

# Gestión de recursos humanos para la salud. Desafíos y perspectivas



Alfredo Buzzi

La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires tiene a su cargo la formación y capacitación de profesionales que cursan siete carreras vinculadas con la prevención y el cuidado de la salud: Medicina y Licenciaturas en Enfermería, Kinesiología y Fisiatría, Fonoaudiología, Obstetricia y Nutrición. De la carrera de Medicina egresan alrededor de 1.500 graduados por año, después de haber cursado el Ciclo Básico Común, seis años de estudios teórico-prácticos divididos en dos ciclos, biomédico y clínico, y un octavo y último año de internado anual rotatorio en las cuatro disciplinas básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

Un primer y principal desafío es la necesidad, postulada y aceptada por los educadores médicos de todo el mundo, de una formación de postgrado, preferiblemente en forma de una residencia médica, con una duración entre tres y cuatro años. Este sistema de capacitación de postgrado fue implantado por primera vez en Estados Unidos en el Hospital Johns Hopkins, en la ciudad de Baltimore, hacia 1890 por los jefes de Cirugía y Medicina Interna, los doctores William Halsted (1852-1922) y William Osler (1849-1919), respectivamente. Un sistema similar, de dos años de duración, fue inaugurado por el profesor Tiburcio Padilla (1895-1963) en la sala IV del antiguo Hospital de Clínicas, sede de la Cátedra de Semiología, como una prolongación del practicando interno. Las residencias se difundieron más tarde a todos los hospitales de Buenos Aires y del país gracias al tesón, entre otros, de Mario Brea, Andrés Santos, Alfredo Lanari y Carlos Giannantonio.

En la Facultad de Medicina de la U.B.A. existe la

oportunidad de cursar paralelamente a las residencias, las carreras de Médicos Especialistas Universitarios, certificada con un diploma con validez nacional e internacional en países hispano-parlantes. El principal desafío consiste en que la mayoría de los graduados pueda acceder a una residencia, ya que en la actualidad sólo el 30 por ciento puede hacerlo, principalmente por el escaso número de vacantes ofrecidas.

Cuando se habla de residencias médicas debe tenerse presente que constituye un sistema de educación médica de postgrado, que debe ser coordinado, conducido y supervisado por médicos con una adecuada experiencia clínica y docente. Dicho sistema está basado en la premisa que el joven galeno aprende mientras trabaja, o para decirlo con sus términos originales: *learning by doing*. Las principales falencias que afrontan las residencias médicas son: 1) ser consideradas "mano de obra barata"; 2) carecer de actividades teórico-prácticas vespertinas, ya que el horario de atención de la mayoría de nuestros hospitales es predominantemente matutino; 3) ausencia de un programa de educación médica permanente y de instructores motivados para la enseñanza, olvidando que las residencias tuvieron su origen en hospitales universitarios o en salas-cátedras; 4) remuneración insuficiente e incompatible con una vida digna y con la posibilidad de adquirir material bibliográfico para mantenerse informado; 5) ausencia o escasez de posibilidades de continuar una carrera asistencial y/o académica una vez terminada su residencia.

Toda gestión de recursos humanos para la salud es incompleta si no logra imbuir a los profesionales del arte de curar que los avances de las ciencias biológicas vinculadas con la medicina se han acelerado mucho. Independientemente que se considere que el cúmulo de conocimientos se duplica cada tres o cinco años, el único antídoto contra una esclerosis cerebral prematura que acecha al médico desinformado y desactualizado es la auto-educación. Esta no sólo comprende la lectura real o virtual de las principales revistas médicas, sino también la pertenencia

a las sociedades científicas vinculadas al quehacer individual, a congresos y jornadas médicas, y a la concurrencia periódica a centros nacionales e internacionales de relevancia científica. Los viajes a otros países permiten y facilitan contactos personales con colegas de otras latitudes y culturas, y amplían, profundizan y afianzan la formación científica y cultural de todo profesional vinculado con los problemas planteados por el cuidado y la prevención de las enfermedades.

Gestionar recursos humanos en salud no sólo significa capacitación profesional en estas disciplinas. Una visión global del aparato actual de la práctica de la medicina, por superficial y breve que sea, no puede dejar de percibir una aparente paradoja: nunca existieron, como a comienzos del siglo XXI, tantos y tan eficaces recursos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y, simultáneamente, hay cada vez un mayor y creciente descontento de los enfermos por la calidad de la atención médica que reciben, aún en los estratos socioeconómicos más altos de la sociedad. Igualmente, el crecimiento exponencial de los juicios por mala praxis es un indicio alarmante de la pérdida de confianza en los profesionales de la salud y del deterioro de la relación médico-paciente.

Es en este aspecto de la práctica de la medicina donde reside uno de los mayores desafíos en la formación presente y futura del personal a cargo de la salud de sus semejantes. Numerosas y variadas son las causas invocadas para explicar este fenómeno inédito que no sólo aflige a nuestro país, sino también a todas las naciones desarrolladas. Todo análisis de una situación tan compleja y multifacética corre el riesgo de ser superficial o inconducente. Excepcionalmente los casos de error médico obvio y comprobable, el que nunca puede descartarse en todo acto médico, sobre todo si es complejo, no es aventurado afirmar que el deterioro progresivo de los dos pilares del diagnóstico médico como son la anamnesis y el examen físico, es el responsable en gran parte de los errores que se cometen con más frecuencia. La brevedad o irrelevancia de la anamnesis conduce

a la pérdida o al deterioro del vínculo personal esencial que se establece entre el médico y el enfermo a través del relato patográfico. En efecto, durante el diálogo con su médico el paciente no sólo describe los síntomas que lo aquejan, sino también las preocupaciones y temores que invariablemente acompañan a todo proceso mórbido. Después de una entrevista exitosa el enfermo llega a percatarse de que su médico no sólo conoce su padecimiento, sino que también se siente comprendido y así puede confiar en el profesional que lo asiste. Igualmente, durante el examen físico, el buen médico demuestra no sólo su pericia e idoneidad, sino también puede llegar a confirmar o excluir algunas hipótesis diagnósticas surgidas durante la anamnesis.

Muy vinculado con este último aspecto está el déficit en la formación humanística del médico. Atendiendo al sofisma que sostiene que los valores científicos están por encima de cualquier otra consideración en la práctica de la medicina, se han dejado de lado cualidades esenciales, las cuales siempre, desde la más remota antigüedad, caracterizaron al médico como a un sacerdote laico y que hicieron que la medicina se destacara como la más noble y humana de las profesiones. La cordialidad y el respeto en el trato con el paciente, una dedicación incondicional a su cuidado, alivio y consuelo cuando la curación no es posible, y la aplicación permanente del principio de beneficencia, han distinguido siempre al buen médico.

Para resumirlo en pocas palabras, el médico necesita un cerebro muy lúcido, pero también un corazón tierno y compasivo. Aun cuando posea notables dotes como técnico y científico, un médico no será completo si no tiene en cuenta los sentimientos y temores de ese ser humano menesteroso que es el enfermo. Es este otro de los grandes desafíos que enfrentamos quienes tenemos a cargo la formación de las próximas generaciones de profesionales de la salud.

**Alfredo Buzzi**

*Profesor Emérito y Decano de la  
Facultad de Medicina de la UBA*