solo como un requisito para obtener un título académico. La investigación debe ser enfocada, además, como un elemento que favorezca la publicación de artículos científicos. Debe también ser un excelente comunicador y que sepa dar a conocer resultados de sus investigaciones a otros colegas o profesionales, pero que también sepa comunicar a la sociedad en general.
 - El profesional en salud debe comprender que el liderazgo no es sinónimo de autoritarismo, sino que debe ser un liderazgo basado en participación, en una actitud empática

y en una actitud científica. Debe manejarse con respeto no solo a las personas a las que les brinda un servicio, sino también a los colegas y profesionales de otras disciplinas. Debe tener una disposición a evaluar su práctica profesional e innovar en los casos que así se requiera, de manera que pueda plantear nuevas estrategias para nuevos problemas.

La conciencia ambiental también es un aspecto relevante dentro del perfil profesional, porque se debe tener conciencia de que no somos una isla, de que una acción en un lado repercute en otra parte, de que todo y todos estamos interconectados. En este sentido, en la Conferencia se ha planteado de manera muy acertada que la salud va más allá de lo humano, de las personas. Por eso es importante conocer los elementos básicos de la gestión ambiental y particularmente en el manejo del recurso hídrico. El tema de agua segura para consumo humano y del saneamiento básico en general tiene un alto impacto en el estado de salud de la población. La gestión ambiental no es solo un tema de ingenieros o abogados, sino de promotores de la salud, de salud ambiental y por supuesto de médicos, nutricionistas, odontólogos, enfermeras, sociólogos, antropólogos y de otras disciplinas del campo de la salud.

Regulación de la Formación de Profesionales en Salud

La salud y la educación deben ser derechos humanos fundamentales. Dentro del proceso educativo de formación de recursos humanos han surgido, con el devenir del modelo económico dominante, la incorporación de una serie de actores institucionales que se han dedicado -desde el ámbito privado- a formar profesionales en el campo de la salud.

Cuando se trabaja desde una perspectiva del mercado, emergen también mecanismos de regulación que generalmente son ejecutados por instancias supra-institucionales que definen una serie de lineamientos y controlan el cumplimiento por parte de los actores que debutan dentro de ese mercado. El escenario de la provisión de servicios de salud es una arena política conformada por una multiplicidad de actores con funciones diversas, pero la salud se ha considerado un bien público que debe ser tutelado por el Estado. Es así como se demanda un papel más relevante por parte del Estado costarricense para generar los procesos de gobernanza sistémica que permitan poner en un nivel superior esta importante tarea.

Dentro de ese marco, los procesos de acreditación de las carreras en el área de la salud deben considerar como un aspecto prioritario el tema de la docencia. Vinculado a este aspecto, es necesario asociar la formación de profesionales en Ciencias de la Salud con la capacidad de garantizar una mayor rigurosidad al momento de hacer la elección de personas para que funjan como docentes, así como los diversos aspectos vinculados con el proceso formativo, tales como la investigación y la acción social en el espacio comunitario, acorde con el modelo de atención de la salud que el país ha optado por desarrollar. Generalmente se pone atención a los estudiantes, a las infraestructuras, a las mallas curriculares; pero pocas veces, casi nunca, se le pone

atención a quiénes son las personas que fungen como docentes, a los espacios comunitarios de formación, así como a otras actividades relacionadas con ese proceso formativo, incluidos los procesos de internacionalización.

Ejes de la Política de Recursos Humanos en Salud

Durante la Conferencia se plantearon algunas ideas que pueden ser parte de los ejes a considerar para una política de formación de recursos humanos en el campo de la salud. Seguidamente se exponen algunas ideas al respecto.

- Es importante la planificación de recursos humanos de acuerdo con las necesidades cambiantes del entorno, es decir, tomar en cuenta que el cambio constante del contexto nacional e internacional incide de manera contundente en el proceso formativo y en la práctica profesional en sí, por lo que es preciso adecuar los recursos humanos al contexto en el cual se van a ubicar.
- El país debe contar con un sistema integrado de información sobre recursos humanos en salud que contemple incluso a las personas que están en el proceso formativo, de manera tal que la instancia rectora, en este caso el Ministerio de Salud y las instituciones empleadoras y gremiales puedan tener una visión panóptica de la situación, que les permita proyectar en el mediano y largo plazo si los recursos se ajustan a la realidad del país.
- El Ministerio de Salud debe constituir un grupo de apoyo a la política de formación de profesionales en el campo de la salud que cuente con una representación de universidades, CCSS, colegios profesionales, municipalidades, entes reguladores (CONARE, CONESUP), Ministerio de Ciencia y Tecnología, AyA, MINAE, MEP y usuarios de los servicios, organismo internacionales relacionados, entre otros. Este grupo puede ser de carácter consultivo y propositivo.
- Las Universidades deben tener una participación activa en los procesos de análisis y de construcción de las políticas nacionales de salud.
- Se debe impulsar la calidad de la formación docente y de los procesos de acreditación de los entes formadores, como pilares esenciales para consolidar un plan nacional que oriente la formación de óptima de los profesionales en ciencias de la salud, de manera que estos logren incidir efectivamente sobre el estado de salud de la población del país.
- Es necesario un análisis de los criterios de ingreso, permanencia y graduación de los estudiantes de las universidades vinculadas a la formación de profesionales en el campo de la salud, de manera que las personas que se gradúen representen realmente los mejores intereses en beneficio del país.
- Se debe lograr coherencia entre el modelo de atención y la formación de profesionales en salud, de manera tal que la atención primaria de la salud se consolide como la

base fundamental del sistema de salud. Se debe evitar a toda costa que el estudiantado se forme con una visión fragmentada de los servicios y por eso es importante que cada disciplina o varias disciplinas busquen los mecanismos para articularse y dar esa visión de integralidad.

- La regulación efectiva del ejercicio profesional es algo fundamental en todo lo relacionado con el recurso humano. En este sentido, los colegios profesionales deben tener un trabajo coordinado con el CONARE, CONESUP y SINAES, entre otros, para que haya mecanismos claros para evaluar la calidad de los profesionales de ciencias de la salud al momento de tramitar la incorporación al respectivo colegio profesional. Incluso algunos participantes señalaron la necesidad de que la CCSS contrate solo personal de carreras acreditadas.
- Es importante que en el proceso de formulación de las políticas educativas para la formación de profesionales participen actores de diversos sectores y que esas políticas estén en un constante monitoreo o evaluación.
- La investigación en el país debe estar orientada para responder a las necesidades del Estado costarricense. La investigación debe ser un eje transversal en todas las carreras en el campo de la salud y no como un esfuerzo aislado durante un ciclo lectivo.
- Las políticas sobre formación de recursos humanos en el campo de la salud deben tener la consulta más amplia en el seno de todos los sectores de la sociedad, que no se crea que los temas de la salud sean exclusivos del sector salud. Deben ser políticas con una perspectiva multisectorial e intersectorial y deben estar centradas en la promoción del derecho a la salud de la población y del resguardo de la calidad de los servicios que se le prestan a ella.
- Se deben incorporar dimensiones ambiental y laboral en el proceso formativo de profesionales en ciencias de la salud, porque algunos de los problemas de salud que experimentan algunas personas tienen su origen ya sea en factores ambientales o en factores laborales.

ANEXOS



ORIENTACIÓN PARA EL TRABAJO DE GRUPOS

Esta actividad ha sido organizada por la Cátedra Dr. Rodrigo Loría Cortés de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica con el apoyo de la Vicerrectoría de Docencia y el concurso de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Caja Costarricense de Seguro Social, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Los objetivos específicos de la actividad son los siguientes:

1. Proponer líneas orientadoras para la elaboración de Políticas Públicas en la Formación de los Profesionales en Ciencias de la Salud.
2. Establecer las principales competencias que es necesario incluir en los planes de Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica.
3. Identificar los mecanismos idóneos para garantizar la calidad y pertinencia de la formación de profesionales en ciencias de la salud con relación a las necesidades de salud de la población.
4. Definir un grupo de trabajo interinstitucional para dar seguimiento a los acuerdos y compromisos emanados de la Primera Conferencia Nacional sobre Modelo de Atención y Formación Profesional en Ciencias de la Salud en Costa Rica.
5. Generar ideas sobre la temática abordada en esta I Conferencia Nacional que puedan ser divulgadas entre los países de la Región de las Américas, mediante los mecanismos con que cuenta la OPS, con el fin de coadyuvar en el proceso de análisis de la formación de Recursos Humanos en Salud.

Estrategia general para el trabajo de grupos:

- Los organizadores conformarán sub-plenarias de trabajo que se reunirán en las salas de trabajo del Colegio de Médicos.
- Luego de la Conferencia los resultados serán organizados por la Comisión Organizadora y dispuestos en una publicación que será distribuida entre todos los participantes y alojada en la página Web de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Lunes 27 de abril de 2015: Sub-plenaria (de las 16:00 a las 17:30 horas)

PROCEDIMIENTO PARA EL TRABAJO EN GRUPOS:

1. Se nombrará un **COORDINADOR/A** que le corresponderá orientar y organizar la discusión para la eficiente y eficaz utilización del tiempo disponible. Adicionalmente, se elegirá un **RELATOR** que recogerá las ideas dominantes de la reflexión grupal por cada una de las preguntas orientadoras y las expondrá en una **plenaria en la jornada del día martes 28 de abril del 2015 en la sesión de 13:30-16:00 horas.**
2. Individualmente cada participante del grupo escribirá lo que se le solicita. Ver instrumento a continuación (Guía de trabajo individual). Será anónimo. Para este trabajo se contará con 10 min.
3. En plenaria, los participantes que así lo deseen, manifestarán sus ideas previamente anotadas en el instrumento individual. Para la puesta en común se contará con 15 min.
4. Uno de los miembros del equipo de apoyo de la comisión organizadora digitalará y proyectará cada uno de las ideas que los participantes vayan aportando en un documento en Word.
5. El coordinador realizará una síntesis de las ideas que considere se relacionan entre sí. Recopilará los instrumentos y los entregará a la Comisión Organizadora.

Martes 28 de abril de 2015: Sub-plenaria (de las 10:00 a las 12:00)

PROCEDIMIENTO PARA EL TRABAJO DE GRUPOS

1. Cada grupo nombrará un **COORDINADOR/A** que le corresponderá orientar y organizar la discusión para la eficiente y eficaz utilización del tiempo disponible. Adicionalmente, se nombrará un **RELATOR** que recogerá las principales ideas de la reflexión grupal y las expondrá en la **plenaria de las 13:30-16:00 horas.** (Si no se encontrarán presentes las personas nombradas el día anterior)
2. Individualmente, cada participante del grupo responderá una pregunta en el documento que se le entregará. Será anónimo. Contará con 10 min para responder.
3. Uno de los miembros del equipo de apoyo de la comisión organizadora digitalará y proyectará cada una de las ideas que los participantes vayan aportando en un documento en Word.
4. En una breve plenaria, los participantes que así lo deseen, manifestarán sus respuestas

a la pregunta individual. Contarán con 10 min.

5. El coordinador llevará adelante una LLUVIA DE IDEAS con base en los siguientes puntos (uno por uno). Mientras tanto el RELATOR tomará nota visible para todos los participantes (documento Word con proyección). Se contará con 15 min para este trabajo grupal.
 1. Propuesta para constituir un grupo de trabajo interinstitucional que apoye y de seguimiento a los alcances emanados de esta Primera Conferencia Nacional.
 2. Principales aspectos que limitan y favorecen los alcances esperados con esta Primera Conferencia Nacional.
6. El coordinador recopilará los documentos individuales y los resultados de la Lluvia de ideas y los entregará a la Comisión Organizadora.
7. El coordinador junto con el Relator montarán una presentación con los aspectos más sobresalientes de las discusiones de las sub-plenaria que han sido previamente tabulados y discutidos, este será el insumo guía para la presentación de informes en la plenaria general a partir de la 13:30 horas.

¡Muchas gracias por su participación y aporte!

Día 1: Lunes 27 de abril de 2015

GUÍA DE TRABAJO INDIVIDUAL

1. Proponga al menos 5 líneas orientadoras para la elaboración de políticas públicas en la formación de los profesionales en ciencias de la salud.

1. Considere un perfil de salida al que deben atender los planes de formación de profesionales en Ciencias de la Salud en Costa Rica. Anote a continuación los saberes que a su criterio son esenciales en ese perfil de salida.

PERFIL DE SALIDA - SABERES ESENCIALES		
¿Qué debe CONOCER?	¿Qué debe saber HACER?	¿Cómo debe SER y ACTUAR?

Día 2: Martes 28 de abril de 2015

GUÍA DE TRABAJO INDIVIDUAL

¿Cuáles elementos o criterios considera usted que garantizan la calidad y la pertinencia de la formación de profesionales en ciencias de la salud? Anote al menos 4. Describa en breve cada uno de ellos.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

