



Esta obra está bajo una licencia creative commons "Reconocimiento-NoComercial 3.0 España".

PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Septiembre, 2011

AUTORES: Pedro E. Brito Quintana, M^ª Soledad Barria Iroumé, Hugo Mercer, Pilar Navarro Pérez, Juan Ignacio Martínez Millán, Cristina Davini

DISEÑO PORTADA: Elaboración propia con datos del estudio utilizando la aplicación "Wordle".

MAQUETA: De la A a la Z

DEPÓSITO LEGAL: GR 3446-2011

ISBN: 978-84-694-8003-8

IMPRIME: Entorno Gráfico, Atarfe, Granada.

La presente publicación, realizada en el marco de la Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea ni de las entidades asociadas a esta Acción.

La Acción "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido", financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo (Contrato N^º MIGR/2008/152-804), es desarrollada por la Escuela Andaluza de Salud Pública en sociedad con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay a través del Grupo de Trabajo de Migraciones Profesionales del Espacio Iberoamericano, cuya Secretaría ostenta.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

Presentación	7
Módulo 1. Análisis del Contexto del Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud	
· Guía	13
· Módulo	17
· Anexo	61
Módulo 2. El campo de los recursos humanos de salud	
· Guía	71
· Módulo.....	75
Módulo 3. La planificación de recursos humanos como proceso político	
· Guía	129
· Módulo.....	133
· Anexo	163
Módulo 4. Técnicas y herramientas para la planificación de Recursos Humanos en Salud	
· Guía	165
· Módulo.....	176
· Anexo	211

PRESENTACIÓN La producción de un conjunto de instrumentos que sean útiles para la función de gobierno en el campo de la salud, y específicamente en lo que se refiere a gestión de las políticas de desarrollo de recursos humanos, fue considerada un aspecto importante de la colaboración entre la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/DMS).

Uno de esos instrumentos, es el **Curso On-line sobre Planificación de Recursos Humanos de Salud y el Manual** impreso, que aquí presentamos. El mismo se ha podido realizar y poner a disposición de la comunidad de salud pública de Iberoamérica gracias al proyecto "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido (MPDC)". Dicho proyecto, en virtud de la subvención de la Unión Europea MIGR/2008/152-804 (5.2), se propone contribuir activamente a construir en Iberoamérica esa capacidad de gobierno en el campo de desarrollo de los recursos humanos.

La producción de este programa de capacitación ha sido parte de un trabajo colaborativo entre la EASP y la OPS (Desarrollo de Recursos Humanos de Salud), con la participación de un grupo de expertos convocados por ambas instituciones, y su versión virtual se desarrolla a través del Campus Virtual de Salud Pública (OPS/DMS).

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN Desde el llamado a la Acción de Toronto, formulado en el año 2005, la mayoría de países de Iberoamérica viene trabajando en el cumplimiento de una agenda de largo plazo (2006-2015) con la finalidad de desarrollar políticas públicas efectivas y sostenibles en el campo de recursos humanos de salud y en el fortalecimiento de sus capacidades institucionales para asegurar gobernanza y gobernabilidad del campo de recursos humanos y enfrentar los principales desafíos identificados en la plataforma de Toronto. Este proceso en la actualidad se da en el marco de la transformación de sus sistemas de salud hacia mayores niveles de equidad y protección social basados en la Atención Primaria de la Salud.

Una capacidad de gobierno sólida y solvente es una condición sine qua non para poder hacer viables los cambios que las nuevas reformas sistémicas requieren. Ya no hay discusión sobre el carácter central y estratégico que los trabajadores de salud cumplen en todo sistema de salud. El campo de desarrollo de recursos humanos se caracteriza por su complejidad, incertidumbre, conflictividad y fragmentación. Estos atributos exigen una sólida y sostenida capacidad de gobierno, que asegure que las políticas, estrategias e intervenciones sean pertinentes y efectivas para lidiar con los serios y complejos problemas del desarrollo de personal.

Hay un conjunto de funciones que se deben considerar esenciales para una adecuada capacidad de gobierno, que asegure gobernanza del campo y gobernabilidad de sus políticas públicas. La planificación, la regulación, la gestión, el financiamiento y el desarrollo educacional para asegurar adecuadas competencias del personal están entre esas funciones esenciales.

El fortalecimiento de la planificación de recursos humanos considerando la problemática de la migración profesional, además de ser un fenómeno de mercado laboral internacional sin controles adecuados, es una muestra de debilidad o de fracaso de la planificación del personal de salud en los países, tanto de los que atraen personal como en los que los proporcionan.

El marco político programático de esta actividad está conformado por, además del ya referido Llamado a la Acción de Toronto (2005), que entre sus cinco grandes Desafíos incluye enfrentar la cuestión de las migraciones de personal y la construcción de políticas y planes de recursos humanos, la Carta de Tallin sobre los Sistemas de Salud en Europa (2008) y el Libro Verde de la Unión Europea sobre el Personal Sanitario (2008). Ambas definiciones políticas enfatizan la necesidad de fortalecer la planificación de los recursos humanos de salud.

Existe una amplia experiencia en Iberoamérica en planificación de RRHH de salud, que no siempre ha sido exitosa. Pero hay algunas enseñanzas que han guiado la producción de este material.

Esa experiencia muestra:

- Que la planificación no es un instrumento técnico neutro y aislado, sino un proceso político y técnico al servicio de la política pública (en este caso de los RRHH).
- Que hay una necesidad de identificar y usar metodologías apropiadas al contexto y los objetivos de la política. No existe UNA metodología de planificación de recursos humanos.

PROPÓSITOS DEL PROGRAMA Coherente con las necesidades de la política pública, el programa de capacitación se propone:

- Fortalecer las capacidades institucionales de gobierno en las unidades, equipos y responsables de la gestión de políticas, planes, regulación, estrategias e intervenciones (funciones de gobierno) en recursos humanos de salud.
- Fortalecer los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) que procuran la cobertura universal, a través de políticas y planes de recursos humanos, en tanto que constituyen un factor crítico.
- Contribuir a mejorar la capacidad de rectoría y desarrollo de políticas de RRHH en los países del espacio iberoamericano que están impulsando la transformación de sus sistemas de salud.
- Mejorar la capacidad institucional de los gobiernos en materia de planificación de RRHH de salud, contribuyendo a conformar una masa crítica de profesionales responsables de esta función.

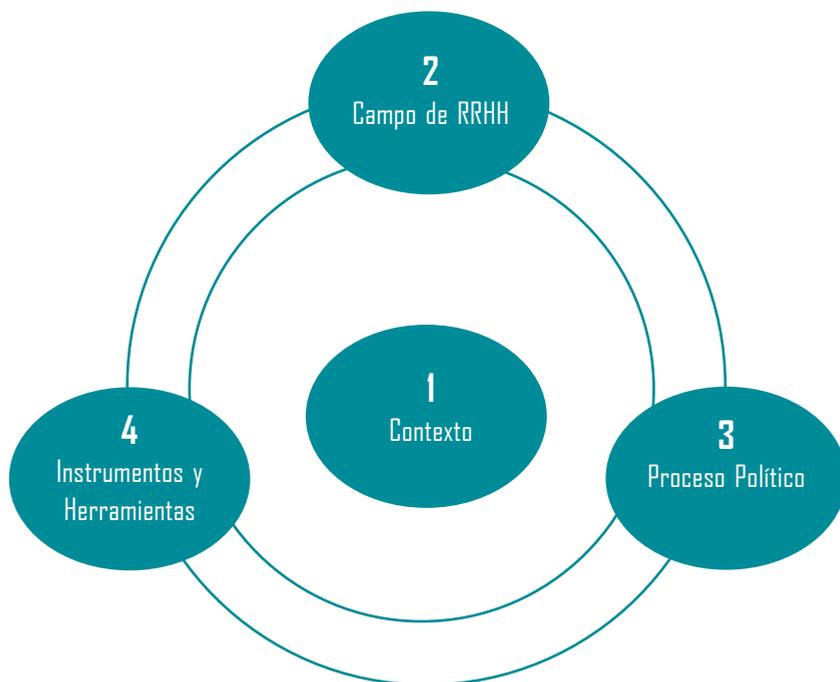
DESTINATARIOS El programa se orienta principalmente a desarrollar competencias esenciales en el ejercicio de la función de planificación de recursos humanos de salud en las siguientes categorías de personal sanitario:

- Directivos (gestores) de Ministerios o Secretarías de Salud, responsables de la gestión de políticas de recursos humanos.
- Directivos de unidades de recursos humanos en los sistemas de salud a nivel central y descentralizado.
- Responsables de las áreas de finanzas y presupuesto, servicios y programas de salud en los sistemas de salud (diversos niveles).
- Representantes de actores institucionales y sociales de relevancia en las políticas de recursos humanos.

Con ello se busca que, en un plazo mediano razonable, se pueda contar con una masa crítica de profesionales de salud responsables de la gestión de políticas públicas efectivamente competente en planificación de personal para los sistemas de salud basados en Atención Primaria de la Salud.

ENFOQUE EDUCATIVO La propuesta que presentamos enfatiza el aprendizaje activo y colaborativo. La idea es que la actividad de estudio sea lo más aproximada posible a la actividad real del trabajo en la gestión de políticas de recursos humanos en una institución responsable de gobierno en salud. Por tanto, no se desea formar especialistas en planificación, sino responsables de gobierno capaces de planificar el personal que requieren sus sistema de salud, trabajando en equipo. La finalidad más relevante de este enfoque es apoyar la producción de propuestas de acción y de intervención para la mejora de las prácticas y de los procesos y resultados de la planificación de los recursos humanos, con efectos sustantivos en la mejora de los sistemas de salud.

ORGANIZACIÓN GENERAL DEL LOS CONTENIDOS Y DE LAS ACTIVIDADES El programa se organiza en torno a cuatro módulos de aprendizaje tal como se observa en el siguiente gráfico:



ENTRE LOS CONTENIDOS CENTRALES DE LOS MÓDULOS, SE PUEDEN DESTACAR SINTÉTICAMENTE:

Módulos	Contenidos
MÓD. 1	Los determinantes internacionales, en un mundo globalizado. Los determinantes políticos, económicos e institucionales en los contextos nacionales. El sistema de salud y los recursos humanos.
MÓD. 2	El campo y los actores de recursos humanos de salud. La formación de las profesiones. El trabajo y la gestión del trabajo en salud; la regulación y el mapa de principales problemas.
MÓD. 3	La planificación como proceso político. El actor que planifica y los actores relevantes. La definición de problemas; la negociación y construcción de acuerdos, la conducción del proceso.
MÓD. 4	Análisis de déficit y superávit, métodos de planificación de recursos humanos, modelos y sistemas de información, experiencias internacionales, herramientas y modelos de proyección.

A lo largo de los Módulos, los participantes contarán con:

- Lecturas básicas, producidas para este programa de aprendizaje.
- Lecturas complementarias para profundización, así como acceso a enlaces y bases de información relevantes y actualizadas.
- Herramientas metodológicas para fortalecer el trabajo y
- Ejercicios a lo largo de todo el proceso.

Confiamos en que este material sea de utilidad y que contribuya efectivamente a mejorar el impacto de las políticas públicas y las intervenciones para reorientar el campo de recursos humanos y contribuir a resolver sus problemas principales.

Los autores de este Manual quieren expresar su reconocimiento y agradecimiento a los colegas que más adelante se relacionan, con los que iniciamos esta aventura editorial participando en el "Taller internacional de expertos en planificación de recursos humanos de salud" (Granada, mayo 2010), en el que se fijaron las líneas y contenidos básicos para el desarrollo de este Manual de planificación".

Norbert Dreesch

José Francisco García Gutiérrez

Charles Godue

Alberto Infante Campos

Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken

Diego Pajares Conde

Hernán Sepúlveda

MÓDULO 1.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO DEL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

PRESENTACIÓN Las funciones de planificación, regulación, gestión y desarrollo de los recursos humanos de salud representan un proceso integral y complejo, que se realiza en el marco de la construcción de políticas públicas. En otros términos, resulta importante asumir que la planificación, al igual que las otras funciones intervinientes, constituye un proceso político y técnico al servicio de una política pública, y no es un instrumento técnico aislado.

Asimismo, es necesario reconocer los determinantes estructurales complejos y la dinámica del sector, en forma históricamente determinados, para poder operar efectiva y estratégicamente sobre ellos.

Por ello, en este primer Módulo, nos proponemos avanzar en el estudio y la comprensión del contexto en el que se desarrollan las problemáticas de los recursos humanos de salud.

Estos factores y su dinámica configuran condiciones y determinaciones sobre los procesos de desarrollo de recursos humanos de salud, que es necesario analizar, para lograr que las transformaciones sean efectivas y sostenibles.

Asimismo, se buscará avanzar en el análisis de las problemáticas, desde la perspectiva de las necesidades de salud, la protección universal de la salud, la equidad y la superación de los problemas estructurales aún vigentes.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO En este primer Módulo nos proponemos brindar aportes conceptuales y estratégicos para analizar, en perspectiva histórica, los procesos económicos, políticos, sociales e institucionales, que configuran condiciones y determinaciones sobre los procesos de desarrollo de RRHH de salud, considerando sus relaciones internacionales y globales.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Se busca el desarrollo de competencias político-técnicas para:

- Analizar el contexto global, regional y nacional en que se dan los procesos de planificación de recursos humanos.
- Utilizar instrumentos conceptuales y metodológicos para el análisis de los determinantes políticos, económicos, sociales e institucionales, contextualizando los procesos de planificación de recursos humanos de salud.

- Analizar algunos de los principales problemas de Recursos Humanos en los sistemas de salud nacionales, identificando las principales variables en el desarrollo de políticas públicas.

CONTENIDOS El Módulo abordará los siguientes contenidos en un orden progresivo:

- Los determinantes internacionales: configurando los procesos en un mundo globalizado y los efectos de la crisis económica y financiera actual sobre las economías de América Latina. Las migraciones internacionales y la migración de los profesionales de la salud.
- Los determinantes políticos, económicos e institucionales a nivel nacional: analizando el contexto político, las desigualdades estructurales, el financiamiento y la protección de la salud, la situación de salud y los determinantes sociales.
- El sistema de salud y los recursos humanos: analizando los componentes del sistema de salud, el sistema y la prestación de servicios, las redes integradas de servicios de salud, así como los distintos factores para el desarrollo del sistema, incluyendo los recursos humanos. Se analizarán las principales reformas y el desarrollo de sistemas basados en la Atención Primaria de Salud.

ACTIVIDADES A lo largo del Módulo contarán con:

- Lecturas básicas sobre cada uno de los temas, como guías de análisis de los contenidos. Se recomienda su lectura en forma secuenciada.
- Referencias bibliográficas actualizadas y datos de información.
- Enlaces para profundizar.
- Ejercicios progresivos para pensar, reflexionar y analizar sobre su propia realidad o contexto de país.

Entre los ejercicios del Módulo, contarán con los siguientes:

Ejercicio 1: Identificar un caso o ejemplo de política pública influenciada por el proceso de globalización y reflexionar sobre sus características y efectos sobre el sistema de salud de su país.

Ejercicio 2: Evolución de la pobreza y desigualdades sociales. Reflexión y análisis.

- Ejercicio 3:** La migración de profesionales de la salud en su país y su impacto sobre el sistema de salud. Reflexión y análisis.
- Ejercicio 4:** Desigualdades sociales y efectos en la situación de salud. Reflexión y análisis.
- Ejercicio 5:** Inequidades y análisis de mortalidad materna y mortalidad infantil. Revisión de indicadores.
- Ejercicio 6:** Equidad, redes integradas de salud y atención primaria de salud. Ejercicio de integración.

Buen trabajo!

UN MUNDO GLOBALIZADO En estos tiempos no existe un país en el mundo que no esté inmerso en la red de relaciones globales (económicas, políticas, culturales) y que no esté afectado de alguna manera por la revolución tecnológica, que se ha establecido en las últimas décadas.

Ambos procesos (relaciones internacionales en lo político y en lo económico y revolución tecnológica) forman parte de lo que se denomina Globalización, que es, sin duda, el factor más destacado en un análisis de determinaciones internacionales sobre el desarrollo de los países.

La globalización es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, caracterizado por la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global.

La globalización es a menudo identificada como un proceso dinámico producido principalmente por las sociedades que viven bajo el capitalismo o la democracia liberal y que han abierto sus puertas a la revolución informática, plegando a un nivel considerable de liberalización y democratización en su cultura política, en su ordenamiento jurídico y económico nacional, y en sus relaciones internacionales.

La globalización es un proceso complejo, continuo y dinámico, que desafía las leyes de los países en su forma de regular el funcionamiento de empresas y el comportamiento económico de los individuos a nivel internacional que, si bien pueden dar trabajo a la mano de obra desocupada, también pueden beneficiarse de irregularidades y debilidades subsistentes en un determinado país. Es más fácil para estas empresas simplemente trasladar sus centros de producción a lugares en los cuales se les de el máximo de facilidades. Es también un desafío a los proyectos de desarrollo de los países, especialmente para aquellos que están en vías de desarrollo, pues no sólo considera cualquier intervención estatal como contraria a los intereses de esas empresas (en la medida que tales planes implican regulaciones y demandan impuestos y otros recursos) sino que además asevera que la idea misma del desarrollo social como meta y objetivo gubernamental o estatal recluye la libertad individual y distorsiona tanto la sociedad como el mercado.

A nivel cultural, el incremento de la intercomunicación física y virtual, ha incrementado y facilitado este proceso. La interconexión física se basa en la masificación del transporte. La interconexión virtual se basa exclusivamente en la tecnología, por ejemplo, Internet. Esto ha llevado a dos resultados contradictorios: por un lado la centralización del control administrativo y político a niveles gubernamentales y corporativos se ha visto facilitada. Por otro, se ha facilitado de manera igualmente

enorme la diseminación de ideas de todo tipo y la comunicación a nivel de ciudadanos comunes y corrientes, que anteriormente estaban para su información a merced de los medios establecidos o no podían responder rápida y efectivamente a decisiones que los afectaban.¹

Una consecuencia de la globalización y, de manera específica, de las revoluciones en la información y en la comunicación (con epicentro en Internet), es la expansión y la tendencia a la uniformidad a nivel global, de maneras de pensar, valores, expectativas, pautas de vida y de consumo. Personas de todas las edades en casi todos los países tienden actualmente a compartir al mismo tiempo noticias, ideas, influencias culturales propias de los países capitalistas avanzados.

Un fenómeno más reciente, relacionado con este fenómeno, es la aparición y expansión vertiginosa de las redes sociales en Internet, por las cuáles miles de personas se relacionan, aunque más no sea de manera superficial entre ellos y comparten y se comunican. Facebook y Twitter son las más conocidas, pero hay otras, y siguen creándose cada día nuevas redes sociales. En la actualidad se da un interesante e importante debate acerca de las contribuciones de estas redes sociales a la mejoría de una comunicación significativa entre los seres humanos e incluso a las posibilidades de fortalecimiento o debilitamiento de las democracias. Sin duda que en la actualidad las redes sociales se han convertido en un factor importante de comunicación y convocatoria entre grupos de personas interesados, como se puede inferir del rol de estas redes en los recientes acontecimientos en algunos países árabes.

Otra influencia de la globalización sobre los países y las decisiones que se toman al interior de sus estados es que no se limita a los efectos de las relaciones económicas (financieras, productivas, comerciales), culturales e ideológicas y los procesos tecnológicos que la impulsan. Cada vez más las políticas públicas de los estados nacionales son influidas, limitadas, potenciadas, orientadas por políticas globales o por acuerdos internacionales regionales o sub regionales que se definen, con frecuencia, al margen de los intereses nacionales (un ejemplo de esto son algunos tratados de libre comercio que de manera directa e indirecta impactan sobre las posibilidades de cobertura y atención sanitaria a la población).

Además, la influencia de mercados internacionales, sean de alcance global o regional, afectan también dichas políticas y hasta la decisiones de los ciudadanos ante una determinada situación o disyuntiva.

En este marco se definen también las políticas públicas que afectan el bienestar de los ciudadanos. Políticas de salarios, de precios de bienes y servicios, de distribución del ingreso, de empleo,

¹ Giddens A. Runaway World. How Globalisation is reshaping our lives. Routledge Universitu Press. 2002

etc. tienen, cada vez más, que definirse en los países en consideración de marcos, acuerdos, presiones o incentivos que limitan o expanden las posibilidades de su efectividad.

Así, existen mercados de trabajo internacionales para los profesionales de la salud que afectan no sólo las decisiones personales de selección de una profesión, de trabajar en un determinado sector o de emigrar a otro país; sino que definen las posibilidades y limitaciones de políticas nacionales de cobertura de servicios o de desarrollo de sus recursos humanos de salud.

REVISANDO LA EXPERIENCIA EN SU PAÍS, LE INVITAMOS A...

Identificar un caso o ejemplo de política pública influenciada por el proceso de globalización, como por ejemplo, en el marco del Tratado de Libre Comercio (TLC) o de Procesos de Integración Económica Regional o Subregional.

Reflexionar sobre sus características y efectos sobre el sistema de salud de su país.

LA CRISIS ECONÓMICA Y FINANCIERA ACTUAL Tal vez el acontecimiento más importante e impactante de estos años, a nivel mundial, es la crisis económica y financiera que se inició, aparentemente, el año 2008 en los Estados Unidos. Es una crisis compleja (varias crisis en conjunción) y entre los principales factores que la causaron estarían los altos precios de las materias primas, la sobrevalorización del producto, una previa crisis alimentaria mundial y energética, una elevada inflación planetaria y la amenaza de una recesión en todo el mundo, así como una crisis crediticia, hipotecaria y de confianza en los mercados.

La década de los años 2000 fue testigo del incremento de los precios de las materias primas tras su abaratamiento en el período 1980-2000. Pero en 2008, el incremento de los precios de estas materias primas —particularmente, subida del precio del petróleo y de los alimentos— aumentó tanto que comenzó a causar verdaderos daños económicos, amenazando con el hambre en los países pobres, recesión, inflación y, al decir de algunos observadores, hasta el estancamiento de la globalización.

Los Estados Unidos, la economía más grande del mundo, entraron en 2008 con una grave crisis crediticia e hipotecaria que afectó a la fuerte burbuja inmobiliaria que se había producido, así como un valor del dólar anormalmente bajo. Tras varios meses de debilidad y pérdida de empleos, el fenómeno colapsó entre 2007 y 2008, causando la quiebra de medio centenar de bancos y entidades financieras. Este colapso arrastró a los valores bursátiles y la capacidad de consumo y ahorro de la población.

EJERCICIO 1

?

En septiembre de 2008 los problemas se agravaron con la bancarrota de diversas entidades financieras relacionadas con el mercado de las hipotecas inmobiliarias, como el banco de inversión Lehman Brothers, las compañías hipotecarias Fannie Mae y Freddie Mac o la aseguradora AIG. El gobierno norteamericano intervino inyectando cientos de miles de millones de dólares para salvar algunas de estas entidades. La crisis iniciada en el 2008 ha sido señalada por muchos especialistas internacionales como la "crisis de los países desarrollados", ya que sus consecuencias se observan fundamentalmente en los países ricos del mundo.^{2,3}

Esta crisis, que afecta principalmente a las economías más ricas, y que paradójicamente parecieran presa fácil de grandes organizaciones internacionales de especuladores financieros (a los que los medios llaman de manera sibilina los "mercados"), ha traído nuevamente a estos países algunos males colectivos que parecían haber quedado en el olvido de la post Guerra: recesión, desempleo, quiebras, caída del ingreso, desprotección social. La crisis actual está amenazando con destruir en muchos países de Europa algunas de las conquistas sociales más importantes: los estados de bienestar y los sistemas de salud de cobertura universal.

En Europa, después de una primera fase (financiera) caracterizada por los intentos de los gobiernos de inyectar ingentes cantidades de dinero público para el salvataje de las instituciones financieras en peligro debido a la crisis generada por sus malas prácticas de manejo financiero, los países se enfrentan a una crisis sistémica (depresión económica, alto desempleo, inestabilidad social) que amenaza las bases mismas de su cohesión social, su viabilidad económica, su gobernabilidad política y, según algunos comentaristas, la existencia misma de la Unión Europea, considerando la grave crisis de la moneda común.

Según Paul Krugman, Europa padece una crisis profunda porque el logro del que está más orgullosa, la moneda única adoptada por la mayoría de los países europeos, está ahora en peligro. Países como Irlanda, Portugal y España luchan para salir de esta zona de peligro, cuando hace unos pocos años eran economías solventes y en crecimiento. Ahora tienen un desempleo del 20% y se enfrentan a la perspectiva de años de deflación dolorosa y agotadora.⁴

Los países europeos están amenazados en estos tiempos por el ataque de grandes corporaciones dedicadas a la especulación financiera (que algunos comunicadores llaman de manera sibilina y simplista "los mercados"). Son varios los países que están amenazados por "los mercados" después de Grecia, Irlanda y Portugal.

2 Krugman P. The Return of Economic Depression and the Crisis of 2008. WW Norton and Co. 2009.

3 Fondo Monetario Internacional. Perspectivas de la Economía Mundial. AL DIA.

<http://www.imf.org/external/spanish/pubs/ft/weo/2010/update/02/pdf/0710s.pdf>

4 Krugman P. ¿ Tiene solución Europa?. El País, Madrid. 16.1.2011

Existe una coyuntura económica grave que está condicionando decisiones políticas que pueden tener graves consecuencias para el futuro y viabilidad de sociedades que hasta hace muy poco tiempo gozaban de los beneficios de estados de bienestar bastante consolidados. La paradoja política reside en que las estrategias europeas de salida de estas crisis (que se caracteriza, como se aprecia muy bien en el caso de España, por la desregulación de los mercados de trabajo, deflación salarial, desempleo estructural, restricciones del gasto público, privatizaciones) tienden a hacer más voraces a estos mercados, de un lado, y de otro, provocan un aumento legítimo de las demandas y reivindicaciones sociales y políticas. Samir Amin cita a Joseph Stiglitz sobre este tema: "para Atenas, Madrid o Lisboa, se planteará seriamente la cuestión de saber si les interesa continuar el plan de austeridad impuesto por el FMI y por Bruselas, o, al contrario, volver a ser dueños de su política monetaria". Se trata de una verdadera guerra entre mercados y Estados.⁵

LAS ECONOMÍAS DE AMÉRICA LATINA América Latina creció económicamente, como región y en cada país, a un ritmo sostenido desde los primeros años de la década del 2000 hasta la llegada de la crisis global, en el 2008.

Según el Banco Mundial, la economía de Latinoamérica a precios de mercado (paridad de poder adquisitivo), es la tercera más grande y potente a nivel mundial con 6,06 billones de dólares. Está basada mayoritariamente en una economía secundaria y/o terciaria. En los últimos años se han producido grandes avances a nivel político, económico y social, produciendo un desarrollo significativo en prácticamente todos sus países. La región es además la mayor productora de alimentos en el mundo, y cuenta con innumerables recursos naturales y algunas de las mayores reservas de hidrocarburos en el mundo.

En contrapartida es la Región más desigual del mundo cuando se considera la distribución del ingreso. Es una Región de grandes desigualdades entre países y al interior de los países. La desigualdad social y económica es uno de los más importantes y graves problemas en la Región.⁶

Algunos países de América Latina, y sobre todo los países pobres vinculados a las economías en crisis, han sufrido el impacto negativo de la caída de la producción, del desempleo y la caída del ingreso en Estados Unidos. Sin embargo la mayoría de países de América Latina parecieran que están logrando capear este temporal. A diferencia de las otras crisis cíclicas del capitalismo, en ésta América Latina no ha sido una de las regiones más perjudicadas.

⁵ Amin S. ¿A dónde va Europa?. El País, Madrid, 16.12.2010

⁶ Programa de las Naciones Unidas para El Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La verdadera riqueza de las naciones. Caminos al Desarrollo Humano. <http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2010/>

Según datos del Banco Mundial, si se mide el PIB per cápita PPA en 2009, el índice oscila entre los 14.559 de Argentina y los 1.153 de Haití. Considerando el PIB Nominal per cápita en 2009, todos los países latinoamericanos están entre los puestos 47º (Venezuela), con 11.789 dólares per cápita, y 150º (Haití), con 733 dólares per cápita, dentro de los 180 países en los que se mide este parámetro. En lo referente al índice de desarrollo humano, todos los países de la región están entre los puestos 45º (Chile) y 145º (Haití) entre 158 países, según los datos del 2010.⁷

La economía más grande de Latinoamérica es Brasil, con un PIB (PPA) de 2,02 billones de dólares (2009). A nivel mundial se ubica en el 9º puesto. Está incluida en la llamada tríada BRIC (Brasil, Rusia, India y China), aspirando a estar entre las cinco economías más grandes del mundo. La segunda economía regional es México, con un PIB (PPA) de casi 1,54 billones de dólares (2009). México se ubica en la posición 11ª a nivel mundial. La tercera economía regional es la Argentina, con un PIB (PPA) de 586 mil millones de dólares (2009). Es uno de los principales exportadores de alimentos del mundo y el mayor productor de software de la región. La economía de Colombia es la cuarta de América Latina según el Banco Mundial, con un PIB (PPA) de 404 mil millones de dólares (2009). Colombia ha experimentado un crecimiento promedio anual del 5,5% desde 2002.

Se intenta la integración económica a nivel continental a través de la Aladi y el SELA. México forma parte del TLCAN (NAFTA) con los Estados Unidos y Canadá. Por su parte, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana tienen vigente un tratado de libre comercio con los Estados Unidos (DR-CAFTA), y otros tratados con Canadá y México a través del CARICOM.

También Bolivia, Cuba, Nicaragua y Venezuela tienen su propio bloque, llamado Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA). En América del Sur existe un bloque predominante, el Mercosur, integrado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, con Bolivia, Chile, Colombia y Perú como miembros asociados. También en el sur del continente, Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú conforman la Comunidad Andina de Naciones, de la que los países vecinos son miembros asociados. En los últimos años los países de América del Sur han constituido la Unión de Naciones del Sur (UNASUR).

La crisis económica de Estados Unidos y Europa recién golpeó a Latinoamérica a finales de 2008, debido a la disminución del comercio mundial y una disminución de los flujos de capital. Tras una caída del 1,9% en 2009, América Latina y el Caribe creció en un 6% en 2010 gracias a la recuperación económica que ha mostrado la mayoría de los países de la región, según un

7 Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 2010.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTDATRESINSPA/EXTRESINSPA/EXTWDRINSPA/EXTIDM2010INSPA/0,,contentMDK:22305585~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:5358190,00.html>

informe anual sobre sus estimados económicos para 2010 de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

En el Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2010, se señala que las medidas contracíclicas adoptadas por varios países tras la crisis financiera internacional impactaron positivamente en el crecimiento de las economías, lo que permite augurar un aumento del 4,8% del producto interno bruto (PIB) por habitante para este año.

La consolidación de ese repunte repercutió favorablemente sobre el empleo regional, con lo que la tasa de desocupación disminuyó a alrededor del 7,6%, desde el 8,2% anotado en 2009, y mejoró la calidad de los puestos de trabajo generados. Sin embargo, hubo un ligero aumento en la inflación, que pasó del 4,7% en 2009 a un estimado de 6,2% en 2010, debido principalmente al comportamiento de los precios internacionales de algunos productos básicos.

El crecimiento de los países de la región ha sido heterogéneo. La mayoría anotó cifras positivas en 2010. Mientras que América del Sur creció en un 6,6%, el PIB en México y Centroamérica registró un 4,9% y un 0,5% en los países del Caribe de habla inglesa y holandesa. Paraguay será el país que más crecerá (9,7%), seguido por Uruguay (9%), Perú (8,6%) y Argentina (8,4%). Brasil crecerá un 7,7%, mientras que México y Chile lo harán en un 5,3%. En cambio, Haití y Venezuela registrarían caídas de su PIB, del -7% y -1,6%, respectivamente.

A partir del segundo semestre de 2010, diversos factores han generado un escenario menos optimista en la economía internacional, lo que sumado a un menor impulso sobre la demanda proveniente de las políticas públicas y al estrechamiento de la capacidad productiva ociosa, auguran un menor crecimiento de la región en 2011, del 4,2% (alrededor de un 3% de aumento del PIB por habitante).

El ambiente externo mantiene altos niveles de incertidumbre sobre la solidez de la recuperación de las economías desarrolladas, en especial de las europeas. A esto se suma el aumento de la fortaleza relativa de los países emergentes, especialmente los de América Latina y el Caribe, lo que ha generado un mayor flujo de capitales hacia la región y apreciaciones en sus monedas.

El informe indica que luego del deterioro observado en 2009 producto de la crisis, los países de la región están lentamente recomponiendo sus cuentas públicas, básicamente a través de una mejora en sus ingresos fiscales. A nivel de los gobiernos centrales, el desempeño fiscal de América Latina alcanzó al cierre de 2010 un déficit primario de

0,5% del PIB en promedio simple, en comparación con un déficit del 1,1% para 2009, mientras que tomando en cuenta el resultado global (es decir, incluyendo el pago de los intereses de la deuda pública), éste pasa de un déficit del 2,9% al 2,3% del PIB.⁸

Es de esperar que este repunte de las economías de América Latina permita que se puedan mantener y elevar los niveles de inversión social (y de inversión en salud) para avanzar hacia la cobertura universal en salud que muchos países de la Región se han propuesto. A diferencia de lo que ocurrió en la década de los años noventa, en que predominaron los procesos de reforma de los sistemas basados en mecanismos de mercado, en esta época, y a pesar de la crisis, sin embargo, las reformas sistémicas se basan en la Atención Primaria de Salud y se orientan a brindar a todos los ciudadanos cobertura universal basada en un enfoque de derechos sociales.

En 2009, América Latina y el Caribe experimentó una caída del producto por habitante del 3%, en el contexto de una crisis internacional generalizada. Dicha contracción afectó a la mayoría de los países de la región, particularmente a El Salvador, Honduras, México, el Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela. No obstante, a diferencia de otras crisis anteriores, en esta ocasión las políticas públicas jugaron un papel preponderante para evitar un impacto mayor en las condiciones laborales y sociales.

En ese mismo año, la incidencia de la pobreza alcanzó un 33,1% de la población de la región, incluido un 13,3% en condiciones de pobreza extrema o indigencia. Estas cifras se traducen en 183 millones de personas pobres y 74 millones de indigentes (véase el gráfico 1). Respecto de 2008, la pobreza solo mostró un leve retroceso, equivalente a un aumento del 0,1 puntos porcentuales, lo que muestra una disposición y una capacidad mucho más enérgica de los países para contener los efectos sociales de la crisis, en comparación con otras situaciones análogas producidas en crisis precedentes. El incremento de la pobreza extrema fue algo mayor y representó 0,4 puntos porcentuales. Tanto el número de pobres como el de indigentes aumentaron en tres millones de personas.⁹

Sin embargo los niveles de inversión pública en salud están, en la mayoría de los países, y en promedio, muy lejos de los niveles que, en una perspectiva histórica, permitirían un nivel de cobertura universal.

8 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Balance Preliminar de las Economías de América Latina y El Caribe. 2010. <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/41898/P41898.xml&xsl=/de/tpl/p9f.xsl&base=/tpl-i/top-bottom.xslt>

9 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2010. Documento Informativo. 2010

En estos proyectos de cambio sistémico en la esfera de los servicios y de política pública de acceso universal, se hace indispensable un desarrollo de recursos humanos integral, sostenible y equitativo.

Le invitamos a reflexionar sobre la situación económica de su país y las consecuencias de la crisis económica global sobre las condiciones de vida de su población y sobre las políticas sociales impulsadas por el Gobierno ante esta situación.

- ¿Qué observa acerca de la evolución de la pobreza (ingresos, empleo, consumo)?
- ¿Qué observa sobre la desigualdad social medida, por ejemplo, a través de la distribución de ingresos?

Se sugiere que busque datos de su país respecto a estos problemas o recupere casos concretos que conoce, de acuerdo a su experiencia.

Para saber más sobre la actual situación económica global y de Iberoamérica le pedimos que consulte:

Krugman, Paul ¿Tiene salvación Europa? En: www.elpais.com/articulo/primer/plano/tiene/salvacion/Europa/elpepueconeg/20110116elpneglse_2/Tes

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2010. Documento Informativo. 2010

MIGRACIONES INTERNACIONALES EN AMÉRICA LATINA La migración ha sido siempre un factor muy importante en el desarrollo de los países de América Latina. En esta Región los movimientos migratorios son resultado de la conjunción de varios factores de índole histórica, política, económica, cultural y demográfica. Desde la época colonial hasta mediados del siglo XX la región se caracterizó por un amplio contingente de población inmigrante especialmente proveniente del sur de Europa. Otro grupo humano importante en la región llegó forzosamente bajo el tráfico esclavista. Otros inmigrantes de la región fueron en menor medida chinos y japoneses (en especial Perú y Brasil).¹⁰

A partir de la década de 1950, lentamente la región dejó de ser receptora de migración para convertirse en expulsora. Hoy la migración internacional es una gran válvula de escape. Los ciudadanos se movilizan en busca de oportunidades personales, laborales, económicas y sociales, aunque en muchos casos las condiciones de vida en los nuevos países sean de mala calidad y con frecuencia se vulneren sus derechos.

¹⁰ Gainza, P. Tendencias migratorias en América Latina. Peripecias I, Junio 2006.



Según datos de CEPAL, en los últimos cinco años ha habido un incremento considerable en el número de migrantes latinoamericanos y caribeños. De un total estimado de 21 millones en el año 2000, se pasó a 25 millones en el 2005. Esta cantidad equivale al 12% del total de 200 millones de migrantes a lo largo del mundo.

Dentro de América Latina y el Caribe, la cifra de inmigrantes total representa únicamente el 1% de la población regional, mientras tanto, el porcentaje de emigrantes sube al 4%. O sea que por cada inmigrante que llega a la región, cuatro personas están afuera. Algunas excepciones que se han convertido en polos de atracción dentro de la zona son los casos de Argentina, Costa Rica y Venezuela en América Latina y Puerto Rico, Barbados y Bahamas en el Caribe. Las poblaciones inmigrantes en estos países giran alrededor del 10% y en los casos caribeños superan esta cifra.

Desde el punto de vista de los emigrados, la mayor proporción del continente en términos absolutos la tiene México, con más de nueve millones. En un alejado segundo lugar se encuentra el conjunto de naciones de la Comunidad del Caribe, con casi dos millones de emigrados; luego Colombia, con un millón y medio; seguida por Cuba y El Salvador con aproximadamente un millón cada uno. Después encontramos el grupo de países que tienen aproximadamente medio millón de ciudadanos fuera de sus fronteras son: Argentina, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana. El último grupo es el de aquellos cuyas magnitudes de emigrados oscilan entre los 100 mil y 450 mil: Bolivia, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. El único país con una cifra inferior a las cien mil personas emigradas es Costa Rica. Estas cifras en términos absolutos alteran la relación cuando son vistas en términos relativos. Los porcentajes que destacan y fluctúan entre el 8% y el 15% son los casos de Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay.¹¹

Estados Unidos es el principal destino para la población migrante latinoamericana y caribeña que alcanzó 18 millones, es decir más de la mitad del total de emigrantes latinos (25 millones). Esta población junto a sus descendientes constituyen ya la primera minoría étnica de ese país.

Los destinos posibles de esta población se han visto diversificados en los últimos años. Esta ampliación se debe a la confluencia de los factores de expulsión, la demanda de trabajadores especializados, la construcción de importantes y organizadas redes sociales en los países receptores y los vínculos históricos. Los nuevos destinos son Europa (España para los latinoamericanos;

¹¹ CEPAL. Cuatro Temas centrales en torno a la migración internacional, derechos humanos y desarrollo, Montevideo, 2006.

Inglaterra y Holanda para los caribeños; Francia, Italia y Portugal para los sudamericanos), Canadá, Japón, Australia e Israel.

Si bien actualmente la migración mundial se caracteriza por haber alcanzado la paridad de migrantes hombres y mujeres, este es un hecho muy reciente. En los años 90 América Latina ya era la primera zona del mundo con una muy alta participación femenina en la migración (de un total de seis millones de migrantes tres eran mujeres).¹²

Un fenómeno resultante de estas migraciones se observa en la transferencia de remesas de dinero a los países de origen. Para el 2005 el BID estimó que las cifras de remesas a América Latina ascenderían a 55 mil millones de dólares, 10 mil millones más que durante el 2004 y casi el doble que durante el 2002 (cuando representaban 29 mil millones).

Los países que en Latinoamérica reciben mayor volumen de dinero son México, Brasil, Colombia y El Salvador. Los que reciben menos son Trinidad y Tobago y Uruguay. De los cuatro primeros, El Salvador es el que tiene mayor dependencia de estos envíos, ya que representan el 13.5% de su PIB. Si se considera la relación entre remesas y proporción del volumen total de la economía, los principales receptores son los países pequeños con ingresos medios o inferiores. Sólo para Nicaragua las remesas representan un porcentaje mayor que para El Salvador, donde asciende al 15%. Otros países para los cuales los envíos tienen un peso relativo importante son: Honduras (10.7% de su PIB), República Dominicana (9.1%), Guatemala (6.8%) y Ecuador (5.9%).¹³

Una de las consecuencias más serias de esta migración, común a todas las zonas en vías de desarrollo, es la pérdida de capital humano, es decir de la población altamente calificada. Esto amenaza la consolidación de una masa crítica de conocimiento, lo que limita las posibilidades de las naciones de origen para contar con estos profesionales necesarios para aumentar la competitividad. En cambio el país de acogida recibe grandes contingentes de capital humano sin que su formación le haya significado ningún costo.

Otras de las consecuencias negativas de este proceso son la pérdida de poblaciones en edad productiva, la trata de personas, el tráfico de migrantes y la movilidad constante. Todo parece indicar que en las décadas venideras la migración latinoamericana seguirá dándose con los mismos volúmenes. Esto sólo podrá verse alterado si se toman serias medidas en los aspectos que refieren a desarrollo económico de los países expulsores.¹⁴

12 Gainza p. Op cit

13 Interamerican Development Bank. Remittance to Latin America and the Caribbean. 2004

14 López-Alves, F. Sociedades sin destino, Editorial Taurus, Buenos Aires, 2002

MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD Hoy es evidente que, en muchos países de ingresos bajos y medianos, alcanzar las metas más importantes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y en concreto las relativas a la salud, exige aumentar considerablemente el número de trabajadores sanitarios. Unos 100 millones de personas trabajan, en todo el mundo, en profesiones relacionadas con la salud de la población. Sin embargo, se considera que existe un serio déficit para cubrir las necesidades de los sistemas sanitarios. Se calcula que faltan en el mundo unos 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. La preocupación internacional actual se centra en la situación del África Subsahariana, en donde la migración y la escasez de personal sanitario es un grave problema para la viabilidad y sostenibilidad de los sistemas, servicios y programas de salud.

En África, 36 países no alcanzan el criterio de un médico por cada 5000 habitantes. Incluso en países que están afectados por conflictos, como Zambia y Ghana, solo hay un médico por cada 10,000 habitantes. Los profesionales africanos que dejan su país con mucha frecuencia no regresan. Los sueldos son muy bajos. Por ejemplo, el sueldo de las enfermeras en Uganda es de 36 dólares al mes, mientras que en Filipinas es de 380 y en los Estados Unidos 3000.

Pero el problema de asegurar la disponibilidad de personal de salud es un serio problema también en los países desarrollados, y allí radica una parte, un polo, del problema migratorio internacional de personal sanitario. Si en los Estados Unidos no cambia la actual tendencia, se prevé un déficit del 20% del personal de enfermería en el año 2020. En la Unión Europea, ya en el año 2000 más de la mitad de los médicos tenía más de 45 años. En Noruega la edad media de los dentistas es de 62 años.

De cierta manera, la migración descontrolada de personal de salud, y sobre todo la emigración o pérdida de profesionales de salud de los países pobres hacia los países desarrollados, constituye un fracaso o la evidencia de ausencia de políticas de desarrollo de recursos humanos y de la propia función de planificación de personal.

A pesar de la falta de estudios sistemáticos y confiables, se asume que la emigración de personal sanitario desde Iberoamérica hacia los países desarrollados es cuantitativamente significativa. Se asume, también, que Chile es el país sudamericano con mayores factores de atracción para captar recursos humanos de salud, además de Estados Unidos y Canadá, si se incluye América del Norte. En relación al conjunto de la región Iberoamericana, el principal país receptor es España.

Por ello, la situación de la migración de profesionales sanitarios en Iberoamérica se halla en pleno estudio. En el marco de la iniciativa del proyecto "Migración de Profesionales de la Salud entre América Latina y Europa. Creación de Oportunidades para el Desarrollo Compartido" (MPDC), gracias a una subvención de la Unión Europea y bajo la responsabilidad compartida entre la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, se están realizando estudios colaborativos y comparativos entre países

y subregiones de Iberoamérica, para caracterizar el problema y apoyar la definición de políticas de recursos humanos, fortalecer la función de planificación y definir marcos institucionales y estrategias de regulación de la migración de personal.

Dicho proyecto responde al mandato de la Declaración de Colonia del Sacramento de los Ministros de Salud de Iberoamérica (2006). Esta reunión significó un punto de inflexión en el tratamiento de la migración internacional de recursos humanos de salud y se ha constituido en el marco político para las diferentes acciones que se lleven adelante en este tema, estableciéndose el compromiso político de los gobiernos de la región para tomar medidas concretas para abordar el fenómeno.

En dicha reunión, los Ministros de Salud de Iberoamérica expresaron su propósito de abordar el tema migraciones en salud desde un enfoque Iberoamericano que tenga en cuenta sus peculiaridades, complejidades y dificultades tanto para el diagnóstico del fenómeno como para elaborar alternativas.

En esa misma reunión se definió que fuese Uruguay el país que coordinase un Grupo de Trabajo sobre el tema “para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados (gobiernos, escuelas de formación, empleadores públicos y privados y asociaciones de profesionales de la salud) y con los aportes de la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y con el respaldo de la Secretaría General Iberoamericana y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud”.

De acuerdo a lo establecido por la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud, se creó un grupo de trabajo “GT Migraciones” coordinado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay con el propósito de generar un espacio de análisis y monitoreo del fenómeno migratorio de RHS de los países de Iberoamérica, facilitar las coordinaciones necesarias para un abordaje sistémico, regulado e integrado con los agentes involucrados y encarar alternativas de compensaciones para mitigar el impacto de dicho fenómeno. Se establecieron los términos de referencia del GT y en función de los mismos se construyó una agenda de trabajo, se realizaron las coordinaciones correspondientes con diferentes organismos internacionales con sede en Uruguay (Organización Panamericana de la Salud y su Red de Observatorios de Recursos Humanos en Salud con sede en Washington, la Organización Internacional de Migraciones, y la Comisión Económica para América Latina) y otras nacionales con las que se llevaron adelante una serie de actividades y actuaciones vinculadas a este tema.¹⁵

¹⁵ Soto E., Rodríguez A. y R. Acuña. Migración de Profesionales de la Salud II. www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/.../art8.pdf

En el desarrollo de los estudios se ha reiterado de manera enfática que además de los aspectos cuantitativos, el fenómeno tiene que dar cuenta del impacto social, económico, político y educativo en cada uno de los países de la región.

EJERCICIO 3



Le invitamos a que reflexione...

- ¿Cuál es la situación acerca de la migración de profesionales de la salud en su país?
- ¿Cuáles son las causas estructurales y las razones para emigrar?
- ¿Cuáles son las consecuencias sobre la vida de los migrantes en sus lugares de destino y en el país de origen?
- ¿Qué impacto tiene esta situación sobre el sistema de salud en su país?

Para saber más sobre las migraciones de profesionales de salud le pedimos que revise:

OECD- Policy Brief: International Migration of Health Workers, en:
www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf

EL CONTEXTO POLÍTICO Iberoamérica es una región de gran heterogeneidad histórica, geopolítica, étnica, social, económica y cultural. En lo político, la gran mayoría de los países que la conforman son estados independientes. Como se ha visto anteriormente esta región atraviesa por un período de bonanza económica que le ha permitido, a la mayoría de países, enfrentar de manera relativamente exitosa los problemas y amenazas derivados de la actual crisis económica global.

Desde los años noventa, la Región, con muy pocas excepciones, viene experimentando un proceso paulatino de fortalecimiento de la democracia y sus instituciones. Salvo algunos episódicos brotes de autoritarismo, pasajeros períodos de deterioro en las relaciones binacionales o intentos de romper el orden constitucional, muchas veces resueltos gracias a la movilización de una mayoría de los países latinoamericanos o a la presión de la comunidad internacional, en la mayoría de casos impera el estado de derecho, la democracia representativa y la convivencia pacífica entre países.

A pesar de ello, pareciera que esta democratización aún tiene bases endeblas. En la mayoría de casos los gobiernos elegidos democráticamente no han sabido solucionar los problemas estructurales de desigualdad y pobreza. Aún persisten serios problemas de exclusión social para amplios sectores sociales (mujeres, trabajadores informales, campesinos, niños, ancianos), y aunque la economía informal es actualmente aceptada como un componente de las economías nacionales, no se han encontrado estrategias para la inclusión de grandes contingentes de informales a los beneficios del desarrollo.

A pesar de casi media década de crecimiento económico sostenido en la mayoría de países, el impacto de ese crecimiento no se ha manifestado en mayor inversión social, protección social o disminución de la desigualdad económica y social en los países. Es notable en las economías de la región la ausencia de políticas anticíclicas y es llamativa la relativamente baja inversión pública social. Así, hay todavía un piso endeble para la consolidación y legitimación social de los regímenes democráticos en esta Región.

Pareciera que las democracias en América Latina se fueron consolidando mayormente en el plano de lo formal, pero su desarrollo en el plano de lo real ha sido más lento y accidentado. Los cambios de régimen se dieron en muchos casos sólo en la arquitectura institucional de la etapa autoritaria. Los cambios institucionales van siendo muy lentos y los actores identificados con el autoritarismo que han controlado y manejado el poder por décadas, aún siguen vigentes y activos.

Es casi un lugar común hablar de la crisis de representatividad de los partidos políticos y se espera casi con naturalidad que en cada elección aparezca el outsider o el aventurero que capitalice esta debilidad política de las democracias.

La corrupción como forma de relación política ha sido efectiva e incluso importante en algunos países y esto también ha erosionado las bases de las instituciones y la cultura política de los ciudadanos, que se expresa en desconfianza de la mayoría de sus instituciones.

El libro publicado por Latinobarómetro y CEPAL en el año 2010, "América Latina Frente al Espejo", en el cual se comparan datos objetivos con los resultados de Latinobarómetro (subjetivos), es una evidencia de la brecha que hay entre lo que los ciudadanos comprenden de la realidad y la realidad que miden los gobiernos para diseñar sus políticas. La incongruencia entre la realidad y la percepción, la brecha de apreciación de los fenómenos es lo que estos estudios como Latinobarómetro han permitido observar y ahora medir. En la medición del problema principal de América Latina observamos precisamente esta brecha.

A pesar de que hay diferentes niveles de impacto por país, se puede decir que en promedio la actual crisis hizo retroceder los buenos resultados del quinquenio virtuoso en cuanto a desempleo (aumentó del 15% en 2008 al 21% en 2009), expectativas e inseguridad de perder el empleo, pero ese retroceso no dismanteló los avances previos. En el 2010, el desempleo vuelve a bajar al 19%. La recuperación es rápida y retoma los niveles cercanos al mejor momento que ha tenido la región en estos últimos 15 años.

Al agregar las respuestas espontáneas, la conclusión es que, más allá de los avances que ha tenido la región, el problema principal sigue siendo el problema económico. En efecto, la suma del desempleo (19%), los problemas económicos (12%) y la pobreza (7%), es decir, el 38% de los habitantes de América Latina reconoce los problemas económicos como el más importante. Eso sí, a los ojos de la gente y su manera de verbalizarlo, el problema que obtiene la mayor cantidad de menciones es "la delincuencia", ya que la gente no expresa las respuestas como "problemas económicos", sino que las desagrega en diversas particularidades de ese conjunto.

En 2010, hay una significativa disminución de "los problemas económicos" respecto del 2009, donde alcanzaban un 44%. La delincuencia, en contraste, aparece como el segundo problema más importante cuando no se toman las respuestas espontáneas, sino que se agrupan. Incluso, si se le agregara a la delincuencia el problema de la violencia, que en el año 2010 alcanza el 3% en las respuestas espontáneas, la suma entregaría un total del 30%, todavía inferior a la percepción de los problemas económicos.

Desde el año 2007 el apoyo a la democracia aumenta sostenidamente. No se producen saltos sino más bien aumentos aparentemente poco significativos al comparar un año

con otro. Es la primera vez, desde que se empezó a medir este indicador principal de la democracia, que se produce un aumento sostenido en cuatro años sucesivos. Todos los otros datos presentados concuerdan con este, en el sentido de que el año 2010, sin duda, muestra un punto superior de desarrollo de la democracia desde 1995.

Al mismo tiempo, eso no significa que la preferencia por un régimen autoritario haya sido dismantelada o disminuya o cambie de manera significativa. Similar proceso sufren aquellos que son indiferentes al tipo de régimen. Los autoritarios se mantienen a lo largo de los 15 años en proporciones invariables cercanas al 15%, mientras que los indiferentes habían aumentado hasta llegar al 22% en 2003, para retroceder al 16% en el 2010.

En otras palabras, el aumento del apoyo a la democracia todavía no hace cambiar la estructura de las opiniones sobre el tipo de régimen, si bien evoluciona en el sentido correcto. Esto muestra cómo los análisis iniciales sobre la democracia fueron prematuros en augurar rápidos cambios y procesos evolutivos fuertes.

Estos 15 años de datos muestran que los cambios son lentos y no siempre congruentes entre sí. Este mismo informe da cuenta de la complejidad del análisis de la democracia, porque para producir este aumento sostenido de apoyo han debido cambiar un sinnúmero de aspectos políticos, económicos y sociales, de los cuales los datos dan cuenta. Es decir, los cambios en la cultura cívica, en la legitimidad de las instituciones, la confianza en ellas, entre otras, han aumentado más que el apoyo a la democracia y respaldan ese aumento. Son, en definitiva, los cambios sistémicos, o sea, los cambios que suceden en una parte importante de los instrumentos de la democracia, los que van teniendo como consecuencia el aumento en el apoyo.¹⁶

Una consecuencia muy importante del fortalecimiento de las democracias y sus instituciones nacionales es el fortalecimiento de las capacidades de los gobiernos para la gobernanza, gobernabilidad y sostenibilidad de las políticas públicas. En la medida en que se generan y crecen las capacidades institucionales en los organismos legítimos de los gobiernos democráticos, se pueden emprender políticas de estado, compromisos políticos estables y responsables, pactos de largo plazo alrededor de políticas públicas necesarias para el desarrollo económico y el bienestar de los ciudadanos.

16 Latinobarómetro 2010. La Democracia en América Latina. <http://www.latinobarometro.org/>

La existencia actual de políticas públicas de salud, de inversión social y de desarrollo de recursos humanos de salud, por ejemplo, son indicadores de maduración, consolidación y fortalecimiento de las instituciones responsables de dichas políticas. En ese entorno es posible realizar una planificación de medio y de largo plazo, como la que se requiere para orientar los procesos de desarrollo de recursos humanos en salud.

EL PROBLEMA DE LA DESIGUALDAD ESTRUCTURAL EN LAS SOCIEDADES DE IBEROAMÉRICA

Es casi un lugar común en el ámbito de las políticas sociales repetir que la distribución del ingreso en los países de América Latina está entre las más desiguales del mundo, característica que se ha mantenido a lo largo de las últimas cuatro décadas. A grandes rasgos, el ingreso captado por los cuatro deciles más pobres es, en promedio, menos del 15% del ingreso total, mientras que el decil más rico capta alrededor de un tercio del ingreso total. Asimismo, el ingreso medio captado por el 20% más rico de la población supera en 19,3 veces al del quintil más pobre.

En los últimos años, la mayoría de los países ha presentado una tendencia leve hacia una menor concentración del ingreso. Entre 2002 y la última estimación disponible, la brecha entre quintiles extremos de la distribución se redujo en 14 de un total de 18 países y el índice de Gini bajó por lo menos un 5% en 11 países. Solo la República Dominicana y Guatemala (hasta 2006, fecha del último dato disponible) tuvieron un deterioro distributivo en el período. Es necesario, no obstante, ubicar el dato distributivo en el contexto de la desigualdad estructural que caracteriza históricamente a las sociedades Iberoamericanas.

Esta heterogeneidad estructural de la región tiene que ver con el hecho de que las brechas en productividad generan, a su vez, brechas en acceso a derechos laborales, a condiciones de bienestar, a salarios justos, a espacios de deliberación política, a reconocimiento simbólico y a información. Se genera así una cadena de desigualdades en las sociedades, a lo largo de la vida, pero que se concentran en la parte temprana del ciclo de vida de formación y desarrollo de capacidades. Es en esos primeros años que se generan y consolidan diferenciaciones que refuerzan la reproducción intergeneracional de la pobreza y la desigualdad.

Casi todo lo que el Estado, el mercado y la comunidad proveen al niño en la primera infancia es filtrado y redistribuido por la familia. En la medida en que se avanza en el ciclo vital del niño hacia la adolescencia y la juventud, se incrementan sus vínculos directos con el Estado, con el mercado y con la comunidad.

Sin embargo el papel del Estado, y sus mecanismos de transferencias y regulaciones, es particularmente débil en América Latina para enfrentar las desigualdades de origen. En otras palabras, el inicio de la vida de los niños latinoamericanos depende

mucho de su situación familiar y, a su vez, las familias tienen una gran dependencia del mercado y reciben poco apoyo del Estado. La ausencia de sistemas adecuados de transferencias dirigidas a las familias con hijos, la limitación de la cobertura, el cuidado y la protección de la primera infancia por parte del Estado, la baja penetración de los sistemas preescolares, la poca extensión horaria del ciclo escolar, la incapacidad del sistema para retener a los estudiantes en la educación media y la ausencia de apoyo a los jóvenes y jóvenes adultos para iniciar una vida autónoma restringen de manera extraordinaria las perspectivas de movilidad social futura de los niños nacidos en los sectores de menores ingresos.

Es necesario abordar estas dinámicas desde los ángulos de la pobreza y la desigualdad, el gasto y la política social, el sistema educativo y sus logros y limitaciones, y los sistemas de transferencias intergeneracionales, observando tanto las que provienen del Estado como las que se realizan a través de las familias.¹⁷

Los datos muestran que, pese a la crisis económica y la caída generalizada del producto en 2009, la pobreza en la región prácticamente no aumentó y la indigencia sufrió un leve incremento. A esto contribuyeron diversos factores, como el mantenimiento de los salarios reales, gracias a la baja inflación, y las políticas para evitar pérdidas masivas de empleo, junto con una leve mejora de la estructura distributiva de los ingresos. Por otra parte, se ha mantenido una tendencia positiva en el acceso a servicios básicos y educación.

Si bien en material educativo se han registrado avances importantes en este ámbito en las últimas décadas, la mayor expansión del acceso a la educación también ha provocado una mayor segmentación en materia de logros y calidad de la oferta. A las desventajas socioculturales con que llegan al sistema educativo los estudiantes de menores recursos se suma su acceso a servicios de enseñanza de menor calidad respecto de los estudiantes de mayores recursos, lo que refuerza la desigualdad de las trayectorias de aprendizaje.

El gasto social refleja la efectividad de la intervención del Estado. El esfuerzo que han realizado los países de la región en las últimas dos décadas por aumentar los recursos disponibles para la ejecución de la política social ha sido moderado. Prácticamente todas las partidas de gasto público social, salvo Vivienda, han registrado un leve incremento o se han mantenido sin cambio, no solo en términos absolutos sino también relativos, con contadas excepciones y períodos.

17 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2010. Documento Informativo. 2010

Buena parte de este esfuerzo ha sido concomitante con el crecimiento económico, que facilitó la expansión de recursos. Por otra parte, los sectores sociales que más incrementaron sus recursos públicos fueron la seguridad y la asistencia social, seguidos por la educación. Parte de la asistencia social se destina a la lucha contra la reproducción intergeneracional de la pobreza y, en este sentido, beneficiará a las nuevas generaciones. No obstante, sin duda es el gasto en educación el que va dirigido principalmente a la niñez y juventud, destinándose a ello grandes cantidades de recursos. Cabe destacar que el gasto por estudiante se ha incrementado de modo significativo.

Los cambios observados en la pobreza provienen de distintas interacciones entre el crecimiento del ingreso medio de las personas (efecto crecimiento) y los cambios en la forma en que se distribuye este ingreso (efecto distribución). En cinco de los países en que la pobreza disminuyó en 2009 (la Argentina, Chile, el Perú, la República Dominicana y el Uruguay) predominó el efecto crecimiento, mientras que en otros cinco (el Brasil, Colombia, el Ecuador, Panamá y el Paraguay) tuvo una participación mayoritaria el efecto distribución. Por su parte, el aumento de la pobreza en Costa Rica se originó en un claro deterioro distributivo.¹⁸

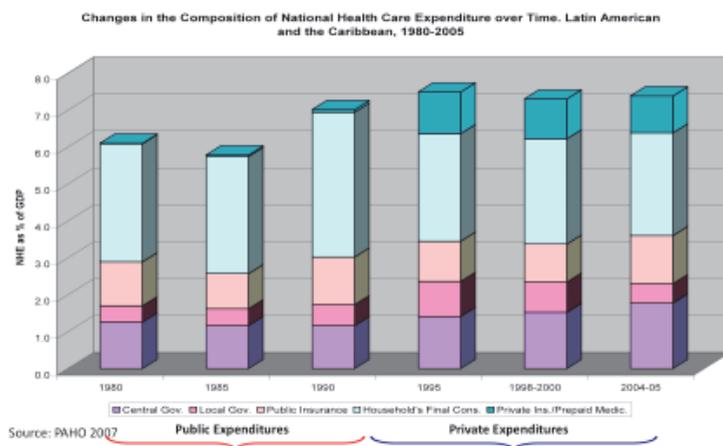
FINANCIAMIENTO Y PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD En estos momentos, el financiamiento suficiente y sostenible para un sistema de salud que se propone cubrir universalmente, con calidad, equidad y eficiencia a todos sus ciudadanos, es tal vez el componente más crítico de todos, considerando la naturaleza de las políticas económicas vigentes en la mayoría de países y la coyuntura general de incertidumbre ante la evolución de la crisis financiera y económica global.

La inversión en salud en la Región, de manera general, es insuficiente. Esto es particularmente significativo si se trata de lograr las metas de cobertura universal que varios países se vienen proponiendo. En los problemas de acceso a servicios, subyace el tema de la insuficiencia crónica que ha tenido el financiamiento público a la salud y su impacto redistributivo sobre los grupos de menores recursos; lo cual es otro rasgo característico de la Región.

El promedio actual de gasto público en salud es del 3,6% del PBI. La experiencia histórica muestra que difícilmente se puede llegar a niveles de cobertura universal por debajo del 6 a 6,4%. Además es de preocupar la composición de gasto nacional en salud en esta Región, con un componente de gasto privado mayoritario en muchos, si no en la mayoría de ellos, como se puede apreciar en la figura siguiente.

¹⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2010. Documento Informativo. 2010

El impacto de la crisis Económica global sobre los sistemas y servicios de salud (mecanismos de transmisión).



Este gráfico muestra la composición público-privada del gasto total nacional en salud como proporción del PIB de América Latina y el Caribe. Las secciones superiores en verde claro y oscuro representan el gasto privado de las familias en relación al gasto total, mostrándose el alto peso que tiene el gasto de bolsillo de los hogares en el financiamiento de la salud. La información disponible indica que el rubro de medicamentos se lleva la proporción más alta del gasto de bolsillo, lo cual en tiempos de crisis económica y en caso de eventos catastróficos, los efectos sobre los hogares más pobres son devastadores.

En cuanto al gasto público en salud existen evidencias que sugieren que durante el período de crecimiento económico de los últimos años, éste tuvo incrementos tanto en su proporción con respecto al PIB como en términos reales, lo que permitió mejorar la relación del gasto público en salud per-cápita.

Resulta fundamental que en tiempo de crisis se proteja el gasto público en salud y se evite su disminución en términos reales y per-cápita. Garantizar los insumos estratégicos para la salud, como medicamentos, vacunas, materiales sanitarios, etc. resulta un aspecto crítico en estos momentos de crisis, lo cual es vital para sostener los logros alcanzados y evitar el deterioro de las condiciones de salud y en particular de los grupos más vulnerables.¹⁹

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 4. 2007
<http://www.paho.org/hia/home.html>



Considerando la información aportada y aquella de la que Ud dispone, le invitamos a que reflexione en torno a las siguientes cuestiones:

- A pesar del crecimiento económico y del fortalecimiento de la democracia ¿por qué persisten las desigualdades sociales como gran problema?
- ¿Cómo se refleja esta situación de desigualdades sociales en los sistemas de salud y en la situación de salud de la población?

ACERCA DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES Tomar en consideración las necesidades de salud de la población constituye una cuestión importante para orientar la toma de decisiones, en términos de identificar necesidades de personal de salud. Se trata de analizar la estructura, composición y dinámica de la población del país, las tasas de mortalidad y morbilidad, los indicadores de salud sexual y reproductiva, entre otros significativos, en perspectiva demográfica e histórica. Este componente es muy importante porque da una idea al planificador de recursos humanos sobre las características y necesidades de la población a quienes cuidan y atienden los trabajadores de salud y las perspectivas de cambio en la naturaleza de la demanda por servicios.

La población de América Latina va en aumento, pero las tasas de natalidad y fecundidad están disminuyendo, a pesar de que difieren considerablemente de un país a otro. La salud sexual y reproductiva comprende básicamente la salud materno-infantil, de los adultos y de los adolescentes. Alrededor de 11,7 millones de niños nacen en América Latina. El análisis de indicadores de salud sexual y reproductiva le da al planificador de recursos humanos una idea de la definición de las necesidades de salud de un grupo poblacional muy grande y sobre una demanda por servicios que en muchos países sigue siendo la más importante.

Los determinantes sociales de la salud son los factores derivados de la estructura y la dinámica económica y social que influyen tanto en las condiciones de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios de salud de la población de un determinados país.

Como indica la OMS en su Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud: "la situación de salud de la población es consecuencia del entorno social en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen". Esos «determinantes sociales de la salud» han sido objeto de investigación durante tres años por un grupo de destacados rectores de políticas, docentes, y antiguos jefes de Estado y Ministros de Salud, que integran dicha Comisión, que presentó su informe el 28 de agosto del 2008.²⁰

²⁰ Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación. Informe Final, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

El planificador de recursos humanos de salud necesita conocer estos determinantes, en la medida que explican muchas de las características de la situación de salud que deben transformar los trabajadores de la salud, las condiciones en las que desarrollan su labor, y debido a que son, asimismo, las mismas condiciones en las que desarrollan su vida y su trabajo los propios trabajadores de salud.

La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008) encontró pruebas que demuestran en general que los pobres están en peor situación que los menos pobres, pero también encontró que los menos pobres están peor que los de ingresos medianos, etc. Esa pendiente que vincula los ingresos con la salud es el gradiente social, y se observa por doquier, no sólo en los países en desarrollo sino en todos los países, incluidos los más ricos. En unos países, la pendiente es más pronunciada que en otros, pero el fenómeno es universal.

El crecimiento económico aumenta los ingresos en muchos países, pero el aumento de la riqueza, por sí solo, no necesariamente mejora la situación sanitaria nacional. Si los beneficios no se distribuyen equitativamente, el crecimiento nacional puede incluso agravar las inequidades. En años recientes, la riqueza, la tecnología y el nivel de vida han aumentado enormemente a escala mundial, pero la cuestión neurálgica es de qué modo ese aumento se utiliza para distribuir con justicia los servicios y el desarrollo institucional, especialmente en los países de ingresos bajos. En 1980, los países más ricos que albergaban un 10% de la población del mundo tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres que albergaban un 10% de la población del mundo. Tras 25 años de globalización, la diferencia ha aumentado a 122, según informa la Comisión. Peor aún, se constata que en los últimos 15 años, en muchos países de ingresos bajos cada vez es menor la parte del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre.

Gran parte de la labor necesaria para corregir las inequidades sanitarias compete a esferas externas al sector de la salud. Según el informe de la Comisión «la causa de las enfermedades transmitidas por el agua no es la falta de antibióticos, sino la suciedad del agua, y las fuerzas políticas, sociales y económicas que no logran proporcionar agua limpia a todos; la causa de las cardiopatías no es la carencia de unidades de atención coronaria, sino el modo de vida de la población, que está configurado por el entorno en que vive; la obesidad no es culpa de un vicio personal, sino de la excesiva disponibilidad de alimentos ricos en grasas y azúcares». Por consiguiente, el sector de la salud, a escala mundial y nacional, tiene que prestar atención a las causas últimas que subyacen a las inequidades en materia de salud.

La Comisión formula tres recomendaciones generales para afrontar «los devastadores efectos de la inequidad de las oportunidades de vida»:



- Mejorar las condiciones de vida cotidianas, en particular las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos - los factores estructurales de aquellas condiciones - a nivel mundial, nacional y local.
- Medir y entender el problema, y evaluar el impacto de las intervenciones.²¹

Para el análisis y la reflexión:

- ¿Cómo explicaría la relación entre inequidades y mortalidad materna e infantil en América Latina y en su país? Busque datos de su país sobre mortalidad materno-infantil.
- ¿Podrán ser cumplidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio en su país? Le sugerimos revisar los indicadores más usados que se refieren en el Anexo de este Módulo.

Para saber más:

...sobre la dinámica de la población, la situación de salud en su país y sobre los determinantes sociales de la salud, les pedimos que revisen las fuentes de información:

Organización Panamericana de la Salud/DMS

La Salud en las Américas. Capítulo 2. Washington DC. 2007
<http://www.paho.org/hia/home.html>

Organización Mundial de la Salud/DMS

Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación. Informe Final, 2008
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

Otras fuentes de información sugeridas:

Naciones Unidas: <http://www.un.org/>

World Bank: www.worldbank.org

Celade (División de Población de la CEPAL): www.cepal.org/celade

CEPAL www.eclac.org

²¹ Ibid.

EL SISTEMA DE SALUD constituye el contexto institucional y organizacional inmediato en el que los recursos humanos de salud hacen efectiva su contribución a la salud de la población. Es el medio en el que trabajan y se educan los trabajadores de salud, actuales y futuros de un país.

Es una visión unánime que el desarrollo de los recursos humanos es uno de los componentes esenciales de todo sistema de salud. No hay sistemas de salud sin personal de salud. Por ello es de la mayor importancia realizar un análisis de la estructura, orientación, funcionamiento y resultados de los sistemas de salud para identificar las necesidades, los problemas y las posibilidades de cambio en este componente esencial. La caracterización del sistema de salud es tal vez la tarea previa más importante a realizar cuando se trata de planificar los recursos humanos de salud en un país.

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD? Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud se asumirá que un sistema de salud consiste de todas las instituciones, organizaciones, personas y acciones cuya finalidad esencial es promover, recuperar o mantener la salud. Incluye por tanto no solamente aquellas acciones más directamente orientadas a la salud, sino también las políticas, programas y acciones para lidiar con los determinantes de la salud. Aclara la OMS que un sistema de salud es más que una "pirámide" de servicios públicos que ofrecen servicios de atención a las personas. Incluye, por ejemplo, los cuidados que una madre le da a su niño enfermo en su casa, los servicios de proveedores privados, los programas de control de vectores, la acción de los aseguradores de salud, la acción intersectorial que realizan los trabajadores de salud, la capacitación de parteras empíricas por el Ministerio de Salud, etc.²²

Todo sistema de salud se basa en un conjunto de valores y principios. Estos valores y principios obedecen a los valores y principios de la política sanitaria que a su vez expresa la orientación social y económica del gobierno y su proyecto político. Un número significativo de países asumen como propios los valores y principios impulsados por la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud y los que emanan del enfoque de derechos sociales.

El objetivo mayor y más importante de todo sistema de salud es proteger la salud de todos sus ciudadanos con equidad y efectividad. También se plantean un conjunto de objetivos intermedios que tienen que ver con el acceso a la cobertura de servicios que ofrecen intervenciones efectivas, calidad y seguridad.²³

22 WHO. Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action, 2007

23 OMS. Maximizar las sinergias positivas entre os sistemas de salud y las iniciativas sanitarias mundiales, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_HSS_08.05_spa.pdf

En el año 2007 la OMS publicó un marco para la acción orientado al fortalecimiento de los sistemas de salud, en el que presentaba un modelo analítico de seis ladrillos -o building blocks-, que sustentarían el edificio de un sistema de salud, considerando los seis componentes que se expresan en el siguiente texto.

Los seis componentes de un sistema de salud

- Buenos servicios de salud son aquellos que ofrecen atención personal y no personal efectivas, seguras, de buena calidad, a todos aquellos que la necesitan, cuándo y dónde lo necesitan, con un mínimo desperdicio de recursos.
- Una fuerza de trabajo de adecuado desempeño es la que trabaja con buena capacidad de resolución, respetuosa y eficientemente para alcanzar los mejores resultados sanitarios posibles, considerando los recursos y las circunstancias disponibles.
- Un sistema de información que funciona bien es aquel que asegura la producción, análisis, diseminación y uso de información confiable y oportuna, sobre los determinantes de la salud, el desempeño de los sistemas de salud y el nivel y situación de salud de la población.
- Un sistema de salud que funciona bien asegura un acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías de calidad, seguridad, eficacia y efectividad garantizadas y costo-efectivas, y su utilización basada en el conocimiento científico.
- Un buen financiamiento del sistema de salud es aquel que logra fondos en cantidad adecuada a las necesidades, que asegura que la población acceda a los servicios que necesita y que los proteja de las catástrofes financieras o del empobrecimiento derivado de tener que pagar por los servicios.
- El liderazgo y la gobernanza implica asegurar que existen políticas y estrategias sanitarias efectivas, controles, rendición de cuentas y adecuadas regulaciones e incentivos.²⁴

Para saber más sobre cada componente...

Se le pide que lea:

WHO. Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action, 2007

²⁴ WHO. Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action, 2007

EL SISTEMA Y LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD: HACIA LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Los sistemas de salud en esta región adolecen de problemas estructurales como la segmentación y la fragmentación, que impiden una adecuada prestación de servicios con equidad, cobertura universal, calidad y eficiencia.

La segmentación se refiere a la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, cada uno de ellos "especializado" en diferentes estratos de la población, de acuerdo a su inserción laboral, nivel de ingreso, capacidad de pago, y clase social. Esta condición tiene serias consecuencias como son:

- Consolida y profundiza la inequidad en el acceso y utilización entre los diferentes grupos poblacionales.
- Coexisten sin que lleguen a contribuir a la garantía de la cobertura universal una o varias entidades públicas, el seguro social, y diversos financiadores/aseguradores y proveedores privados.

La fragmentación tiene que ver con la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en una red de servicios de salud. Trae como consecuencia:

- Servicios / establecimientos que no colaboran mutuamente, sino que ignoran y/o compiten con los otros prestadores.
- Múltiples agentes operando sin integración que impiden la estandarización de los contenidos y la mejoría de la calidad, y aumentan el costo de la provisión de servicios.
- Genera incrementos en los costos de transacción y una asignación ineficiente de los recursos del sistema.

Superar estas deficiencias históricas no es tarea fácil ni de corto plazo. Se han consolidado verdaderas culturas sanitarias y una telaraña de procedimientos burocráticos y déficits crónicos de recursos esenciales, que impiden mejorar la prestación de servicios en base a la APS. En la agenda actual de la transformación de la prestación de servicios, se cuentan algunos temas esenciales, sin cuya solución no se lograrían los objetivos de la transformación sistémica que se busca:

1. Garantizar el acceso a servicios adecuados. Se trata en lo sustancial de eliminar las barreras al acceso, principalmente las barreras económicas en los servicios públicos (pago por los servicios) que son las más importantes, pero también se deben considerar las barreras culturales y geográficas.

2. Integralidad de la atención. Tiene que ver con la superación de un tradicional modelo de atención concentrado en la recuperación de la enfermedad y avanzar a construir una atención integral que incluya acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Este

cambio se tiende a denominar cambio del modelo de atención. Supone también el cambio de una modalidad de atención definida por la oferta institucional a otra modalidad de atención con foco en la población agregada (que incluye al individuo, la familia y la comunidad).

3. Continuidad de la atención. Este desafío tiene relación con el cambio del modelo de atención. En lo fundamental se refiere a que el sistema de salud le garantice al ciudadano la resolución de su problema a lo largo de los diversos niveles en un proceso continuo de atención. Tienen gran importancia la adecuada relación de cooperación y sinergia entre los niveles de atención, sobre todo entre el primer nivel de la atención cercana al domicilio y el nivel de resolutivez siguiente, utilizando mecanismos de referencia y contrarreferencia.

4. Calidad de la atención y seguridad del paciente. Todas las personas que acuden a un servicio de salud merecen tener la absoluta seguridad de que como consecuencia de las intervenciones que requiere, la solución de su problema de salud no será dañado voluntaria ni involuntariamente, ni tratado de manera inadecuada. La calidad de la atención que todo ciudadano merece no es solamente la cualidad científica de la atención (al aplicar el saber y la tecnología que la ciencia pone a su disposición), sino también el respeto en el trato y en su dignidad como persona.

5. Gestión del servicio. Se imponen nuevas normas, criterios, sistemas administrativos y procedimientos para asegurar, con oportunidad y eficiencia, los recursos que se requieren para una atención centrada en la persona, sus necesidades y demandas, y no en la gerencia de la oferta. La descentralización de los sistemas de salud, la informatización de procesos y una mayor coordinación de la capacidad sanitaria instalada en un territorio, ayudan a una nueva y mayor gestión del servicio. Pero se requieren también cambios culturales para que el personal atienda a los ciudadanos en el marco del nuevo modelo de atención, en equipo y en una relación democrática con la población.

6. Superar la fragmentación organizacional en el territorio. Este es un proceso que requiere de definiciones políticas y estrategias y mecanismos de índole sistémica. Decisiones y definiciones de alto nivel y de vasto alcance que obliguen a las direcciones de los subsistemas a buscar puntos de encuentro, como por ejemplo entre los servicios de salud del Ministerio de Salud y de los Institutos de Seguridad Social, que, por ahora, comparten en la práctica solo la presencia física en un territorio. Se trata de avanzar hacia programas y servicios conjuntos, coordinados en un primer momento, pero con vocación de integración progresiva, buscando mecanismos para establecer metas poblacionales comunes y procesos de gestión conjunta.

Para avanzar hacia estas transformaciones en la prestación de los servicios, un número grande de países están apostando por la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La idea que orienta las RISS no es nueva, sino que ya estaba incluida en la Declaración de Alma Ata sobre APS de 1978.

Se trata de una RED de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida en un espacio territorial determinado, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.²⁵

Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud

Modelo asistencial

1. Población y territorio a cargo.
2. Red de establecimientos (atención integral).
3. Primer nivel de atención – puerta de entrada.
4. Servicios especializados en el lugar más apropiado.
5. Mecanismos de coordinación asistencial – continuum asistencial.
6. Atención apropiada al contexto social centrada en la persona-familia-comunidad.

Gobernanza y Estrategia

7. Sistema de gobernanza único.
8. Amplia participación social.
9. Acción intersectorial – Determinantes de la salud.

Organización y Gestión

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos Humanos suficientes y competentes.
12. Sistema de información integrado.
13. Gestión basada en resultados.

Financiamiento e Incentivos

14. Financiamiento adecuado e incentivos alineados.

LA INFORMACIÓN SANITARIA La generación, disseminación y uso de información, inteligencia e investigaciones sobre la salud y sobre los sistemas de salud son esenciales para la toma de decisiones en los diversos niveles del sistema. Es de necesidad vital para una efectiva capacidad

²⁵ Organización Panamericana de la Salud. SERIE La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid

de gobierno, que oriente el sistema hacia los objetivos del proyecto social y político de quien gobierna. Para el caso que nos interesa aquí, los sistemas basados en la APS.

En la mayoría de países de la región existe una paradoja que se explica, de manera curiosa, por la debilidad de los sistemas de información. Esa paradoja consiste en que existiendo una gran cantidad de datos recogidos a lo largo y ancho de los sistemas de salud, falta información confiable, oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

Esta condición tiene que ver con la gran fragmentación y funcionamiento autónomo de numerosos "sistemas" de información. Cada programa, cada dependencia se cree en la obligación de tener su propio sistema de información y de solicitar a los niveles más periféricos del sistema la información en la cantidad y de la calidad que cree conveniente. El resultado es deficitario, poco útil e ineficiente, con un agravante adicional: la baja sostenibilidad de dichos llamados sistemas. Son iniciativas de vida corta, baja pertinencia y dudosa utilidad.

Otra condición ligada a lo anterior es el bajo uso que se le da a esa información que con frecuencia es frondosa. La capacidad de análisis de esa información y la capacidad para alimentar de manera efectiva y oportuna los procesos de decisiones estratégicas deja mucho que desear. Por ello es que la agenda sobre sistemas de información y desarrollo de inteligencia y conocimiento para la gestión estratégica de los sistemas de salud incluye entre sus prioridades:

- Construir sistemas nacionales de información que sean lo más integrados posibles (incluyendo información sobre población, epidemiológica, servicios, recursos y desempeño del sistema y sus servicios). Ello implica fortalecer el monitoreo y la evaluación de políticas, estrategias, programas y servicios. La descentralización de los sistemas de salud es un proceso que debe ser considerado como eje de la construcción del nuevo sistema.
- Fortalecer los componentes de vigilancia de la salud, incluyendo, junto a la información tradicional de vigilancia epidemiológica, otros procesos ligados a la distribución y uso de servicios y bienes, así como aquellos componentes derivados del Reglamento Sanitario Internacional.
- Ordenar la gestión de los sistemas. Ello implica evitar reportes paralelos y la construcción de redes de información, incluyendo redes de colaboradores más allá del sistema y el uso sistemático de fuentes no convencionales pero de gran utilidad como los medios de comunicación.

La situación de los sistemas de información sobre los recursos humanos de salud es bastante precaria. Se caracterizan por su fragmentación, falta de criterios comunes para efectos de comparabilidad, bajo uso y escaso análisis. En los últimos doce años, con la instalación de observatorios de recursos humanos impulsados por la OPS, se ha visto una mejoría de la información disponible para la definición de políticas de personal de salud, aunque aún queda mucho trabajo por hacer en lo que respecta a construir sistemas de información pertinentes, sólidos y sostenibles.

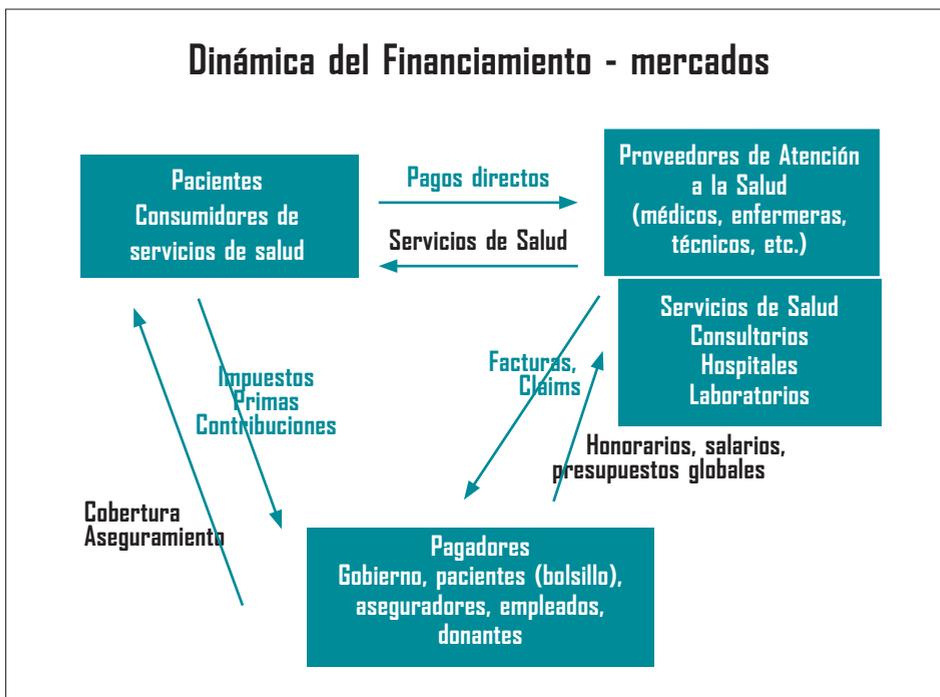
MEDICAMENTOS, VACUNAS Y TECNOLOGÍAS La adquisición, distribución y sobre todo, aseguramiento del acceso universal, oportuno y equitativo de la población a productos y bienes sanitarios, como medicamentos, vacunas y tecnología, es una de las responsabilidades de mayor visibilidad e importancia económica en todo sistema de salud. El gasto en medicamentos es uno de los rubros más importante del gasto total, y el gasto de bolsillo de los hogares para la compra de medicamentos es el principal componente del gasto sanitario privado, gasto considerado como altamente regresivo e inequitativo.

La gestión pública de los medicamentos, y no es diferente la de vacunas y otros productos esenciales para la atención a la salud, es complejo y supone lidiar permanentemente con las condiciones que imponen los mercados, en términos de precios, calidad y costos. La presión constante y en todos los niveles de gobierno de la industria farmacéutica es un factor importante a considerar. Una adecuada capacidad de gobierno y de gestión del proceso de medicamentos requiere competencias sólidas en planificación de necesidades, adquisición, regulación, control, logística y distribución.

Para la mayoría de países el desarrollo de tales competencias críticas son esenciales. Ello implica avanzar en la construcción de capacidades en las siguientes condiciones clave para asegurar una apropiada gestión de estos bienes críticos:

- Definición de políticas nacionales de medicamentos, vacunas y tecnologías. Definición de estándares, protocolos y regulaciones (que ayuden a la ejecución de las políticas). Especial consideración merece la definición de políticas de medicamentos genéricos.
- Construcción de adecuada capacidad de regulación y control de los procesos de producción, adquisición, comercialización (precios) y distribución.
- Gestión de la información de naturaleza abierta sobre precios, acuerdos de comercio internacional y capacidad para negociar precios.
- Aseguramiento de prácticas confiables de producción y de evaluación de la calidad de los productos (sobre todo los prioritarios).
- Desarrollo de sistemas efectivos y eficientes de compras, almacenamiento y distribución
- Promoción efectiva de uso racional de medicamentos esenciales, equipos (protocolos, estrategias, capacitación).
- Políticas de promoción de la seguridad del paciente.

ACERCA DEL FINANCIAMIENTO En la mayoría de países (constituídos como economías de mercado), la dinámica del financiamiento sanitario es altamente compleja y pone a prueba la capacidad de gobierno y de gestión de este importante componente de los sistemas de salud. Hay por lo menos cuatro tipos de mercados que requieren ser regulados adecuadamente so riesgo de que las llamadas imperfecciones de los mercados agraven los ya importantes problemas de exclusión y de inequidad en el acceso a los servicios y a los bienes y productos sanitarios.



El gobierno puede utilizar algunas herramientas para regular el financiamiento. El gasto público y los ingresos fiscales son las herramientas más importantes que puede utilizar un gobierno para lograr un financiamiento y acceso más equitativos a los servicios de salud.

Hay, sin embargo, algunos problemas importantes. Se requieren niveles más elevados de impuestos para financiar las actividades gubernamentales, similares a los sistemas que utilizan los gobiernos de los países desarrollados. Sin embargo, los países en desarrollo —incluidos los de América Latina y el Caribe— no utilizan plenamente la mayoría de estos instrumentos fiscales. Los países de ingresos bajos de la región de América Latina y el Caribe enfrentan un círculo vicioso de gobiernos débiles y falta de fondos para establecer instituciones lo suficientemente sólidas para imponer códigos impositivos y políticas fiscales, y asegurar la sostenibilidad de los programas sociales.

La elección de políticas públicas afecta a los niveles de gasto público en salud y a los programas sociales. Las grandes variaciones en el impacto distributivo del gasto público en servicios de salud y en programas de salud pública sugieren que, en la mayoría de los países de la Región, hay posibilidades suficientes para mejorar la utilización de las herramientas de financiamiento y gasto público con objeto de lograr un financiamiento y un acceso más equitativos a los servicios médicos. Los datos presentados en esta sección sugieren que los gobiernos de la región de América Latina y el Caribe, en particular los de los países de bajos ingresos, tienen capacidad potencial para utilizar las herramientas fiscales existentes con mayor efectividad para afrontar los temas de salud y equidad.²⁶

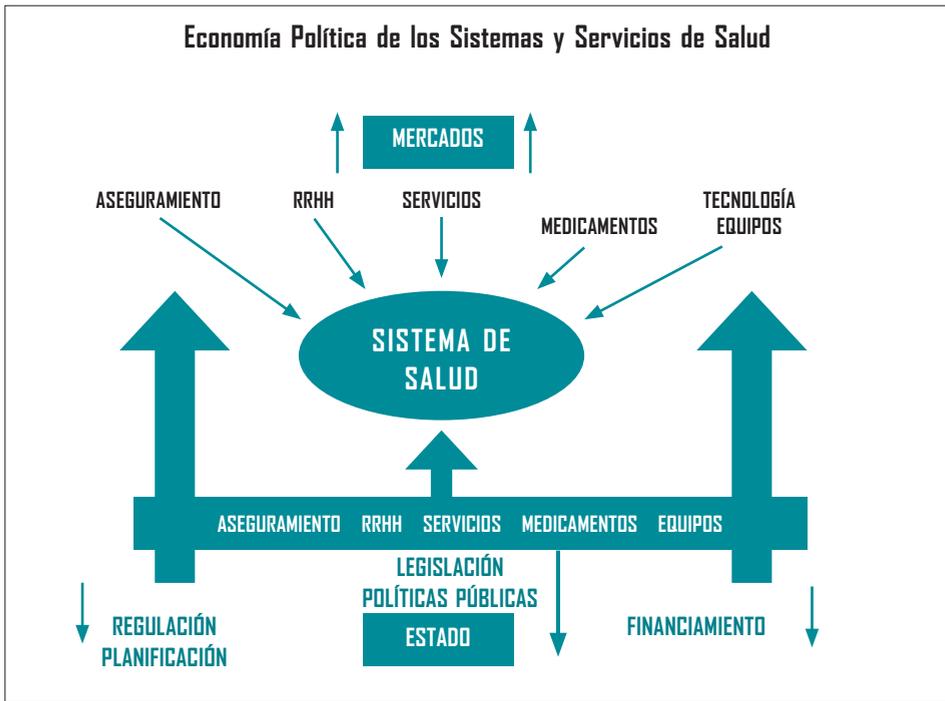
En la agenda de las transformaciones en el componente de financiamiento de los sistemas de salud se han planteado algunas condiciones que deben ser aseguradas para avanzar a un financiamiento suficiente y sostenible:

- Inversión en salud, suficiente y sostenible. Implica la generación de fondos públicos suficientes y de instrumentos financieros y regulatorios con capacidad de orientar la dinámica del financiamiento, en el sentido de la política sanitaria.
- Una política que se propone garantizar el acceso universal debe asegurar la cobertura financiera de un Conjunto de Servicios Garantizados, la protección financiera de los hogares, en especial ante el riesgo de empobrecimiento debido a gastos por enfermedades catastróficas, una atención con calidad y dignidad, disminuir el gasto de bolsillo, mejorar la eficiencia del gasto y asegurar transparencia y rendición de cuentas.

CAPACIDAD DE GOBIERNO (LIDERAZGO Y GOBERNANZA) La capacidad de gobierno de los sistemas de salud, llamado también rectoría y en la terminología de la DMS liderazgo y gobernanza, es tal vez el componente más complejo de todos. Tiene que ver con la responsabilidad que asume el gobierno con respecto a la salud de los ciudadanos y su relación con los agentes y actores, privados y públicos, nacionales e internacionales que actúan en el campo de la salud y de los sistemas de salud.

En economías de mercado, como son los países de la Región, ello supone la acción política, regulatoria, de supervisión y control y evaluadora de procesos y actores muy disímiles en sus intereses como en sus naturalezas jurídicas y estrategias de intervención. La gráfica siguiente trata de dar cuenta de esa complejidad y eventual conflictividad.

²⁶ Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 4. 2007
<http://www.paho.org/hia/home.html>



La acción del gobierno sobre este campo de fuerzas, actores y recursos tan variados como divergentes tiene como objetivo garantizar las condiciones, recursos, acciones y resultados que mejoren la salud de la población.

Ello implica la construcción de capacidades de gobernar efectivamente dichos procesos y orientar la acción de los actores. Para ello el gobierno requiere de competencias esenciales como son la definición, implementación y cumplimiento de las políticas públicas, planificación sanitaria (y de los recursos humanos de salud), formulación de legislación sanitaria, regulación (sobre todo de los mercados en el campo de la salud) y la utilización, como se ha visto, de instrumentos ligados al financiamiento propiamente dicho.

En un contexto de limitados recursos públicos, como es la realidad de la mayoría de países pobres y de ingreso medio de la Región, la acción de gobierno supone definir prioridades y establecer mecanismos de complementación entre políticas y armonización o coordinación entre actores. La descentralización es una oportunidad y un desafío para la capacidad de gobierno de hacer más efectivas las políticas e intervenciones al acercar o al transferir las decisiones y la gestión a los niveles locales. La regulación de los mercados y la interacción con el sector privado merecen una consideración especial.

Las reformas de los sistemas de salud basadas en los mercados trajeron, entre otros resultados negativos, el vaciamiento de las capacidades de gobierno de los estados, afectando sobre todo las capacidades de planificar y de regular. Se sabe que en el ideario neoliberal, la planificación y la regulación son enemigas de los mercados que deben actuar con total libertad. Otro componente importante de las reformas fue la privatización de funciones y servicios. De manera que en el contexto actual en que se plantean objetivos y cursos de acción diferentes para los sistemas de salud (hacia el acceso universal, la equidad y la solidaridad) con base en la APS, el gobierno requiere reconstruir esas capacidades que fueron desmanteladas para poder cumplir con su función de garante de derechos sociales, como la salud.

Se podrían indicar algunas funciones esenciales a ser desarrolladas o fortalecidas, política y técnicamente, para que el gobierno pueda cumplir con sus responsabilidades.

- Definición, formación o construcción y aseguramiento de la ejecución de políticas públicas. Incluye la definición de orientación estratégica, objetivos, prioridades (de gasto e inversión, por ejemplo), desarrollo de la institucionalidad indispensables, asignación de funciones y roles a instancias de gobierno y actores institucionales, articulación con la sociedad civil a través de diálogo social y mecanismos de participación.
- Supervisión, inteligencia y control de procesos, intereses y resultados. Implica asegurar la generación de inteligencia sobre aquellos aspectos o problemas esenciales del funcionamiento y desempeño de los sistemas: cobertura y acceso, protección social, financiamiento y gasto, resolutivez, integralidad de la atención, complementariedad de los subsistemas, calidad, desarrollo de los recursos humanos (disponibilidad, distribución, desempeño, regulación), impacto de las políticas sociales relacionadas con salud y la acción de los determinantes, así como el impacto de la propia política sanitaria, ambiente político, oportunidades de cooperación internacional y de inversión, etc.
- Regulación sanitaria, que implica el diseño de marcos e instrumentos de regulación, monitoreo del comportamiento de los mercados en salud, asegurar capacidad de enforcement para el cumplimiento de las reglas y normas.
- Alianzas estratégicas y construcción de coaliciones. Esta capacidad es de enorme trascendencia no solo para poder llevar adelante proyectos en el corto plazo ante exigencias de la coyuntura, sino, y más importante, para construir las relaciones de colaboración y apoyo con los actores significativos, en especial con la sociedad civil y partidos políticos para la construcción de políticas de

estado, y no solamente políticas de un gobierno dado. Se debe recordar que a lo largo de la historia contemporánea ninguna reforma de un sistema de salud o política de salud de alcance estratégico se ha podido concretar sin un amplio acuerdo entre actores sociales y políticos que sustentaron los pactos políticos y sociales indispensable para la viabilidad y la sostenibilidad de los cambios.

- Definición de políticas y estrategias de medio y largo plazo, en coordinación y acuerdo con los actores relevantes, para superar la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud.
- Aseguramiento de transparencia en la decisiones y en el manejo de los recursos puestos a disposición del gobierno y rendición de cuentas de cara a la sociedad.

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD BASADAS EN EL MERCADO. DESAFÍOS QUE ENFRENTAN LOS SISTEMAS DE SALUD

Desde fines de los años ochenta, pero con más intensidad en los años noventa en el marco de las reformas económicas y políticas promovidas por el Consenso de Washington, se impulsaron en casi todos los países de América Latina procesos de reforma estructural de los sistemas de salud orientados por la ideología económica conocida como Neoliberalismo, que en lo sustancial impulsa la disminución del Estado a una influencia mínima y la predominancia de los mercados en el manejo de la economía.²⁷

Este marco ideológico propugnaba la acción hegemónica de los mecanismos de mercado, no solamente para la asignación de recursos en la economía y la sociedad, sino para asumir la gobernanza de los servicios sociales, en este caso de los sistemas de salud.

Las reformas de los sistemas de salud basadas en mecanismos de mercado se orientaron en lo sustancial con las propuestas contenidas en el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud" del año 1993. En ese informe se consagraba la segmentación social de los sistemas de salud como política sanitaria central para todos los países. Consagraba la propuesta llamada pluralismo estructurado como el modelo de estructurar los sistemas basados en segmentos de mercado con diferenciada financiación.

Esta propuesta se acompañó de énfasis en la privatización de servicios y bienes sanitarios, la separación de funciones de la autoridad sanitaria, la descentralización de atribuciones a los niveles

²⁷ John Williamson. What Washington Means by Policy Reform. Peterson Institute for International Economics. <http://www.iie.com/publications/papers/paper.cfm?ResearchID=486>

locales y la modernización de la gestión económica financiera en la búsqueda de mayores niveles de eficiencia económica en los servicios de salud.²⁸ El siguiente cuadro resume las principales propuestas impulsadas en las reformas de los sistemas basadas en mecanismos de mercado, y sus consecuencias.

Cambios	Resultados
Nuevas fuentes de financiamiento	Los pagos, co pagos, cuotas de “recuperación” y otros mecanismos de cobro a usuarios en el punto de atención aumentaron el gasto de bolsillo y la inequidad en el acceso y en los resultados de salud.
Creación de fondos específicos según capacidad contributiva	Pérdida de solidaridad en el financiamiento del sistema, acentuando la segregación poblacional.
Focalización por pobreza y creación de “paquetes básicos” para poblaciones pobres y excluidas	“Paquetes básicos” con planes de prestaciones distintos en calidad y cantidad para los diversos estratos de población.
Disciplina fiscal (“recortes” en el sector público y énfasis en la sostenibilidad financiera)	El gasto público social se redujo en la mayoría de los países. El control estricto de costos condujo a la degradación de la infraestructura pública, reducción de salarios, y disminución de empleos públicos.
Mayor importancia del sector privado en el aseguramiento y en la provisión de servicios	Multiplicación de agentes del aseguramiento y la provisión de servicios en competencia - Selección de afiliados y usuarios con capacidad de pago - Exclusión de las poblaciones pobres y marginadas - Limitación del rol rector del Ministerio de Salud.

Entre las consecuencias más importantes de estas reformas se cuentan la profundización de dos problemas estructurales de los sistemas de salud en América Latina, con serias consecuencias para la equidad y la cobertura de los servicios: la segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud.²⁹

28 Banco Mundial. Invertir en Salud. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993

29 Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 4. 2007
<http://www.paho.org/hia/home.html>

Los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en América Latina

Garantía del derecho a la salud

- Universalidad y equidad.
- Protección social.
- Pacto social.

Gobernanza

- Políticas públicas sostenibles.
- Salud en todas las políticas.
- Regulación apropiada y efectiva.

Demográfico y epidemiológico

- Envejecimiento de la población.
- Cubrir a una población más y más urbana, cobertura de la población rural.
- Acumulación epidemiológica – predominancia de las enfermedades crónicas, accidentes y violencia.

Estructura

- Segmentación social debido a diversos tipos y fuentes de financiamiento.
- Fragmentación institucional, descoordinación.
- Conflicto entre programas verticales y los servicios.
- Construcción de redes de servicios basadas en la APS.

Financiamiento

- Asegurar suficiencia para llegar a la meta de acceso universal.
- Disminuir el peso del gasto de bolsillo.
- Cobertura de gastos catastróficos.
- Dilemas del aseguramiento universal.
- Asegurar criterios de eficiencia.

Sostenibilidad

- Política – continuidad de las políticas y estrategias.
- Sostenibilidad financiera.

Participación social

- Espacios y niveles de participación.

Descentralización

- Capacidad institucional local para gestionar los sistemas³⁰.

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. SERIE La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid

En estos últimos años la tendencia en las reformas de los sistemas ha cambiado de manera significativa. Por lo menos en unos catorce países de esta Región, incluyendo a los Estados Unidos, se vienen impulsando cambios en los sistemas para avanzar a la cobertura universal y basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud, entre otros atributos.

Los problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y la exclusión de la protección social en salud de grupos sociales importantes, la fragmentación institucional y organizacional, la segmentación social por el financiamiento, la escasa sostenibilidad de políticas, programas y estrategias, los problemas de calidad y eficiencia, son entre otros problemas, serios desafíos a los sistemas de salud en esta Región. Ante estos desafíos se han planteado como orientaciones de políticas para la reforma de los sistemas la construcción de sistemas basados en la Atención Primaria de Salud.

SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) Desde el año 2005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los países de la Región vienen impulsando el enfoque de Renovación de la Atención Primaria de la Salud para orientar la reforma de los Sistemas de Salud en las Américas. En base a la revalidación de los valores y principios de Alma Ata, se impulsó un proceso de diálogo entre países con la finalidad de definir un marco amplio de acción para fortalecer los sistemas de salud y superar los desafíos que se les plantean en estos tiempos.

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la APS alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor satisfacción del usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del

Milenio), así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros.³¹

Se define un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS, tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales, que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta total atención, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Fuente Renovación de la APS.

La OMS en su Informe Mundial de la Salud 2008 “Atención Primaria de la Salud: más necesaria que nunca”, promueve cuatro tipos de reformas estructurales de los sistemas de salud para el logro de la equidad y el acceso universal. Son cuatro grupos de reformas de política sanitaria que reflejan la convergencia entre la evidencia disponible sobre lo que se necesita para articular una respuesta eficaz a los actuales desafíos sanitarios, los valores de equidad, solidaridad y justicia social que guían el movimiento en pro de la APS, y las crecientes expectativas de la población en las sociedades en proceso de modernización.

31 Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

REFORMAS EN PRO DE LA COBERTURA UNIVERSAL

para mejorar la
equidad sanitaria

REFORMAS DE LA PRETACIÓN DE SERVICIOS

para conseguir unos
sistemas de salud
centrados en las personas

REFORMAS DEL LIDERAZGO

para que las
autoridades
sanitarias sean
más confiables

REFORMAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

para promover y
proteger la salud de
las comunidades

Cuatro reformas para construir sistemas basados en la Atención Primaria

- Reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud: reformas en pro de la cobertura universal;
- Reformas que reorganicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, para que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución, al tiempo que permitan obtener mejores resultados: reformas de la prestación de servicios;
- Reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores: reformas de las políticas públicas;
- Reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control, por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: reformas del liderazgo.³²

32 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud. Más necesaria que nunca, 2008. <http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

ALGUNAS IMPLICACIONES DE LA APS PARA LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS La transformación efectiva de los sistemas de salud hacia la APS requiere de políticas públicas orientadas a asegurar los recursos humanos necesarios y competentes para el adecuado funcionamiento de los servicios y programas basados en la estrategia de APS. Esto supone, entre otras condiciones, una fuerte capacidad de planificación de personal.

Ello requiere que las políticas, los planes y las estrategias de desarrollo de personal, efectivas en los diferentes niveles del sistema de salud, que en lo esencial, aseguren:

- las necesidades de personal en términos cuantitativos, de manera que se puedan satisfacer los requerimientos para conformar los equipos de atención primaria y los de los niveles de resolutivez en el contexto de las redes integradas de servicios de salud. No se trata solo de los profesionales para el nivel básico, sino también de aquellos especialistas necesarios para fortalecer el nivel esencial de atención y también de aquellos ubicados en los otros niveles del sistema, que también requieren adaptarse para responder a la APS.
- el desarrollo de nuevas competencias para el personal de salud de manera que pueda desempeñarse en el contexto de la APS. Asegurar esos conjuntos de nuevos perfiles y de competencias requiere afrontar los problemas fundamentales de disociación, entre los intereses y los ritmos del sector de la educación superior y técnica y los intereses y las urgencias del sector salud. Incluso, asumiendo que las instituciones educacionales producen los perfiles requeridos, la cantidad de personal que precisa de la adquisición de nuevas competencias dictadas por la estrategia de atención primaria, rebasa con creces las capacidades formativas del sector educacional.
- la capacidad para trabajar en equipo (de APS) y la adecuada capacidad de coordinación de la atención desde su nivel de atención esencial. Los equipos de atención primaria no pueden responsabilizarse plenamente de su población si no cuentan con el apoyo de servicios especializados, organizaciones e instituciones ubicados fuera de la comunidad atendida. La función de coordinación constituye el marco institucional para fomentar la movilización en todos los sectores y garantizar así la salud de las comunidades locales. No se trata de un valor añadido optativo, sino de una parte esencial de la misión de los equipos de atención primaria, y tiene implicaciones políticas: la coordinación seguirá siendo una ilusión vana a menos que el equipo de atención primaria tenga alguna forma de apoyo, administrativo o financiero. La coordinación también depende de que las diferentes instituciones reconozcan el papel fundamental que desempeñan los equipos de atención primaria.

- superar los problemas de distribución del personal (por lo general concentrado en las zonas urbanas de mayor desarrollo y en los niveles más complejos de resolutivez) y de las dificultades para radicar personal en los niveles locales de mayor necesidad. Ello requerirá de medidas de gestión apropiadas y de incentivos monetarios y no monetarios para estimular la radicación y retención de personal valioso para la atención a las poblaciones más aisladas y necesitadas.

Integrando lo tratado hasta aquí, le invitamos a analizar y reflexionar:

- ¿Qué tendencias observa en su país, desde las estrategias, financiamiento y prestación de los servicios?
- Desde su perspectiva ¿cuáles son las potencialidades y obstáculos para alcanzar la extensión de la cobertura en salud?
- ¿Qué beneficios traería la organización de redes integradas de servicios? ¿Qué facilitadores y obstáculos surgirían para avanzar en el desarrollo de estas redes?
- ¿Cuáles son las potencialidades y obstáculos para el desarrollo de la estrategia de APS?
- Considerando la orientación del sistema de salud en su país ¿qué observa en relación a mejorar la equidad en salud?

Para saber más sobre este capítulo...

Se le pide que lea:

Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 4. 2007
<http://www.paho.org/hia/home.html>

Organización Panamericana de la Salud. SERIE La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud. Más necesaria que nunca, 2008
<http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>

HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 1 En este Anexo se presentan algunos indicadores que permiten caracterizar la situación de la salud y sus determinantes sociales, teniendo en mente aquellos factores que permitan orientar la toma de decisiones en términos de identificar necesidades de personal de salud, en consideración de las necesidades de salud de la población.

DINÁMICA POBLACIONAL Se trata de analizar la estructura, composición y dinámica de la población del país en perspectiva demográfica e histórica. Este componente es muy importante por que da una idea al planificador de recursos humanos sobre las características de la población a quienes cuidan y atienden los trabajadores de salud y las perspectivas de cambio en la naturaleza de la demanda por servicios. La tabla siguiente ofrece una aproximación a los principales componentes.

DINAMICA POBLACIONAL, indicadores		
Población total del país	Incluye todos los residentes en el país sin considerar su estatus migratorio o su ciudadanía. Indica la magnitud de las necesidades de atención de salud de un país.	Fuentes: Censos nacionales Banco Mundial World Development Indicators www.worldbank.org
Crecimiento anual de la población (% anual)	Indica cuánto crece la población de un país por año. Refleja el número de nacimientos y muertes y el número de personas que migran (llegan o se van) cada año.	Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos Banco Mundial www.worldbank.org Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade
Porcentaje de población urbana y rural	Porcentaje de la población total que viven en áreas urbanas y rurales. Da una idea del grado de urbanización (y de ruralidad) de un país y sus implicaciones en términos de servicios de salud, necesidades de personal de salud.	Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos Banco Mundial www.worldbank.org Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade

La situación demográfica en las Américas sigue estando caracterizada por una transición debida a las bajas tasas de fecundidad y al descenso de las tasas de mortalidad. Como resultado, hay un envejecimiento de la población en general, y la "dependencia demográfica" de los jóvenes (0-14 años de edad) y de los adultos mayores (60 y más años de edad) con respecto a la población potencialmente activa o trabajadora (15-59 años de edad) está disminuyendo. No obstante, los promedios nacionales, regionales y subregionales enmascaran situaciones de inequidad persistentes en diversos niveles geográficos y sociales, así como entre ciertos grupos de población. Además, el fenómeno de la migración al interior y entre los países afecta la distribución de la población y tiene un impacto sobre la prestación de los servicios de salud.

En el último cuarto de siglo, la esperanza de vida en la Región ha aumentado en 7 años, de tal manera que la edad promedio actual es de más de 70 años. El envejecimiento de la población varía considerablemente entre los países de las Américas: el envejecimiento es un fenómeno significativo en Barbados, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, mientras que en Bolivia, Haití, Guatemala, Honduras y Nicaragua la población generalmente es más joven.¹

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA La población de América Latina va en aumento, pero las tasas de natalidad y fecundidad están disminuyendo, a pesar de que difieren considerablemente de un país a otro. La salud sexual y reproductiva comprende básicamente la salud materno-infantil, de los adultos y de los adolescentes. Alrededor de 16,2 millones de niños nacen cada año en la Región, 11,7 millones de ellos en América Latina.

El análisis de indicadores de salud sexual y reproductiva le da al planificador de recursos humanos una idea de la definición de las necesidades de salud de un grupo poblacional muy grande y sobre una demanda por servicios que en muchos países sigue siendo la más importante.

¹ Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 2. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/hia/home.html>

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, indicadores

<p>Tasa de Fertilidad, total (nacimientos por mujer)</p>	<p>Número de niños nacidos de una mujer si ella estuviera viva al final de su periodo reproductivo.</p> <p>Tiene relación con los niveles de pobreza y de educación de las mujeres.</p>	<p>Informes de los Ministerios de Salud</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>
<p>Prevalencia de anticoncepción (% de mujeres entre 15-49 años)</p>	<p>Porcentaje de mujeres que practican, o cuyas parejas sexuales practican, alguna forma de anticoncepción.</p> <p>Es un indicador indirecto de progreso en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva a la población de un país.</p>	<p>Informes de los Ministerios de Salud</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>
<p>Mujeres embarazadas que recibieron más de una visita prenatal (%) y más de cuatro visitas prenatales (%)</p>	<p>Proporción de mujeres embarazadas que tuvieron una o más visitas prenatales durante su embarazo, así como la proporción de mujeres que recibieron 4 o más visitas (información de los 5 años antes de la más reciente encuesta en el país).</p> <p>Da una idea de la utilización de servicios de salud sexual y reproductiva por mujeres (disponibilidad y acceso). Tiene mucho que ver con las barreras al acceso, sobre todo las barreras económicas (pago por servicios).</p>	<p>Informes de los Ministerios de Salud</p>
<p>Prevalencia de HIV, total (% de población entre 15-49 años)</p>	<p>Porcentaje de adultos infectados con HIV.</p> <p>Una prevalencia alta indica una alta carga sobre el sistema de salud (personal, infraestructura, medicinas, camas, etc.).</p>	<p>Informes de los Ministerios de Salud</p> <p>ONUSIDA www.unaids.org</p>

La situación de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres y el 14% en los hombres —una diferencia muy obvia. El uso de métodos de control de la natalidad va más allá del 60%, pero es considerablemente menor en algunos países. A pesar de que la notificación varía de acuerdo con las fuentes, y de que se aprecian enormes disparidades entre los países de la Región, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que de los 16,2 millones de nacimientos notificados en las Américas en 2003, hubo 22.680 muertes maternas —con una tasa de 140 por cada 100.000 nacidos vivos— sobre todo por causas como el aborto, la preeclampsia y las hemorragias. La OMS estimó que en 2006 hubo 280.000 muertes perinatales; de nueva cuenta, las

diferencias son notables: el riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe triplica al de Canadá y los Estados Unidos de América. La salud sexual y reproductiva se vincula directamente con las altas tasas de alumbramiento entre las adolescentes de América Latina y el Caribe, donde una de cada tres mujeres menores de 19 años de edad ha tenido un hijo.²

MORTALIDAD Y MORBILIDAD El análisis de la mortalidad, junto a la morbilidad, le permite al planificador tener una aproximación a las necesidades y la demanda por servicios de salud.

El perfil de la mortalidad en las Américas se ha modificado de manera significativa en las últimas décadas. En casi todos los países, las enfermedades transmisibles ya no son las principales causas de enfermedad y muerte y dicho lugar lo ocupan ahora los padecimientos de crónico degenerativos —enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y diabetes— así como causas externas tales como las lesiones debidas al tráfico y los homicidios.

Entre los factores que han contribuido a la modificación del perfil se encuentran el envejecimiento de la población, el control y la reducción de diversas enfermedades transmisibles, y el surgimiento de otras como el VIH/SIDA.³

² Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Capítulo 2. Washington DC. 2007.
<http://www.paho.org/hia/home.html>

³ Ibid.

MORTALIDAD y MORBILIDAD, indicadores

<p>Expectativa de vida al nacer, total (años)</p>	<p>Número de años que un recién nacido viviría si se mantuvieran los patrones de mortalidad al tiempo de nacer, a lo largo de su vida.</p> <p>Es un indicador muy importante porque se usa como medida del nivel de salud de la población y de la calidad de vida en un país.</p>	<p>Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos</p> <p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p> <p>Banco Mundial www.worldbank.org</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>
<p>Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos)</p>	<p>El número de infantes que mueren antes de cumplir el año de edad, en un año dado.</p> <p>Es otro indicador importante, está muy vinculado a la pobreza, y se usa también como indicador de calidad de vida y del nivel de accesibilidad de la atención pre y postnatal, en el sistema de salud.</p>	<p>Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos</p> <p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p> <p>Banco Mundial www.worldbank.org</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>
<p>Tasa de Mortalidad de menores de 5 años (por 1000)</p>	<p>Es la probabilidad de que un recién nacido muera antes de alcanzar la edad de 5 años.</p> <p>Indicador vinculado a la pobreza. Mejorías en servicios de salud pública y educación (en especial para niñas y madres) impacta positivamente en este indicador.</p>	<p>Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos</p> <p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p> <p>Banco Mundial www.worldbank.org</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>

<p>Tasa de Mortalidad Materna (por 100,000 nacidos vivos)</p>	<p>Número de muertes maternas que ocurren durante el embarazo y el parto por 100,000 nacidos vivos</p> <p>Es uno de los indicadores más importantes para indicar el nivel de desarrollo social de un país y la cobertura de su sistema de salud (acceso, servicios de salud reproductiva, disponibilidad de adecuada atención a las madres)</p>	<p>Informes anuales de los Institutos Nacionales de Estadística y Censos</p> <p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p> <p>Banco Mundial www.worldbank.org</p> <p>Celade (División de Población de la CEPAL) www.cepal.org/celade</p>
<p>Principales causas de muerte, general y por grupos de edad</p>	<p>Las diez principales causas de muerte dan una idea del perfil de mortalidad en general y por grupos de edad</p> <p>Esta información es de gran valor para tener una idea aproximada sobre las necesidades de salud y de la demanda por atención en los servicios de salud</p>	<p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p>
<p>Principales causas de consulta a los servicios de salud, general y por grupos de edad</p>	<p>Las diez principales causas de consulta y de internación dan una idea del perfil de morbilidad en general y por grupos de edad</p> <p>Esta información es de gran valor para tener una idea aproximada sobre las necesidades de salud y de la demanda por atención en los servicios de salud</p>	<p>Informes anuales de los Ministerios de Salud</p>

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Son los factores derivados de la estructura y la dinámica económica y social que influyen tanto en las condiciones de vida, como en la situación de salud y el acceso a los servicios de salud de la población de un determinados país.

Como indica la OMS en su Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud: "la situación de salud de la población es consecuencia del entorno social en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen". Esos «determinantes sociales de la salud» han sido objeto de investigación durante tres años por un grupo de destacados rectores de políticas, docentes y antiguos Jefes de Estado y Ministros de Salud, que integran dicha Comisión, que presentó su informe el 28 de agosto del 2008.⁴

⁴ Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las Desigualdades en una Generación. Informe Final, 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

El planificador de recursos humanos de salud necesita conocer estos determinantes, en la medida que explican muchas de las características de la situación de salud que deben transformar los trabajadores de la salud, las condiciones en las que desarrollan su labor, y debido a que son, asimismo, las mismas condiciones en las que desarrollan su vida y su trabajo los propios trabajadores de salud.

DETERMINANTES SOCIALES, algunos indicadores		
Crecimiento del Producto Bruto Interno (PBI) (% anual)	<p>Porcentaje anual de crecimiento del PBI calculado a precios de mercado sobre la moneda local constante.</p> <p>Comparado a la población puede dar una idea gruesa de si los recursos potencialmente disponibles para salud están aumentando o disminuyendo.</p>	<p>Informes de los Ministerios de Economía</p> <p>Naciones Unidas http://www.un.org/</p> <p>CEPAL www.eclac.org</p> <p>World Bank www.worldbank.org</p>
PBI per cápita (a dólares constantes)	<p>PBI dividido por la población de un país a la mitad de un año dado, en dólares constantes.</p> <p>Medida gruesa de la riqueza total de un país, pero no es indicador del bienestar individual debido al notable grado de desigualdad en la distribución del ingreso. No obstante, en general, un alto PBI per cápita se asocia con mejor disponibilidad de servicios y mejores niveles de salud.</p>	<p>Informes de los Ministerios de Economía</p> <p>Naciones Unidas http://www.un.org/</p> <p>CEPAL www.eclac.org</p> <p>World Bank www.worldbank.org</p>
Gasto total per cápita en salud (a tasa de dólar internacional)	<p>Gasto total en salud es la suma del gasto público y privado, incluyendo donantes.</p> <p>Un alto Gasto Total en salud per cápita por lo general, pero no siempre, se asocia con mejor disponibilidad de servicios y calidad de la atención.</p>	<p>Cuentas Nacionales de Salud, Ministerios de Salud, Ministerios de Economía</p>
Gasto público en salud como % del PBI, o como proporción del Gasto Total en salud	<p>Gasto público dedicado a la producción de bienes y servicios sanitarios y de salud pública. Incluye los rubros de consumo público, prestaciones sociales, transferencias corrientes y gastos de capital.</p> <p>Medida de la inversión en salud que realiza el estado, lo que da una idea de cuan cercano o lejano está el nivel de gasto necesario para alcanzar la cobertura universal en salud (más del 6 a 6.5%).</p>	<p>Cuentas Nacionales de Salud, Ministerios de Salud, Ministerios de Economía</p>

Gasto privado en salud como % del gasto total)	El gasto privado comprende el gasto de bolsillo de los hogares en bienes y servicios, más los gastos en cobertura de aseguradores o terceros pagadores, gastos obligatorios de empleadores para cubrir a sus trabajadores, financiamiento de ONGs, organizaciones sin fines de lucro e inversores privados.	Cuentas Nacionales de Salud, Ministerios de Salud, Ministerios de Economía
Gasto de bolsillo como % del gasto privado	El gasto directo que los hogares realizan por concepto de pagos por servicios y por compra de bienes sanitarios, realizados a proveedores, profesionales, farmacias, proveedores de bienes sanitarios, con la finalidad de cura y recuperación. Da una idea de la carga que los hogares tienen ante la ausencia de cobertura de la protección social. En la mayoría de países pobres es la parte más grande del gasto privado y tiene un impacto negativo sobre la equidad y el acceso a los servicios.	Cuentas Nacionales de Salud, Ministerios de Salud, Ministerios de Economía
Coefficiente de Gini	Medida de las desigualdades en el ingreso y en la distribución de la riqueza en un país. Asimismo mide la extensión en la que la distribución del ingreso que afecta a los hogares e individuos en un país, se desvía de una distribución perfectamente igual. Este indicador es importante para conocer el componente de equidad del desarrollo. El ingreso y la distribución de los recursos tiene implicaciones directas sobre el nivel de pobreza de un país.	Estadísticas de los Ministerios de Economía, Institutos de censos y Estadísticas y de los Ministerios de Trabajo CEPAL, www.eclac.org
Desempleo (% anual)	La proporción de la población que estando en edad, condiciones y disposición de trabajar –población activa– carece de un puesto de trabajo.	Estadísticas de los Ministerios de Trabajo CEPAL www.eclac.org
Pobreza (% de población)	A un individuo se le considera pobre si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e indigente, si éste no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Estos mínimos se denominan “línea de pobreza” y “línea de indigencia” respectivamente.	Estadísticas de los Ministerios de Trabajo CEPAL www.eclac.org

La Comisión de Determinantes Sociales de la OMS (2008) encontró pruebas que demuestran en general que los pobres están en peor situación que los menos pobres, pero también encontró que los menos pobres están peor que los de ingresos medianos, etc. Esa pendiente que vincula los ingresos con la salud es el gradiente social, y se observa por doquier, no sólo en los países en desarrollo sino en todos los países, incluidos los más ricos. En unos países, la pendiente es más pronunciada que en otros, pero el fenómeno es universal.

El crecimiento económico aumenta los ingresos en muchos países, pero el aumento de la riqueza, por sí solo, no necesariamente mejora la situación sanitaria nacional. Si los beneficios no se distribuyen equitativamente, el crecimiento nacional puede incluso agravar las inequidades. En años recientes, la riqueza, la tecnología y el nivel de vida han aumentado enormemente a escala mundial, pero la cuestión neurálgica es de qué modo ese aumento se utiliza para distribuir con justicia los servicios y el desarrollo institucional, especialmente en los países de ingresos bajos. En 1980, los países más ricos que albergaban un 10% de la población del mundo tenían un ingreso nacional bruto que multiplicaba por 60 el de los países más pobres, que albergaban un 10% de la población del mundo. Tras 25 años de globalización, la diferencia ha aumentado a 122, según informa la Comisión. Peor aún, se constata que en los últimos 15 años, en muchos países de ingresos bajos cada vez es menor la parte del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre.

Gran parte de la labor necesaria para corregir las inequidades sanitarias compete a esferas externas al sector de la salud. Según el informe de la Comisión «la causa de las enfermedades transmitidas por el agua no es la falta de antibióticos, sino la suciedad del agua, y las fuerzas políticas, sociales y económicas que no logran proporcionar agua limpia a todos; la causa de las cardiopatías no es la carencia de unidades de atención coronaria, sino el modo de vida de la población, que está configurado por el entorno en que vive; la obesidad no es culpa de un vicio personal, sino de la excesiva disponibilidad de alimentos ricos en grasas y azúcares». Por consiguiente, el sector de la salud, a escala mundial y nacional, tiene que prestar atención a las causas últimas que subyacen a las inequidades en materia de salud.

La Comisión formula tres recomendaciones generales para afrontar «los devastadores efectos de la inequidad de las oportunidades de vida»:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas, en particular las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos —los factores estructurales de aquellas condiciones— a nivel mundial, nacional y local.
- Medir y entender el problema, y evaluar el impacto de las intervenciones.⁵

5 Ibid.

MÓDULO 2. EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD

ACERCA DE ESTE MÓDULO Durante los últimos años, por fin, los recursos humanos en salud comenzaron a tener la debida importancia en la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas. Diversas razones contribuyeron a este merecido reconocimiento. Después de años en los que se había descuidado a los trabajadores de salud al disminuir sus remuneraciones, precarizar los contratos de trabajo o frenar la capacidad reguladora del Estado, los sistemas de salud comenzaron a observar dificultades en cumplir sus metas sin una adecuada y protegida fuerza de trabajo sectorial.

En el marco de la OPS, como en la OMS en general y en todas sus Oficinas regionales, los países hicieron oír su voz acerca de la imperiosa necesidad de proteger a los trabajadores de salud. Durante la década pasada se produjo un generalizado despertar de conciencia acerca de la relevancia de los recursos humanos en salud. Pasó a ser imperioso desarrollar y proteger una fuerza de trabajo en salud capacitada, motivada como prerrequisito para alcanzar metas nacionales y globales de salud. Aún con todos los avances tecnológicos, los servicios de salud siguen siendo una "industria" ejemplo de empleo intensivo de su mano de obra. Es obvio, pero sin "cuidar" a sus trabajadores, el sistema de salud no funciona satisfactoriamente.

Por otra parte, los propios trabajadores son los portadores de los valores centrales del sistema de salud. Ellos atienden, curan y cuidan a la población, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan riesgos. Son el vínculo humano entre conocimiento y acción en materia de salud.

Una definición sencilla de esa compleja, diversa y abnegada fuerza de trabajo indica que "personal de salud son aquellos trabajadores cuya finalidad principal es la de cumplir acciones tendientes a mejorar la salud". Esta definición es a su vez coherente con la que emplea la OMS respecto al sistema de salud, al señalar que "comprende todas las actividades cuya finalidad principal es la de mejorar la salud de la población".

A quienes están actualmente trabajando en los sistemas de salud de cada país, les toca la difícil tarea de recuperar el tiempo perdido, devolver a los recursos humanos para la salud adecuadas condiciones de trabajo y convertir a esta actividad en un espacio nuevamente atractivo para las nuevas generaciones. Promover esa construcción implica combinar las necesidades del presente y una apertura a la innovación, en la que la inter-sectorialidad, la participación de la población y el logro de mayor equidad e inclusión social son el marco al que nuestros países apuntan.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO Brindar elementos conceptuales y estratégicos al planificador, para el análisis e intervención en el campo de recursos humanos de salud, identificando la dinámica en las relaciones entre los actores del sector y reconociendo las situaciones problemáticas para el desarrollo de la fuerza de trabajo y de los sistemas de salud en sus países.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Se busca el desarrollo de competencias político-técnicas para:

- Analizar el ciclo vital de la fuerza de trabajo, identificando sus desequilibrios reales y potenciales.
- Identificar en su país la composición de las instituciones de formación y reclutamiento, así como la dinámica en el campo de los recursos humanos.
- Identificar las instituciones de regulación de los recursos humanos existentes en su país.
- Reconocer las situaciones problemáticas en su país, sobre las que se requiere operar.

CONTENIDOS El presente módulo realizará un recorrido por los principales procesos contenidos en el campo de recursos humanos, integrando:

- El concepto de campo de recursos humanos en salud.
- Los actores en el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- Formación y educación en las profesiones de la salud.
- El trabajo en los servicios de salud y su gestión.
- Los mercados de trabajo en salud.
- La regulación de los recursos humanos en salud.
- Mapa de situaciones problemáticas.

ACTIVIDADES A lo largo del Módulo contarán con:

- Lecturas básicas sobre cada uno de los temas, como guías de análisis de los contenidos. Se recomienda su lectura en forma secuenciada.
- Referencias bibliográficas actualizadas y datos de información.
- Enlaces para profundizar.
- Ejercicios progresivos para pensar, reflexionar y analizar sobre su propia realidad o contexto de país.



Entre los ejercicios del Módulo, contarán con los siguientes:

- Ejercicio 1:** Pensando en la distribución global de los recursos humanos de salud. Análisis y reflexión.
- Ejercicio 2:** ¿Cuál es la estructura institucional en su país para los recursos humanos de salud? Revisión y elaboración.
- Ejercicio 3:** Revisando la dinámica del campo de recursos humanos. Análisis de actores y reflexión.
- Ejercicio 4:** La formación y el desarrollo de los RRHH en salud. Revisión y análisis.
- Ejercicio 5:** La gestión del trabajo en salud. Análisis de situación.
- Ejercicio 6:** La regulación del trabajo. Revisión de gobernanza.
- Ejercicio 7:** Reflexiones para la integración. Integrando el mapa de problemas para avanzar.

Buen trabajo!

PROPUESTAS, DESAFÍOS Y PROBLEMAS... Los países latinoamericanos e iberoamericanos en general, han refrendado en diferentes foros su voluntad de trabajar conjuntamente en la mejora de su fuerza de trabajo en salud.^{1,2} El Llamado para la Acción de Toronto se transformó en la guía que reúne los acuerdos que los países adoptaron para la década en curso.

Cada uno de los puntos que se tratan en este módulo busca su articulación con la secuencia de desafíos planteada en Toronto:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para mejor adaptar a la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población. Al mismo tiempo, desarrollar sistemas para beneficiarse de la inmigración de profesionales de salud al país.
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud, que promuevan ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que, permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Estos desafíos, están mutuamente relacionados y en su conjunto suponen que cada país emprende una acción concertada para llegar al 2015 con una mejor protección de su capital de recursos humanos.

1 OPS/DMS, LLAMADO A LA ACCIÓN DE TORONTO, 2006-2015, Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas, Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, 4-7 de octubre de 2005
2 XII Conferencia de Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica, Buenos Aires, Junio 2010

Gráfico 1:
Los desafíos para la acción en materia de recursos humanos para la salud



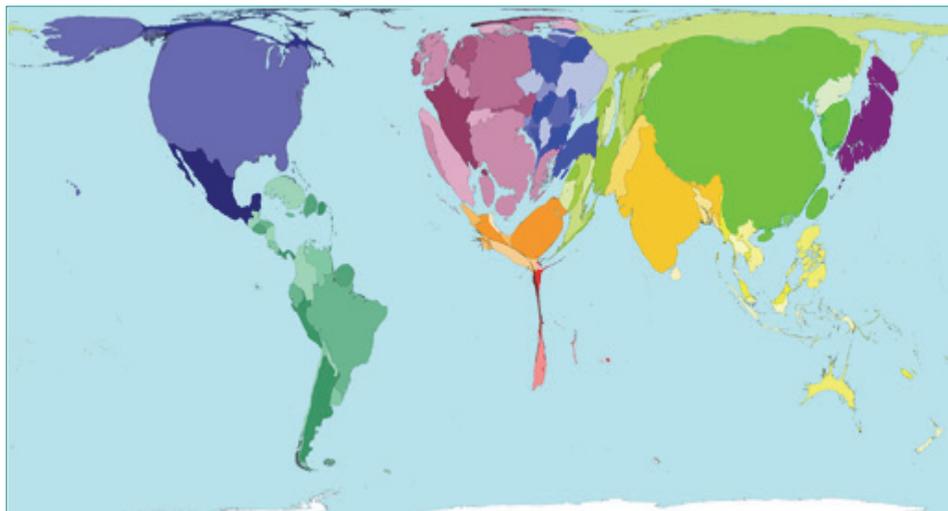
Muchos países deben superar una inadecuada distribución o bien una insuficiente dotación de recursos humanos para la salud. Diferentes estimaciones³ señalaban que en el 2006, el mundo necesitaba 4.3 millones de trabajadores de salud adicionales a los casi 60 millones de trabajadores que en ese año se contabilizaron desempeñándose en el campo de la salud. Esa carencia de personal obligó a los países a emprender esfuerzos para superar el déficit. Los 5 desafíos de Toronto son la manera en que esa voluntad de solucionar el problema se expresa en los países de las Américas.

Los siguientes mapas, elaborados por Worldmapper⁴ ayudan a entender problemas globales. Los mapas expresan la relación entre el problema o condición medida y la extensión del territorio de cada país. De esa manera, se observa como países y regiones se reducen o casi desaparecen, mientras que otras, en cambio, muestran un marcado sobredimensionamiento según el aspecto que se esté midiendo.

³ OMS, Informe mundial de la salud 2006, Colaboremos por la salud.

⁴ <http://www.worldmapper.org>

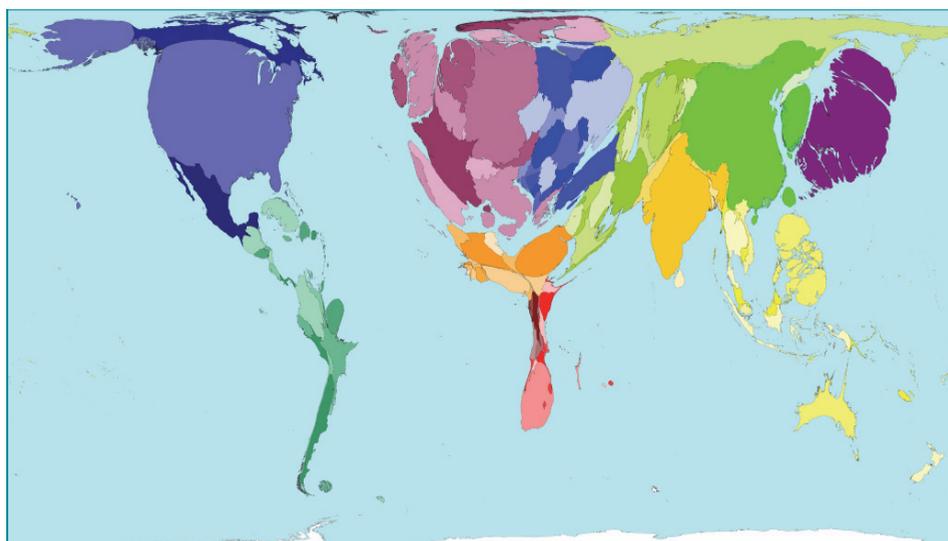
Gráfico 2: Distribución de médicos en el mundo, datos de 2004 o más recientes



Fuente: <http://www.worldmapper.org/images/largepng/219.png>

La situación respecto a las enfermeras es igualmente severa, dadas las marcadas diferencias entre regiones.

Gráfico 3: Distribución de enfermeras en el mundo, datos de 2004 o más recientes



Fuente: <http://www.worldmapper.org/images/largepng/216.png>

Otra forma de caracterizar la magnitud de la carencia global de recursos humanos en salud puede alcanzarse analizando la composición de la fuerza de trabajo.

Tabla 1: Densidad de fuerza de trabajo en salud a nivel global

WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note: All data for latest available year. For countries where data on the number of health management and support workers were not available, estimates have been made based on regional averages for countries with complete data.

Data source: (3).

Distribución global de los recursos humanos. Le invitamos a que...

- Compare ambos mapas y la Tabla 1. ¿Qué reflexiones extrae de ellos?
- Al pensar el problema desde una perspectiva global, ¿qué nuevos elementos sería necesario considerar?

En los países de América Latina, además de una mayor conciencia sobre la carencia de recursos humanos, también comenzó un esfuerzo para mejorar la información acerca de la magnitud y características del problema.

Tabla 2: Población total y enfermeras por 10.000 habitantes en países de América Continental e Insular, 2003

País	Población 2003 en millones	Enfermeras/10.000 hab. circa año 2000
Argentina	38.428	5,9
Bolivia	8.808	1,6
Brasil	178.470	5,2 (2001)
Chile	15.805	6,7(2002)
Colombia	44.222	5,7
Costa Rica	4.173	3,2
Cuba	11.300	75 (2002)
Ecuador	13.003	4,6
El Salvador	6.638	8,1 (2002)
Guatemala	12.347	4,1 (2002)
Honduras	6.941	3,2
México	103.457	10,8
Nicaragua	5.466	3,3
Panamá	3.120	10,8
Paraguay	5.878	1,2
Peru	27.167	6,7
República Dominicana	8.745	3
Uruguay	3.415	9 (2002)
Venezuela	25.699	7,9
Canadá	31.510	74,8
Estados Unidos	294.043	97,2
Haití	8.326	1,1
Jamaica	2.651	16,5 (2002)
Puerto Rico	3.879	42,5

Fuente: OPS/DMS, información disponible en Internet <http://www.paho.org>, op cit Malvarez y Castrillon.

La carencia y desigual distribución de los recursos humanos en salud, afecta la calidad de servicio que se puede brindar desde las instituciones de salud. Hay múltiples evidencias al respecto, que van desde la imposibilidad de cumplir con algunos de los Objetivos del Milenio, hasta el incremento de la mortalidad perinatal cuando se carece de suficiente personal capacitado en los servicios respectivos.

Para la región de las Américas, el siguiente cuadro sintetiza las consecuencias de la carencia de personal sobre algunos indicadores de salud. La gradiente que se produce en los cuatro indicadores seleccionados, en el sentido que a menor densidad de personal calificado empeoran los resultados sanitarios, es elocuente.

Tabla 3: Tasas de mortalidad seleccionadas y cobertura de partos en grupos de países, según la disponibilidad de recursos humanos en salud.

Tasa de personal calificado)	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	Partos (por personal calificado)
< 25	148	31	43	74%
25 a 50	65	22	25	95%
> 50	9	7	8	99%

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. OPS; 2005. En SALUD EN LAS AMÉRICAS, 2007. VOLUMEN I-REGIONAL

Existe también evidencia de que cuando se accede a una atención a la salud integral los indicadores de salud de la población no tardan en mejorar. En Brasil, la evaluación de la incidencia del Programa de Salud Familiar en el período 1990-2002 indicó que la tasa de mortalidad infantil descendió en esos 12 años de 49,7 a 28,9 por 1.000 nacidos vivos, gracias al crecimiento de la cobertura del Programa de Salud Familiar, que llegaba al 36% de la población. Los análisis realizados indicaron que controlando los otros factores determinantes de la salud, un aumento del 10% de la cobertura del programa estaba asociado con una disminución del 4,5% en la tasa de mortalidad infantil.⁵ Antes, la Joint Learning Initiative⁶ había observado que un aumento de 10% en los recursos humanos para la salud conduce a una disminución de 2% al 5% en las tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de 5 años.

5 Macinko J, Guanais F, Marinho de Souza MF. Evaluation of the impact of the family health program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J. Epidemiol. Community Health. 2006;60:13-19

6 Joint Learning Initiative, Human resources for health: overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press; 2004.

Una visión integral

La solución a esta carencia debe ser integral, abarcando la formación, el empleo y las condiciones de trabajo de todo el personal. Por eso se alude a la noción de “campo de recursos humanos”, como un vínculo entre la formación para el desempeño dentro del sector hasta la inserción y permanencia en el mercado de trabajo.

La noción de campo⁷ sirve para explicar el conjunto de relaciones objetivas en las que históricamente se encuentran ubicados los actores a lo largo de la historia. Bourdieu analizó campos tales como el intelectual, el del arte, el de la alta moda, la filosofía, la religión. Desde la década de los 80 se viene empleando en América Latina ese concepto, para describir lo que acontece en materia de recursos humanos para la salud. Para Bourdieu, creador del concepto, los campos se presentan como «espacios estructurados de posiciones (o de puestos), cuyas propiedades dependen de su posición en esos espacios y pueden ser analizados independientemente de las características de sus ocupantes».

Según Bourdieu, las fronteras de un campo se definen en la investigación o en el trabajo dentro del propio campo, lo que posibilita abarcar todos los factores que ejercen influencia decisiva, sin apelar a un recorte disciplinario. Además, los campos se mantienen o se transforman por los enfrentamientos entre las fuerzas que constituyen el campo —todo campo es un lugar de lucha— con el objeto de alcanzar la autoridad. Al aplicar el concepto de campo a lo que acontece en torno a los recursos humanos en salud, se reconoce también que el campo se caracteriza por su autonomía; como si fuera un sistema regido por sus propias normas. Haber incorporado el concepto de campo respecto a recursos humanos en salud, ha sido particularmente útil, ya que permitió analizar la dinámica existente como cuestión técnica y reconocer el peso de las tensiones por el poder, el prestigio y las subjetividades implícitas en materia de recursos humanos para la salud.

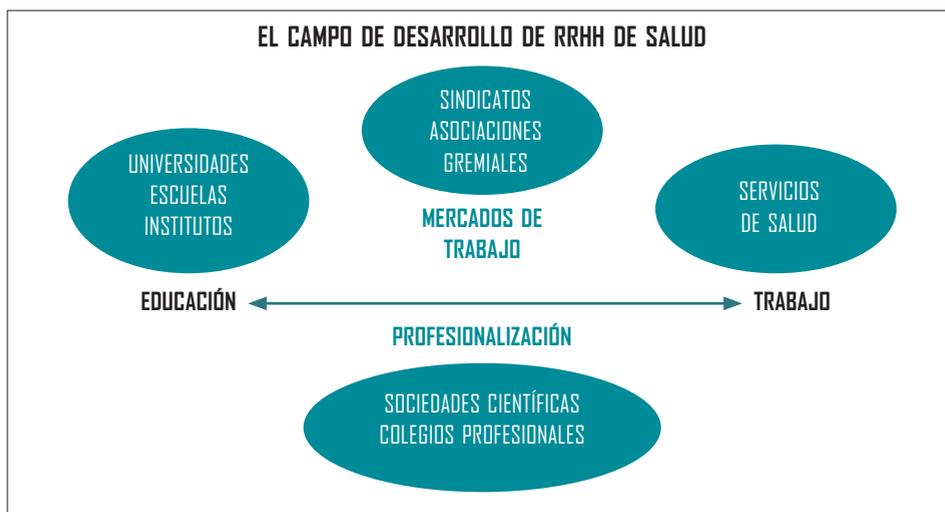
Comprender el desarrollo de los recursos humanos de salud como un campo social significa reconocer la interacción de las estructuras sociales (instituciones, organizaciones) y actores sociales relacionadas directa e indirectamente con los procesos que denominamos desarrollo de los RRHH y la contribución de los trabajadores de la salud a los sistemas de salud en los que actúan.

7 P. Bourdieu, «Campo intelectual y proyecto creador», en: AA.VV., Problemas del estructuralismo, México, Siglo XXI, 1969

En esta perspectiva, todo campo social, y el de los recursos humanos también, es un espacio de lucha entre actores. En ese espacio, las acciones de los unos repercuten sobre las de los otros, relacionándose a través de alianzas o conflictos, a través de relaciones de poder (político, económico o simbólico). Los actores del campo de RRHH, siguiendo sus intereses e intencionalidades, buscan influir en la orientación del campo, y para ello se organizan y definen sus programas y plataformas de acción. Bajo esa visión, las decisiones que toman los actores en relación con los asuntos y problemas del campo no son meramente técnicas, sino esencialmente políticas.

En la estructuración del campo de RRHH de salud se destacan dos espacios privilegiados: el de la educación y el del trabajo. En el espacio educacional se ubican las instituciones y organizaciones que forman y educan a los futuros trabajadores de salud. El espacio laboral es aquél en dónde los trabajadores realizan técnica y socialmente sus actividades sanitarias. En la interacción entre estos dos ámbitos, suceden otros procesos y acontecimientos como: a) la acción del mercado de trabajo sobre el empleo, el salario, la sindicalización, la dinámica laboral y b) los procesos de profesionalización, por los cuales los grupos ocupacionales se estructuran corporativamente como grupos de poder y de presión, buscando su autonomía y su autorregulación.

Gráfico 4: Los componentes del campo de recursos humanos en salud



Es importante no perder de vista que, además de los trabajadores de salud, la población está presente en este campo demandando servicios. Los actores que actúan en el campo de RRHH de salud no son apenas individuos, sino también, y sobre todo, grupos organizados, instituciones y organizaciones estatales, asociaciones y corporaciones profesionales, sindicatos, universidades, escuelas y politécnicos, sociedades científicas; capaces de impulsar, facilitar o interferir con las políticas públicas, estrategias e intervenciones estatales o sociales que buscan orientar el campo en una u otra dirección.

Tabla 4: Estructura institucional básica para el desarrollo de recursos humanos para la salud

Instituciones y funciones	
Formación	Universidades Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud Escuelas Técnicas Sistemas de educación permanente
Regulación	Certificación Ministerio de Salud Ministerio de Educación Municipios
	Acreditación Agencias de Acreditación o Calidad Educativa
Información y análisis de políticas sobre recursos humanos en salud	Unidades de Recursos Humanos en los Ministerios de Salud Observatorios de Recursos Humanos en Salud
Representación y advocacy	Colegios profesionales, sindicatos, asociaciones de usuarios de servicios de salud.

Por ello, cuando, por ejemplo, se hace referencia a la existencia de un déficit de recursos humanos en salud, es también preciso incorporar en la contabilidad a la totalidad de las instituciones que acompañan a la existencia del personal en número y cantidad. No basta con trasladar trabajadores de salud y acercarlos a la población a ser atendida. Su adecuado desempeño implica el acompañamiento de una estructura institucional que asegura la formación, la actualización y la supervisión, entre otras acciones tendientes a mantener y mejorar la calidad de la fuerza de trabajo sectorial.

La fuerza de trabajo de salud necesita pasar por un proceso formativo que la califica para desempeñarse en la atención a la salud. A través de ese proceso recibe los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñarse de forma segura y competente. Es un proceso formativo que, además, debe transmitir e “instalar” en los futuros trabajadores valores que orientarán la posterior toma de decisiones. Valores que hacen del trabajo en salud una de las actividades con mayor reconocimiento y prestigio en todas las sociedades.

Estructura institucional en su país. Le sugerimos que revise y elabore...

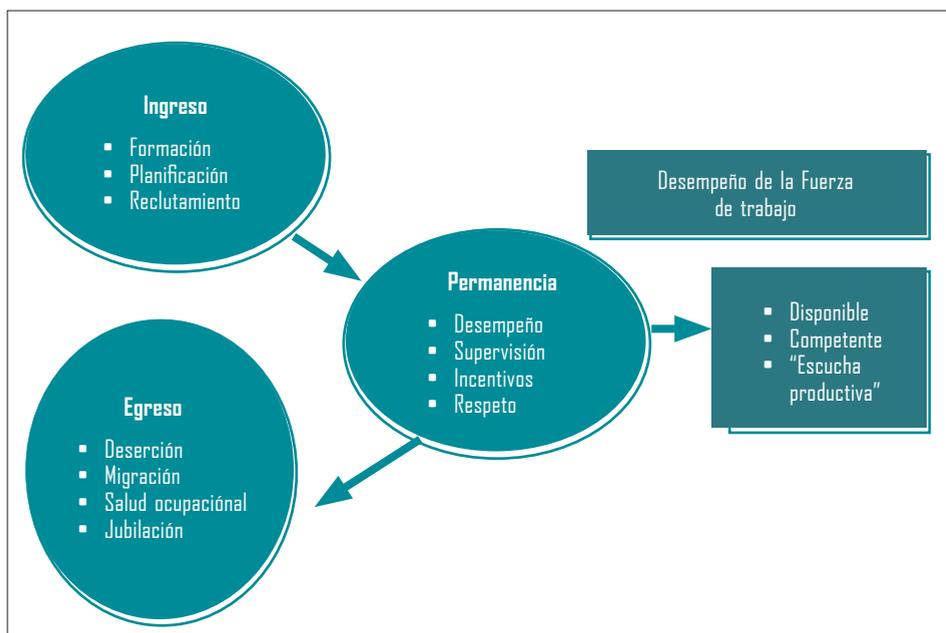
- ¿Dispone su país de la totalidad de esas instituciones antes mencionadas que acompañan el desarrollo de recursos humanos?
- Elabore un cuadro colocando el nombre y el año de creación de cada una de ellas. ¿Qué observa en el cuadro que Ud. creó?

EJERCICIO 2



EL CICLO DE VIDA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD La definición de “trabajador de salud”, así como la de personal de salud o fuerza de trabajo en salud, posee una dimensión objetiva, donde se registran los aspectos materiales de los trabajadores (formación, edad, género, especialización, títulos, experiencia, remuneración, etc.) junto con otra dimensión, subjetiva, donde aparece la valoración, el reconocimiento, la confianza que la sociedad le otorga a los trabajadores de la salud. En cualquiera de las etapas del ciclo vital de la fuerza de trabajo en salud se combinan esas dos dimensiones, que deben ser tomadas en cuenta al formular y aplicar políticas en este campo. Ambas dimensiones tienen un peso muchas veces equivalente.

Gráfico 5: Ciclo vital de la fuerza de trabajo en salud



Fuente: OMS. El informe de la salud en el mundo, 2006: Colaboremos por la Salud, Ginebra

En el **ingreso**, la dimensión objetiva está representada por el número y la composición de candidatos que desean ingresar a las instituciones formadoras para luego trabajar en el sector salud. También la composición y distribución de las escuelas y facultades. En tanto lo subjetivo se expresa en las expectativas, los valores vigentes en las familias y en quienes deciden educarse para luego trabajar en salud.

En la **permanencia**, lo objetivo son las condiciones de empleo, contrato, remuneración para quienes ya están trabajando en salud, mientras que lo subjetivo se manifiesta, por ejemplo, en el respeto que pacientes, usuarios y sus familiares asignan a los trabajadores de salud.

Por su parte, en el **egreso** se expresan todas aquellas situaciones que implican la pérdida de trabajadores dentro del sector salud, pérdida que puede atribuirse a migración, desgaste o enfermedad producto de condiciones de trabajo o simplemente, por jubilación.

La forma de apreciar si se da un adecuado **desempeño de la fuerza de trabajo en salud** puede incluir desde su distribución territorial y social, el nivel de competencia y actualización que dispone, o bien su receptividad y escucha a las demandas de la población que acude a los servicios o de aquellos que, sin acudir, tienen también necesidades a ser contempladas.

¿QUIÉNES SON LOS ACTORES DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS? Conviene tener presente que los conceptos y las imágenes que tenemos de actores y escenarios constituyen un recurso explicativo que se toma prestado del ámbito teatral, para trasladarlo a diferentes ámbitos de la vida social. En este caso, acerca de las tensiones y negociaciones respecto a los recursos humanos en salud. Aquí nos interesa destacar la transversalidad en la presencia de diversos actores en la formación, regulación, gestión y retención de la fuerza de trabajo sectorial.

Actualmente, el campo de los recursos humanos en salud no se limita al escenario nacional. La presencia de múltiples actores locales e internacionales han complejizado la dinámica de poder y negociación existente en materia de recursos humanos. Esa transversalidad supone que los mismos actores intervienen, influyen o deciden en varias partes de la dinámica del campo de recursos humanos. Y también supone la existencia de actores locales y actores externos (agencias internacionales y nacionales de cooperación técnica, donantes, firmas consultoras). El escenario abarca múltiples funciones y en cada una de ellas es posible diferenciar instituciones con la presencia de diversidad de actores.

Un básico mapeo permite recortar funciones de formación, regulación, información y análisis y las de representación y advocacy.

La creación y fortalecimiento de las Unidades de Recursos Humanos en los Ministerios de Salud está siendo una tendencia generalizada en los distintos países. El frecuente diálogo entre los responsables de esas Unidades ha sido un factor que aceleró su mejor funcionamiento. La mayoría de los países cuenta hoy con esa instancia, que cumple un papel central en materia de gobernanza e instrumento de rectoría estatal en materia de recursos humanos para la salud.⁸

La gobernanza alude a la calidad, la eficiencia, la participación y la transparencia en la forma de ejercer el poder estatal, ministerial o institucional. Si ayuda a consolidar las instituciones y los mecanismos de representación para proteger los derechos de la ciudadanía, se concluye que es un buen ejercicio de la gobernanza. De todo Estado moderno, se espera que desempeñe sus funciones asegurando tanto la legalidad como la legitimidad de sus actos, es decir que la ciudadanía a la que representa comprenda y avale las decisiones que se van tomando.

Durante los últimos años, muchas sociedades abandonan modelos verticalistas de gobierno y aceptan el desafío de regirse según patrones de democracia representativa, en la que coexisten diversidad de intereses y afiliaciones. El sector salud y el campo de recursos humanos, comienza a adecuar su modelo de gobernanza y la consiguiente capacidad de rectoría democrática por parte del Estado.

⁸ Arroyo, Juan. Perfil de las unidades de recursos humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, 2008.

El Estado, en materia de recursos humanos, es un actor central. Su función de rectoría comprende asegurar la calidad, cantidad y equitativa distribución de esos recursos conforme con las necesidades de la población. Para ejercer esa función requiere que en los Ministerios de Salud se cuente con una Unidad especializada en gestionar los recursos humanos de los que dispone el sistema. En los últimos años se ha generalizado la creación y fortalecimiento de esas Unidades. Sin embargo, es todavía una tarea pendiente lograr que todas esas Unidades cuenten con los recursos humanos y el equipamiento adecuado.

Un exhaustivo estudio,⁹ sobre la situación de esas Unidades en los países de las Américas, describe el dispar nivel que aún tienen estas Unidades.

Tabla 5: Unidades de Gestión de Recursos Humanos existentes dentro de los Ministerios de Salud

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las Unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
Belice	En proceso de formación	—	—
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Ministerio de Salud y Deporte	Decreto Supremo 28631 de 8 de marzo de 2006
	Área del Talento Humano	Unidad de Planificación del Ministerio de Salud y Deporte	Decreto que reglamenta la Ley 3351
	Escuela Nacional de Salud	Unidad desconcentrada del Ministerio de Salud y Deporte	Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE), artículo 25.
Brasil	SEGETEs	Ministério da Saúde	Decreto nº4.726 (09/06/2003), revogado pelos decretos: nº5.841 (13/07/2006) y nº5.974 (29/11/2006).

⁹ Arroyo, Op cit

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/coordination functions)	Health Policy Branch, Health Canada	Canada Health Act; First Ministers' Health Accords (2001 and 2003)
	Human Resource Services Directorate (i.e. personnel management)	Corporate Services Branch, Health Canada	Public Service Modernization Act - (Nov. 2003) and Public Service Employment Act (Dec. 2005)
	Treasury Board unit re. Labour Relations, Collective Agreements, Rates of Pay	Treasury Board, Government of Canada	Public Service Staff Relations Act; Financial Administration Act
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	Vice-Ministerio Técnico del Ministerio de Protección Social	Resolución No. 002 de 2003 del Ministerio de Protección Social
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Despacho Ministerial de Salud	Acuerdo Gubernativo 115-99 1990.
	Gerencia de Recursos Humanos (en implementación)	Direcciones de Área de Salud	De reciente implementación dentro del modelo de gestión en el marco del proyecto ASDI
Ecuador	Proceso de Gestión de Recursos Humanos	Planta Central del Ministerio de Salud Pública	1967 con la creación del Ministerio de Salud Pública
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Ministerio de Salud de Nicaragua	1996
Honduras	Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	Subsecretaría de Política Sectorial y Desarrollo Institucional	1972
	Subgerencia de REHUS	Gerencia Administrativa de la Secretaría de Estado	DND
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Ministerio de Salud	Resolución No. 276 de 9 de julio de 1998
Perú	Dirección Sectorial III RHUS (ex IDREH)	Planta Central del Ministerio de Salud	DS Nº 003-2007- SA
	Oficina General de Gestión de REHUS	Planta Central del Ministerio de Salud	Nº 27657 Ley del Ministerio de Salud

(Cont.)

Países	Unidades o Estructuras de Recursos dentro del Ministerio	Ubicación de las unidades	Ley/normativa con que fue creada la Unidad o Estructura
Paraguay	Dirección General de Recursos Humanos (DGRH)	Gabinete del Ministerio de Salud	DND
	Instituto Nacional de Salud	Nivel Central	Res. SG 41/94
	Departamento de Registro y Control de Profesiones	Dirección General de Servicio de Salud	Resolución 1993
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Nivel Central	Normativa de la Oficina de Administración de Personal (ONAP)
Trinidad y Tobago	Human Resources Unit	Main secretariat is within Headquarters Office of Ministry of Health	DND
Uruguay	División de Recursos Humanos (RR HH) de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)	Administración de Servicios de Salud del Estado.	En proceso de reformulación
	Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública	Dirección General de Secretaría	En proceso de reformulación
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	Vice-Ministerio de Servicios de Salud	Gaceta Oficial N°35397 del 07/02/1994, Resolución G-1932 del 27/01/1994. Actualizada por Decreto 5077 del 22/12/2006, Gaceta 38591 del 26/12/2006
	Dirección General Sectorial de Recursos Humanos	Despacho del Ministerio del Poder Popular para la Salud	No dispone

Fuente: Arroyo, Juan op cit

Dentro de las funciones que desempeñan las Unidades de Recursos Humanos, adquiere relevancia la capacidad de convocatoria y concertación que el Estado cumple. Es decir, lograr que asistan al diálogo todas las partes involucradas en la gestión. Dado que es el Estado quien debe ofrecer el espacio y las condiciones para el encuentro entre actores y la resolución de eventuales conflictos, es importante observar que no en todos los países esa capacidad está instalada como práctica reconocida.

Tabla 6: Nivel de participación de la Unidad en instancias de concertación y/o coordinación entre el Estado y Sociedad Civil

Países	Unidades	¿La unidad participa en alguna instancia de coordinación y/o concertación entre el Estado y los gremios de trabajadores en salud sobre el tema de recursos humanos?	¿Existen otros prestadores de servicios (mutuales, seguros sociales, seguros privados, etc.) con los cuales la Unidad de Recursos Humanos coordina o concerta?
Bolivia	Unidad de Recursos Humanos	Sí	Sí
Brasil	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	Sí	Sí
Canadá	Health Human Resources Strategies Division (i.e. health human resource planning/ coordination functions)	No	No
Colombia	Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos	No	No
Cuba	Dirección de Trabajo del Ministerio de Salud	Sí	No
Guatemala	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	Sí
Ecuador	Dirección de Gestión de Recursos Humanos	Sí	No
Nicaragua	División General de Recursos Humanos	Sí	Sí
Honduras	Departamento de Desarrollo de REHUS	Sí	Sí
Perú	Dirección Sectorial III Recursos Humanos en Salud ex Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH	No	No
Panamá	Dirección de Desarrollo Integral de Recursos Humanos	Sí	No
República Dominicana	Dirección General de Recursos Humanos	Sí	No
Trinidad y Tobago	Human Resources Unit	Sí	Sí
Uruguay	Dirección de Recursos Humanos de la Administración de Servicios de Salud del Estado	Sí	No
Venezuela	Dirección de Educación, Investigación y Desarrollo	No	No

Fuente: Arroyo, Juan op cit

En el campo de recursos humanos de salud, la identificación y mapeo de actores comprende tanto a quienes actúan en el espacio formativo, como quienes tienen intervención en materia de regulación y representación sindical, científica y corporativa. Esta red de intervenciones, tiene una dimensión visible a través de academias, colegios, registros, pero hay otra dimensión igualmente relevante, que está dada por la legitimidad con la que funcionan.

La existencia de mecanismos de acreditación,¹⁰ comprende un alto nivel de transparencia y prevención de eventuales conflictos de interés, los cuales están estrechamente relacionados con la madurez del sistema político imperante en el país y su grado de democratización. Es decir, la existencia de una práctica política que respeta la existencia de diversidad de intereses y representaciones que debaten, negocian, luchan y consensuan en un marco de gestión transparente.

Intervenciones de regulación (externa e interna) sobre la formación y el desempeño profesional de los recursos humanos en salud

	Regulación externa (Estado)	Autorregulación
Formación.	Acreditación. Habilitación. Incentivos para la transformación curricular. Capacitación a distancia.	Autoevaluación. Perfeccionamiento docente. Métodos educativos basados en: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Competencias. ▪ Solución de problemas.
Desempeño profesional.	- Capacitación continua y permanente. - Calidad total. - Evaluación del desempeño. - Capacitaciones puntuales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificación. ▪ Recertificación. ▪ Educación continua.

Basado en Borrell, op cit

A continuación, presentamos el mapeo referido a México. Seguramente, esa identificación puede no resultar exhaustiva e inclusive puede ser diferente en otras realidades nacionales. Pero constituye un ejemplo acerca de quiénes son los actores involucrados, cuyas voces conviene tener presentes en la elaboración de políticas en temas que son de su incumbencia.

¹⁰ Borrell Bentz, Rosa María: Calidad educativa en la acreditación de programas de formación de especialistas y en la certificación profesional. OPS, Serie HSR 26, 2000

Tabla 7: Perfil de los actores en materia de regulación y negociación en salud, en México

Actores	Descripción
Academia Nacional de Medicina	Asesora al Poder Ejecutivo en materia de salud. Regula al coordinar los Consejos de Certificación Médica.
Colegios y asociaciones	No han tenido un carácter regulatorio, aunque fueron creados con esa intención en 1945.
Comisión Nacional de Arbitraje Médico	La Comisión funciona, entre otras, como instancia que contribuye a que los prestadores de servicios tomen precauciones para evitar quejas. Sin embargo, su baja cobertura, el desconocimiento por parte de la mayoría de los usuarios, mas las limitaciones legales de "arbitraje y conciliación", permiten concluir que su influencia no crecerá en el corto ni en el mediano plazo.
Secretaría de Salud (SSA)	Estatutariamente, la regulación en la prestación de servicios sigue a cargo de la SSA. En la práctica, la regulación la ejercen las propias instituciones proveedoras de servicios, tanto públicas como privadas. Con la descentralización no se prevé una participación determinante de los Estados; todo indica que continuará siendo una facultad normativa a cargo de la SSA.
Secretaría de Educación Pública (SEP)	Continúa siendo la instancia única para otorgar cédula profesional, sin la cual un médico no puede ser contratado en las instituciones públicas o privadas. Aún cuando la cédula representa un requisito de entrada al mercado, otras instancias regulan la estancia del profesional y el acceso a espacios privilegiados del mercado. En 1999, la SEP y la SSA firmaron un convenio para la expedición de cédulas a médicos especialistas por parte de la Dirección General de Profesiones.
Instituto Mexicano del Seguro Social	Es el empleador de médicos más importante del país.
Empresarios	Aún cuando su capacidad regulatoria no es directa, la ejercen a través de la ampliación de su participación financiera en el mercado de servicios de salud.
Sindicatos	Aunque conservan el poder legalmente delegado para representar a los trabajadores, han perdido representatividad y capacidad de control entre los trabajadores con mayor subordinación ante el estado.
Usuarios	Se diferencia según tipo de institución. Respecto a la SSA es una actitud de pasividad, en la seguridad social el cuestionamiento es mayor. Escaso uso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Fuente: adaptado de Nigenda, op cit.

TENSIONES ENTRE ACTORES En los últimos años se ha generado una excesiva presencia de actores en el escenario de los recursos humanos. Esa abundancia de representaciones genera, en muchos casos, superposición de acciones y una mayor lentitud en la toma de decisiones.

Producto de años de desmantelamiento del aparato estatal y sus consiguientes responsabilidades, se ha multiplicado en los países menos desarrollados el número de ONGs, donantes y agencias que tienen voz en la materia.

EJERCICIO 3



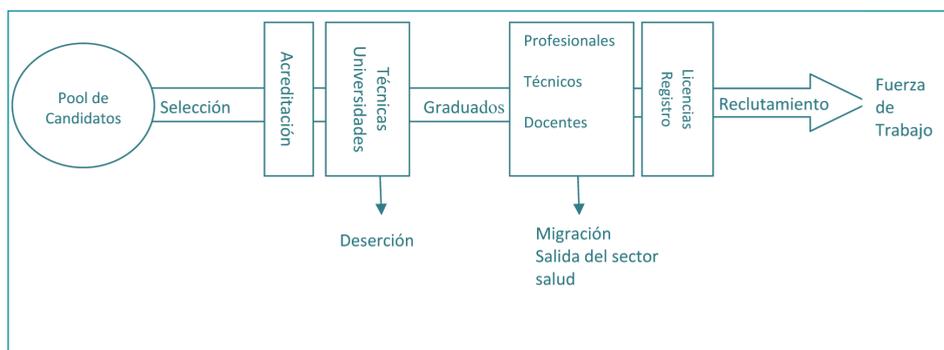
La dinámica del campo de recursos humanos Revisando el ejercicio anterior y la situación en su país...

- ¿Quiénes son los actores del campo de recursos humanos?
- ¿Qué fortalezas y problemas observa en torno a la gobernanza de recursos humanos?
- ¿Qué tensiones percibe entre los actores?

LA FORMACIÓN PROFESIONAL A LO LARGO DE LA VIDA Se han empleado diferentes imágenes para describir el proceso de formación del personal de salud. Todas ellas,^{11,12} tienen en común la idea de una secuencia productiva. Candidatos a ingresar al mercado de trabajo en salud que están dispuestos a seguir un proceso educativo y que luego pasan a ser reclutados por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este pasaje de los trabajadores de salud por un proceso formativo y de obtención de credenciales, es central al desarrollo de los recursos humanos. Además, este proceso está expuesto a influencias de tipo cultural, familiar, social y económico, que gravitan sobre el ingreso a determinadas escuelas, su número y procedencia.

El siguiente esquema muestra las etapas para alcanzar el ingreso a la fuerza de trabajo del sector salud.

Gráfico 7: Proceso de formación y reclutamiento de los recursos humanos en salud



ACERCA DE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN Para cualquier país, construir y poner en marcha la red de instituciones formadoras del personal en salud, es un esfuerzo considerable que excede con creces la mera instalación física de la escuela y su equipamiento. Hace falta una red de intervenciones y una adecuada y fluida relación con los servicios de salud, que permitan que el aprendizaje esté acorde con un nivel de práctica suficiente como para que el estudiante comience a desempeñarse con seguridad.

11 OMS, Informe 2006 op cit

12 Tulenko Kate, Gilles Dussault y Hugo Mercer, Marco y mediciones para el seguimiento de la entrada en la fuerza laboral sanitaria, en Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, OMS/USAID/Banco Mundial Dal Poz, Mario, Neeru Gupta, Estelle Quain y Agnes Soucat editores. 2009

Esas intervenciones constituyen la infraestructura sobre la que funciona el proceso formativo, para ser capaz de entregar al mercado de trabajo los recursos humanos en cantidad y calidad necesarios para asegurar el funcionamiento del sistema de salud. Dada la magnitud y complejidad de esa infraestructura, no extraña que su proceso de construcción sea lento y comprometa el sucesivo esfuerzo de generaciones.

La carencia de una infraestructura educativa suficiente impone restricciones a los países que necesitan incrementar la producción de recursos humanos para superar sus presentes carencias. Dado que, a nivel global, las mayores carencias se concentran en África Sub Sahariana y en algunos países de Asia, América Latina y Caribe, es en ellos donde la inversión nacional e internacional en salud debe contemplar como prioritaria la producción y mantenimiento de los recursos humanos en salud nacionales, única forma de asegurar la sustentabilidad y la superación de los problemas de salud.

La información contenida en la siguiente tabla, es la más actualizada en cuanto a la distribución de escuelas de Medicina y Salud Pública en el mundo. Es sorprendente el crecimiento alcanzado durante la última década. En el Informe Mundial de la Salud 2006 se habían identificado 1691 escuelas de medicina en el mundo, mientras que los datos recientes dan cuenta de 2420 escuelas. En tanto que de las 375 escuelas de Medicina, Enfermería y de Salud Pública identificadas en torno al 2005 se ha pasado a 467. Es posible que esto sea en parte resultado de un mejor registro de las instituciones existentes. Pero, parte de la explicación también proviene de la creación de nuevas instituciones a partir de una creciente toma de conciencia de la necesidad de producción local de profesionales.

Tabla 7: Población, instituciones formadoras de profesionales de la salud y número de graduados por año en regiones del mundo

Región	Población (millones)	Nº estimado de escuelas		Nº estimado graduados por año (miles)	
		Medicina	Salud Pública	Médicos	Enfermeras /parteras
Asia					
China	1371	188	72	175	29
India	1230	300	4	30	36
Otros	1075	241	33	18	55
Central	82	51	2	6	15
Alto ingreso Asia-Pacífico	227	168	26	10	56
Europa					
Central	122	64	19	8	28
Este	212	100	15	22	48
Oeste	435	282	52	42	119
Américas					
Norte	361	173	65	19	74
Latino América y Caribe	602	513	82	35	33
África					
Norte y Medio Oriente	450	206	46	17	22
Sub Sahara	868	134	51	6	26
Mundo	7036	2420	467	389	541

Fuente: The Commission Report, Health Professionals for a new century, Harvard University Press, Cambridge, 2011, también online en www.thelancet.com

Con respecto a la formación de enfermeras y de parteras en América Latina, se observa un marcado crecimiento de escuelas de enfermería y de parteras. Entre 1949 al 2004, el número ha crecido de 294 a 723 escuelas. Sin embargo, el número de enfermeras sigue siendo insuficiente, con una marcada carencia de este tipo de profesionales en la gran mayoría de los países de la región.

Tabla 8: Evolución de programas de grado en enfermería en América Latina¹³

Año	N.º de programas	Fuente
1949	294	Encuesta OPS/1949 OPS/1982 OPS/1996 ALADEFE 2004 (en 15 países)
1980	425	
1996	635	
2004	723	

Fuente: Castrillón y Lopera.

Regulación de la educación universitaria de enfermeras en América Latina, 2004

DE LA ESCUELA A LOS POSGRADOS... La formación para el desempeño profesional en salud no se agota en la etapa de grado. La continua capacitación es imprescindible dados los permanentes avances científicos y tecnológicos. Hasta hace pocas décadas la formación especializada era privativa de los médicos, sobre todo a partir de la sistematización de las residencias. Actualmente, ese modelo formativo de las residencias, en servicios y en estrecho contacto con los pacientes, se ha extendido a la mayoría de las profesiones de la salud.

Las residencias constituyen una instancia de capacitación especializada que en algunos países es considerada como parte del ámbito educativo, razón por la cual su control está bajo la órbita de los Ministerios de Educación (como por ejemplo, en Brasil). En tanto en otros países (como Argentina, Chile, etc.), es el Ministerio de Salud quien reconoce y certifica la apertura y funcionamiento de programas de residencias.

A través de las residencias, los profesionales reciben una formación intensiva y supervisada a cargo de profesionales especializados en el área seleccionada, que los capacita para un desempeño autónomo en determinado campo de trabajo o conocimiento. El reconocimiento de haber alcanzado un dominio especializado es también otorgado por colegios profesionales, asociaciones o academias nacionales de medicina, quienes también desempeñan un rol regulador al validar el cumplimiento de esa etapa formativa en lugares autorizados para realizarla. Los programas de residencias deben cumplir con una detallada secuencia educativa, definiendo contenidos y la adquisición progresiva de crecientes responsabilidades en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

La obtención de la certificación como especialista dota al profesional de condiciones habilitantes para desempeñarse en el mercado de trabajo en esa capacidad. Ello conlleva diferencias salaria-

¹³ Silvina María Malvárez, María Consuelo Castrillón Agudelo, Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 2005

les, así como cambios en sus condiciones de trabajo. El reconocimiento de una especialidad, y consiguientemente de los especialistas que la ejercen, tiene implicaciones en la organización de los servicios de salud, en el gasto en salud y en la división del trabajo dentro del equipo de salud.

El número de especialidades reconocidas no es homogéneo, pero oscila en torno a las 50 especialidades en muchos de los países de la región.¹⁴ Un grave problema es la distribución de los especialistas en el territorio, con una fuerte tendencia a concentrarse en algunos centros urbanos. Ello produce una desigual posibilidad de acceso a diagnósticos y tratamientos para quienes residen en lugares distantes y aislados.

Ejemplos de políticas combinadas de especialización y mejora en la distribución de personal de salud en zonas remotas o de vulnerabilidad social lo constituyen Chile y Canadá. En ambos países, y desde hace varias décadas, se han puesto en prácticas políticas destinadas a mejorar la capacitación del personal a través de residencias y especializaciones, pero asegurando al mismo tiempo que la población que tiene barreras financieras o geográficas pueda tener acceso a ese tipo de profesionales.

Si bien las residencias y la formación de posgrado en general ha estado relacionada con los centros de excelencia ubicados en las principales ciudades de cada país, el desafío en la actualidad es llevar la formación, la educación permanente y la actualización a todo el interior de cada país, evitando la sobre concentración en los lugares ya bien dotados de especialistas. Esa tendencia a redistribuir equitativamente puede observarse en los esfuerzos por retener personal de salud en zonas rurales, remotas o vulnerables que algunos países están impulsando.

Chile, por ejemplo, ofrece incrementos salariales a los trabajadores de salud (que oscilan entre un 10 a un 30% del sueldo base) para zonas con aislamiento geográfico, dispersión, marginación o riesgos de la población beneficiaria o en áreas en que se ejecuten las acciones de APS. Al mismo tiempo, permite acceder a programas de formación de especialistas que son un estímulo para atraer y retener profesionales en los servicios de salud municipales. Los programas comprenden dos etapas, una de destinación y otra de formación para médicos, dentistas, químicos farmacéuticos y bioquímicos.

En Canadá, donde el Estado mantiene desde hace décadas una activa y central participación en la provisión de servicios a la totalidad de la población, el desempeño de un rol regulador es también necesario. Para mantener una distribución equitativa de los recursos humanos en salud, y a través de diversas políticas, se apunta a reducir efectos de tendencias hacia la hiperespecialización. Asimismo, buscan reducir el credencialismo (incremento de requisitos para el

¹⁴ Un ejemplo es Brasil http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=122638

desempeño de la práctica profesional). El Estado actúa equilibrando el peso de una formación de posgrado predominantemente urbana, ofreciendo incentivos para enfoques integrales de formación y reduciendo el peso de credenciales derivadas de intereses de mercado.

LA EDUCACIÓN PERMANENTE Son muchos los países que están impulsando una capacitación que sea útil para los profesionales pero también, y sobre todo, para asegurar que el sistema de salud esté en mejores condiciones de responder a las necesidades cambiantes de su población. Para eso, la capacitación debe incorporarse como una actividad permanente, más ligada a las prácticas que a las determinaciones del mercado o a los impulsos académicos.

La experiencia acumulada, principalmente en los países, sostiene la vigencia y vitalidad del enfoque de educación permanente, comprometido con la transformación de las prácticas y de los equipos de salud.¹⁵ Actualmente, se está en condiciones de potenciar la educación permanente y en servicio con los aportes de las tecnologías de educación a distancia. En lugar de competir una modalidad con la otra, se trata de enriquecer los proyectos integrando los aportes de ambas,¹⁶ acercando el conocimiento elaborado a la práctica de los equipos, alimentando sus contribuciones y apuntando a un progreso constructivo e inclusivo.

Para la elaboración de programas integrados, capaces de atender a las necesidades de actualización de los profesionales y las del sistema donde se desempeñan, los siguientes criterios son fundamentales:

- Educación inserta en el propio contexto social, sanitario y del servicio, desde los problemas de la práctica y en la vida cotidiana de las organizaciones.
- Reflexiva y participativa dirigida a la construcción conjunta de soluciones a los problemas, en tanto y en cuanto los problemas no existen si no hay sujetos que activamente se problematicen.
- Estrategia permanente, en la cual los distintos momentos y las distintas modalidades específicas se combinen en un proyecto global de desarrollo a lo largo del tiempo.
- Orientación hacia el desarrollo y el cambio institucional, de los equipos y de los grupos sociales, lo que supone la direccionalidad hacia la transformación de las prácticas colectivas.
- Alcanzando estratégicamente a una diversidad de actores, desde los trabajadores de los servicios, los grupos comunitarios y los decisores político-técnicos del sistema.

¹⁵ Davini, M.C. Bases Conceptuales y Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud, OPS/PWR Argentina, Pub. Nº 19, 1989

¹⁶ Davini, M.C. Educación Permanente en Salud, OPS/DMS, Serie Paltex Nº 35, Washington, 1995

Para su desarrollo, la estrategia se centra en la **problematización**¹⁷ de las prácticas contextualizadas, como eje alrededor del cual se integran las diversas acciones específicas. El siguiente cuadro¹⁸ sistematiza una secuencia que va desde la práctica a la información, de la información a la adquisición de competencias y capacidades, de la adquisición a la programación de soluciones en la práctica.

Tabla 9: Secuencia de criterios para la formulación de estrategias de educación permanente

PROBLEMATIZAR LAS PRÁCTICAS	Identificar Problemas	Acción-Reflexión Investigación-Acción	Estudio de Casos Trabajo de Campo Sistematización de datos locales Construcción y priorización de problemas
	Ampliar el conocimiento	Acceso Bibliográfico Acceso a Datos Acceso a Educación virtual Acceso a Otras Experiencias	Seminario de estudios Pasantías en terreno Grupos de Discusión Teleconferencias y Redes Interactivas
	Desarrollar competencias específicas y del equipo	Adquisición de competencias y capacidades específicas	Supervisión Capacitante Entrenamientos focalizados específicos Talleres de elaboración de proyectos de trabajo
	Buscar soluciones Ponerlas en práctica Evaluarlas	Coordinar conductas con otros y Trabajo en Redes	Grupos Operativos de Calidad Talleres de programación local Evaluación de procesos y resultados

Fuente: Davini, MC Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos en salud.

¹⁷ Elliot, J. El cambio educativo desde la investigación-acción, Morata, Madrid, 1996; Schön, D. La formación de profesionales reflexivos, Paidós, Barcelona, 1992

¹⁸ Davini MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente

En esta perspectiva, la educación permanente en servicio se convierte en una herramienta dinamizadora de la transformación institucional, facilitando la comprensión, valoración y apropiación del modelo de atención que promueven los nuevos programas, priorizando la búsqueda de alternativas contextualizadas e integradas para la atención de la población.

EJERCICIO 4



La formación y el desarrollo de los recursos humanos en su país

Revise las informaciones y su experiencia, analizando...

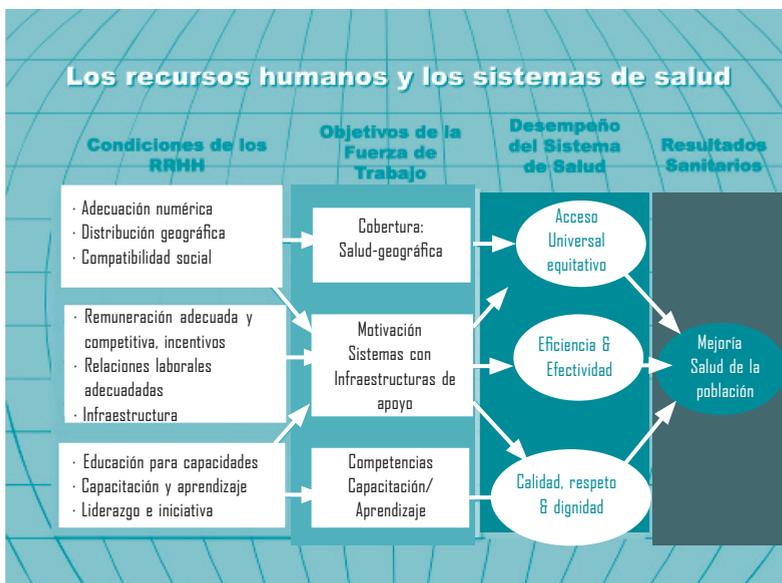
- ¿Qué caracteriza al conjunto de instituciones que participan en la formación de recursos humanos en su país (universitarias, no universitarias, de grado, postgrado, públicas o privadas)? Considerando esta composición, características y dinámicas, ¿qué particularidad o problemas observa?
- ¿Cuáles son los desequilibrios entre las ofertas de posgrado y la demanda según las necesidades de salud la población?; ¿Qué desequilibrios observa entre las especializaciones y las necesidades de la estrategia de APS?
- ¿Cuáles son los problemas de medio y largo plazo que podrá enfrentar si existen estos desequilibrios?
- ¿Cuáles son sus reflexiones en torno al valor de las estrategias de educación permanente en servicio para atender a las transformaciones necesarias?

LOS TEMAS, LOS PROBLEMAS y la propia capacidad de gestión del trabajo en los servicios de salud ha ganado importancia en los últimos años. Las tendencias y experiencias previas mostraban que la gestión del trabajo quedaba comprendida en los estrechos límites de la administración de personal, y tomaba distancia de las cuestiones relativas a la formación y la capacitación en servicio del personal. Éstas eran funciones dispersas y fragmentadas en los diferentes programas. Tampoco se contemplaban los asuntos relativos a la gestión del desempeño para mejorar calidad y productividad o la organización, la motivación, la satisfacción en el trabajo, la retención o la deserción del personal. Hoy en día hay consenso acerca de la necesidad de ampliar la perspectiva y adoptar enfoques de gestión integrales.

De una manera general, se entiende que la gestión del trabajo o del desempeño se refiere a los procesos por los cuales los equipos gerenciales de una institución organizan el trabajo y distribuyen sus "capacidades humanas" para la consecución de los objetivos de dicha institución.

Al hablar de gestión del trabajo en los servicios de salud (denominada también gestión de recursos humanos de salud), se está haciendo referencia a una función noble, esencial y compleja de los sistemas de salud. No se le debe entender como "aquello que hacen las oficinas de personal", sino la teoría y la práctica de los procesos inherentes al trabajador (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc.), su trabajo y su contribución a la atención de salud de la población, en una institución especializada, que también es un lugar de empleo.

Por tanto, esa función de gestión le corresponde a la instancia dirigente de un sistema de servicios, de una red de atención o de una institución de salud que se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de una población, en un marco de política sectorial. Sólo bajo estas condiciones se podría hablar de una perspectiva estratégica de la gestión del trabajo en salud.



La gestión del trabajo depende de los sistemas de salud. Ella cambia según los objetivos de los sistemas de salud, sus estrategias de desempeño. Y su razón de ser es contribuir a los objetivos del sistema a través de una racionalidad gerencial, que no es meramente técnica, sino que también incluye componentes políticos, culturales, ideológicos y económicos.

Así, por ejemplo, la descentralización de los sistemas de salud, una estrategia político-gerencial, generó cambios en la gestión de los recursos humanos en el sector público. En la mayoría de los países de América Latina, se delegaron recursos y responsabilidades del sector en el nivel intermedio (gobiernos nacionales, provinciales o estatales) y en menor grado, al inmediato inferior (municipios o sus equivalentes). Esta descentralización no siempre estuvo acompañada de transferencia de recursos ni de capacidades, lo cual requiere en esta etapa avanzar en una mejora de la gestión del trabajo a nivel local.

La gestión laboral, en la mayoría de los países, se caracteriza por la existencia de:

- Escasa valoración de la trascendencia para el logro de los objetivos del sistema sanitario.
- Frondosa normativa, agregada y muchas veces contradictoria.
- Conjuntos heterogéneos de marcos regulatorios, sobre todo en lo referente al desempeño de los profesionales, altas cotas de autorregulación y coexistencia de diferentes regímenes.
- Escasa planificación, debido a su escasa efectividad en los períodos previos, lo que llevó a una fácil hegemonía de los mercados en la asignación de los recursos de personal, con las distorsiones e inequidades que se observan.
- Carencia de planes de carrera realmente implementados o sistemas internos de evaluación de desempeño efectivo y con consecuencias, y no como ritual burocrático.

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Hay algunas particularidades o especificidades que caracterizan al sector de la Salud en lo que se refiere al trabajo de atención a la población en la búsqueda de satisfacer sus necesidades sanitarias. Es por ello que se le incluye en el sector de producción de servicios sociales.

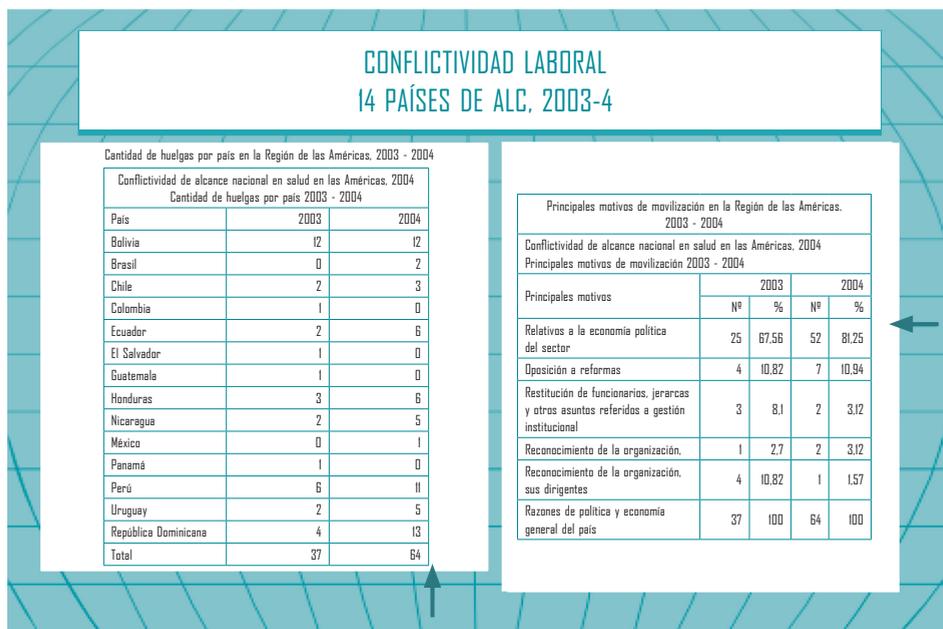
- El sector de la salud es un sector “mano de obra intensivo”. Es un muy importante generador de empleo (en América Latina y el Caribe, sobre todo de empleo público).
- El conocimiento y la información es el factor crítico del proceso productivo. Por ello, en los últimos años, se incluye a la fuerza laboral sanitaria en el grupo de trabajadores del conocimiento.

- La producción de bienes y servicios sanitarios dependen de un alto dinamismo tecnológico. La velocidad de incorporación tecnológica es muy alta, así como el recambio y la obsolescencia.
- La introducción de tecnologías no apunta al ahorro de mano de obra o al incremento de la productividad. Por el contrario, sucede que una nueva tecnología requiere de nuevos especialistas, técnicos y auxiliares de varios tipos, en consonancia con el proceso tecnológico del que se trate.
- Los procesos de atención, desde el punto de vista de la mano de obra, los conocimientos, información y tecnologías, se caracterizan por su alta complejidad y diversidad de procesos de trabajo y de ocupaciones y profesiones participantes.
- Esa complejidad que con frecuencia da lugar a bajos niveles de acuerdos y difíciles relaciones entre los grupos profesionales y los individuos, se traduce en una alta incertidumbre en resultados.
- Si a ello se le agrega la alta influencia de la cultura organizacional sobre los comportamientos de grupos e individuos, tenemos que el trabajo en salud es complejo y de difícil gestión.
- La fuerza laboral es mayormente femenina. Entre 65-70% del personal sanitario son mujeres, como lo indican los estudios. Este sector se caracteriza por mostrar diversas manifestaciones de inequidad de género, entre ellas las diferencias salariales entre hombres y mujeres, entre otras.

Este sector es también bastante complejo desde el punto de vista de los mercados laborales. Dados los altos niveles de fragmentación organizacional y segmentación social que caracteriza a la mayoría de sistemas de salud en Iberoamérica, se trata de mercados altamente segmentados, competitivos entre sí, y que generan muchas dificultades e ineficacias a los sistemas de planificación de personal.

En la última década, fue notable una tendencia a la flexibilidad y a la precariedad (trabajo desprotegido) en muchos países de la Región. Así, en Brasil se encontró que un 49% de trabajadores en hospitales eran subcontratados. Hace unos cinco años en ese país, el sistema único de salud (SUS) —informaba de una gran variedad de modalidades de contratos flexibles y precarios. En Perú, durante los años 90 y primeros de esta década, los contratos flexibles de corto plazo crecieron un 430%.

Otra característica del trabajo sanitario es su alta conflictividad laboral. Esa conflictividad obedece a diversas razones, algunas de naturaleza estructural al sector, de las cuales algunas han sido señaladas. Los conflictos se manifiestan bajo diversas modalidades, además de la tradicional entre empleadores y empleados, están los inter-profesionales e intra-profesionales. La siguiente gráfica muestra algunos resultados de un estudio de conflictividad laboral realizado por la OPS entre los años 2003-2004.



PRINCIPALES DESAFÍOS Y PROBLEMAS DE LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN SALUD Una de las consecuencias de los procesos de reforma de los sistemas de salud de los años 90, orientadas por principios de libre mercado y privatización, fue una mayor complejidad de la gestión del trabajo en los servicios de salud.

Sobre una base existente caracterizada por debilidad institucional para gestionar el desempeño del personal por estructuras de gestión patrimonialistas y atrasadas, se agregaron problemas generados por políticas de recorte del gasto público y achicamiento del aparato estatal. Estas políticas se acompañaron de estrategias de descentralización, flexibilidad laboral, precarización del empleo, incentivos, terciarización o externalización de funciones y servicios, entre otras estrategias destinadas a abaratar el costo del trabajo.¹⁹

¹⁹ Brito, P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev. Panamericana de Salud Pública, 8 (1-2), 2000. Pag 43-54

Cuadro 1. Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
<ul style="list-style-type: none">· Descentralización.· Cambios en los ministerios: funciones y estructuras.· Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago.· Nuevas modalidades de gestión: externalización o contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etc.· Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad.· Extensión de la cobertura.	<ul style="list-style-type: none">· Mayor resolución.· Nuevas funciones y áreas de competencia.· Exigencia de mayor calidad y productividad.· Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos.· Nuevas formas de contratación.· Énfasis en el desempeño y su evaluación.· Cambios en los sistemas de incentivos.· Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1999

Durante los procesos reformistas de orientación neoliberal, se promovió activamente la modernización de las unidades de gestión bajo la orientación de los principios de la gestión del sector privado en general, y de la llamada nueva administración pública (o nueva gestión pública) para el sector público, en particular en algunos países.

La promovida nueva administración pública (NAP) consiste en una serie de reformas administrativas que promueven una gestión por objetivos, utilizando indicadores cuantitativos, uso de la privatización, separación entre clientes y contratistas, la desintegración de instituciones administrativas tradicionales, el enfoque de Estado como productor-vendedor de servicios públicos, uso de incentivos en salarios, costos reducidos y mayor disciplina presupuestaria. Usa la evaluación como instrumento para mejorar el proceso.²⁰

La NAP, que se denomina también “nuevo gerencialismo”, hace uso de cuatro principios estratégicos principales:

- Descentralización, es decir, la delegación de la toma de decisiones en jerarquías inferiores, como agencias operativas, organismos regionales, gobiernos subnacionales, pues éstos están más próximos al problema y tienen objetivos más claros.
- Orientación hacia el desempeño, que comienza desde los insumos y el cumplimiento legal hasta los incentivos y los productos.

20 <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=976012> Gobernando la Infraestructura del Conocimiento en un Mundo de Sistemas de Innovación páginas 9-10

- Reemplazo de la idea de usuario o paciente por la idea de cliente. Así, promueve mayor orientación hacia el cliente, bajo las estrategias de informar y escuchar al cliente para comprender lo que quieren los ciudadanos y responder con buenos servicios.
- Mayor orientación de mercado, aprovechando los mercados o cuasi mercados (a través de contratos de gestión y personal).
- La competencia entre los organismos públicos, el cobro entre los organismos y la externalización, mejoran los incentivos orientados al desempeño.²¹

En muchos países, esta nueva orientación significó el debilitamiento y la casi desaparición de las unidades de desarrollo de recursos humanos existentes en los Ministerios de Salud, y su reemplazo en muchos casos por los equipos de gestión de los proyectos de desarrollo institucional o de inversión financiados por los Bancos.

La NAP era funcional a la dirección que se imprimió a las reformas del Estado y de sectores como el de Salud, ya que permitía cumplir con:

- Un ordenamiento más estratégico de las políticas públicas.
- Hacer efectivo el enfoque de separación de funciones. Se separan el diseño de las políticas de la implementación (constituyendo los proyectos, muchos de ellos financiados por los bancos de desarrollo, el eje de la acción del gobierno), y el financiamiento de la provisión.
- Un sistema de gestión financiera que haga énfasis en los resultados, entregue un costeo completo, contabilice todos los insumos y los productos, y que al mismo tiempo descentralice los controles de gastos ex ante. Por lo común, los controles se hacen menos específicos (categorías presupuestarias más amplias, por ejemplo) y no se eliminan los controles externos, sino que se cambian de ex ante a ex post.
- Un sistema de personal descentralizado que ponga mayor énfasis en la gratificación por el desempeño.²²

²¹ Carlos Losada, ed. *¿De burócratas a gerentes?: las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del estado*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo, p. 78

²² *ibid.*, pp 78-79

Una parte importante de las orientaciones de este nuevo gerencialismo ha sido incorporada por las administraciones públicas en países de la Región. Algunas orientaciones han producido un cambio cultural muy importante en las unidades de gestión sanitaria, como la gestión por proyectos, que lleva a una mayor fragmentación de los sistemas de salud, y la gestión por resultados.

Actualmente, la orientación de las reformas de los sistemas de salud en Iberoamérica es diferente y ya no se aprecia la hegemonía de reformas orientadas por criterios de mercado. En por lo menos una docena de países, se están promoviendo políticas y cambios en los sistemas orientados hacia el acceso universal y la garantía de los derechos a la salud bajo la responsabilidad política y jurídica del Estado.

La configuración de una nueva y compleja agenda para la gestión del trabajo plantea el desafío de la integralidad. Significa, entre otras cosas, que hay problemas y temas viejos persistentes, pero que requieren ser tratados desde una nueva realidad y acudiendo a nuevas ideas y propuestas.

Con una agenda orientada hacia la construcción de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud, para lograr universalidad y equidad, la gestión del trabajo en los servicios de salud enfrenta desafíos tales como:

Construir capacidad institucional para la gestión del trabajo en salud

Se requiere construir o reconstruir una sólida capacidad de gobierno y de gestión, en lo que se refiere a la gestión del trabajo en salud, cuya solidez se sustente en una concepción integral de gestión, que incluya aspectos de planificación, regulación, administración y desarrollo de competencias laborales.

El cuadro siguiente muestra los resultados de una consulta realizada a los países de la Región, en el año 2005, por la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de salud de la OPS/OMS.

Condiciones de empleo según subsistemas de salud

Organización de la prestación de servicios		Modalidad de empleo (práctica)	Contratos	Modos de pago	Carrera funcionaria	Sindicalización Negociación Colectiva
Públicos (Min. de Salud y Entidades Descentral.)	Servicios de Salud Pública Servicios ambulatorios y APS Hospitales Públicos Autónomos Proyectos Extensión Cobertura Outsourcing (cooperativas)	Dependiente (asalariados y protegidos y no registrados) Semidependiente	Tiempo indeterminado Corta duración (flexible)	Por tiempo Por servicio Per Cápita Por metas	En pocos países con tendencia a crecer	Sindicalización Na C.C.
	Seguridad Social	Dependiente (protegidos)	Tiempo indeterminado Corta duración	Por tiempo Por Servicio Per Cápita	Muchos países	Sindicalización C.C. (tendencia a la baja por outsourcing)
	Servicios contratados/outourcing (cooperativas)	Dependiente Semidependiente	Corta duración	Por tiempo Por Servicio Per Cápita		
Privados	Servicios de empresas aseguradoras	Dependiente Semidependiente Independiente	Corta duración	Por tiempo Por Servicio		Sindicalización C.C.
	Empresas médicas	Independiente	Tiempo indeterminado Corta duración	Por tiempo Por Servicio		Sindicalización C.C.
	Práctica liberal (médicos)	Independiente	Cuenta propia	Por Servicio	N/A	N/A
ONGs	Servicios Propios	Dependiente	Corta duración	Por tiempo Por Servicio		Incipiente sindicalización
	Outsourcing y otras modal.	Dependiente Mix	Corta duración	Por tiempo Por Servicio		

Las Unidades de Recursos Humanos incluyen funciones de gestión del trabajo, educativas y de producción de información. Además, hay avance en el desarrollo de capacidades institucionales:

- 18 de 25 países tienen Unidades de Recursos Humanos permanentes. En 14 países se está trabajando en el desarrollo de las capacidades institucionales para la gestión de RRHH (capacitación, profesionalización y especialización). 10 países están en proceso de transformación y fortalecimiento de la estructura.
- En 4 países ya han consolidado su estructura y están fortaleciendo capacidades en el ámbito nacional y algunos realizando cooperación técnica a otros países.
- 14 países tienen definidas políticas de recursos humanos con referencia explícita al desarrollo de la función de gestión del trabajo. En 7 países están construyendo mecanismos participativos de gestión en el campo de recursos humanos.
- 11 países están trabajando el desarrollo de las carreras sanitarias (Brasil, Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay, Perú, Ecuador, Guatemala, Colombia, Nicaragua, República Dominicana). En 11 países están trabajando en el abordaje de mecanismos de negociación y manejo del conflicto.
- 8 países están trabajando en el abordaje de la salud de los trabajadores de la salud.

- En 13 países las unidades están trabajando en temas de desarrollo de APS (capacitación, dotación, incentivos, equipos básicos).
- 11 países están abordando desde las unidades los temas relacionados con el desarrollo de residencias médicas en temas críticos.
- En 8 países existen procesos de análisis y abordaje del tema de migración de personal de salud.

Inadecuación entre la formación y el servicio, en especial para el desempeño en el marco de la APS

En muchos países (Brasil, El Salvador, Paraguay, Chile, Perú, Argentina, Venezuela, etc.), uno de los escollos más importantes es no contar en cantidad y calidad con profesionales y técnicos competentes y motivados para trabajar en situaciones donde persiste la exclusión social. Las plazas que abren en servicios destinados a esas poblaciones no se llenan por falta de candidatos, mientras la oferta de fuerza de trabajo en las ciudades es abundante.

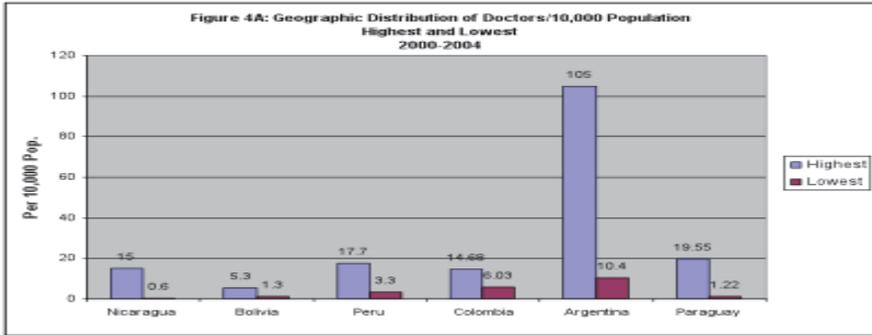
Son necesarias políticas que reorienten la formación y la atención, incentivando, no solo a los individuos, sino también a las instituciones. De manera que las universidades e institutos de formación de técnicos promuevan cambios de sus modelos de formación y de articulación con todos los niveles de atención del sistema e incluso con acciones fuera del ámbito de salud (escuelas, centros culturales y sociales).

Desbalances en la disponibilidad, composición y estructura de la fuerza de trabajo, inequidades en la distribución del personal

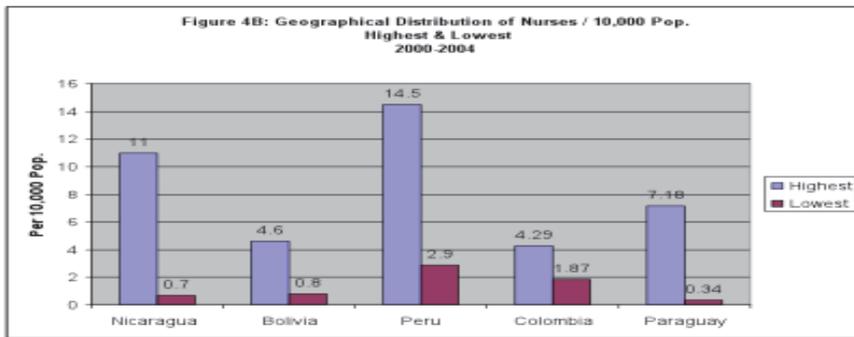
Los profesionales y técnicos tienen preferencia a concentrarse en las zonas urbanas y es muy difícil conseguir la dotación de servicios en las zonas rurales. Esto genera serios problemas para el funcionamiento adecuado de los sistemas y servicios y graves problemas de inequidades y baja calidad.

Las dos gráficas siguientes muestran este serio problema para algunos países de América Latina para dos categorías esenciales, como son médicos y enfermeras.

Distribución geográfica de Médicos por 10,000 hab (más alta y más baja) 2000-2004



Distribución geográfica de Enfermeras por 10,000 hab (más alta y más baja) , 2000-2004



Casi todos los países enfrentan dificultades para dotar y mantener equipos de salud (salud familiar y APS), integrados por médicos, enfermeras y auxiliares, y especialistas en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y salud mental.

Dificultades para el trabajo efectivo en equipos de salud

Frente a concepciones individualistas y unidisciplinarias del trabajo salud, se requiere fortalecer el trabajo en equipo e intersectorial. Las nuevas generaciones de profesionales necesitan formarse en esos valores y capacidades para desempeñarse en equipo.

Bajos salarios en el sector público y dificultades para retener al personal

Los salarios de los ministerios de salud suelen ser más bajos y poco competitivos frente —a los que se pagan en la Seguridad Social, los proyectos de desarrollo financiados por los Bancos de Desarrollo, o el sector privado. Para el gestor del personal en los servicios de salud, la escasa capacidad de atracción de los salarios— era un factor adicional a las dificultades para reclutar y mantener el personal necesario. Actualmente, cuando hay señales de recuperación del sector público en varios países, sería importante que las mejoras salariales estén acompañadas por mejores condiciones de trabajo, que incrementen la dignidad y el respeto a trabajar en el sector público. Eso se expresa en la calidad del servicio que se brinda, las posibilidades de mejor formación y el consiguiente reconocimiento social.

Precarización del trabajo en salud

Las políticas de desregulación del empleo y de precarización del empleo están aún vigentes y son herencias de las reformas de mercado de los años noventa. Para disminuir los costos del trabajo se impulsaron contratos de corta duración sujetos a la disponibilidad de recursos financieros, por lo común provenientes de proyectos financiados con préstamos internacionales. Una buena parte de estos contratos carecen de protección social y de beneficios garantizados en cualquier contrato de trabajo decente.

Alta conflictividad

El manejo preventivo y democrático de conflictos es un serio desafío para cualquier responsable de la gestión de los servicios y del desempeño en los servicios de salud. Ese desafío incluye la necesidad de generar condiciones de trabajo y relaciones laborales que ayuden a la gestión participativa, al tiempo que se preserva y mejoran las condiciones del desempeño de los trabajadores de salud.

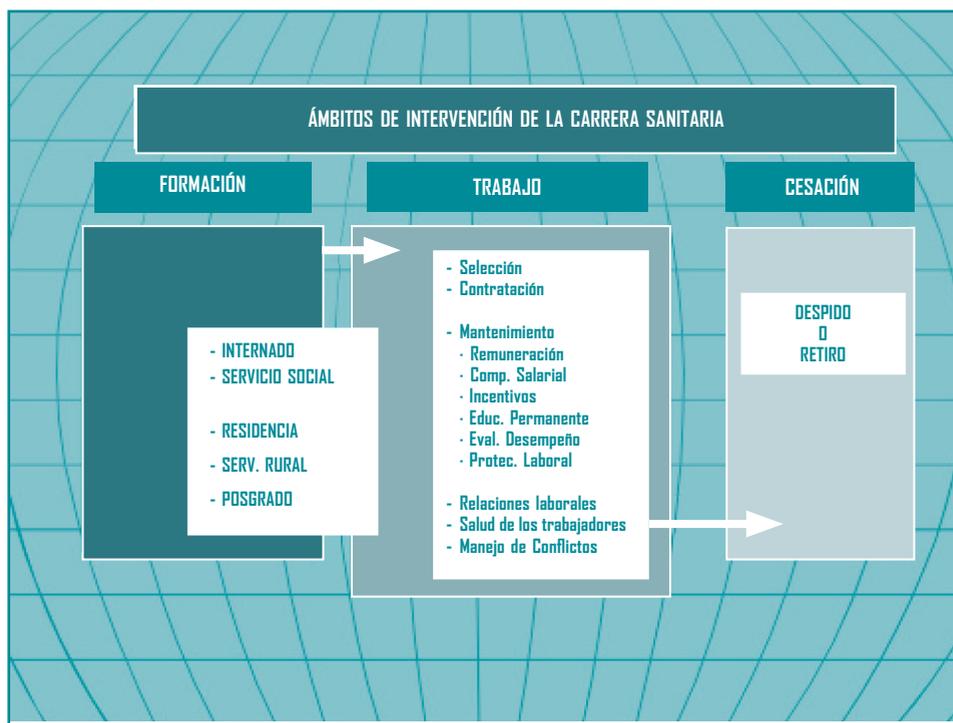
La necesidad de carreras sanitarias y protección del empleo

Una carrera funcionaria para el personal de salud o carrera sanitaria es un esfuerzo de ordenamiento institucional para orientar, con criterio de política pública, el trabajo de los recursos humanos en salud y las condiciones estructurales en que se realiza. Por lo común, en una carrera se intentan abordar temas diversos y a veces encontrados, tales como:

- a. Derechos del trabajador
 - Desarrollo y retribución en su trabajo.
 - Desarrollo de sus competencias y capacidades.
- b. Necesidades del usuario
 - Calidad científica, técnica de atención.
 - Calidez humana en la atención.
- c. Requerimientos del servicio
 - Función técnica.
 - Función organizativa y de gestión.

Una carrera funcionaria por lo común comprende conjuntos de normas diversas (leyes, decretos, reglamentos), con gran variedad de contenidos entre países y en el mismo conjunto normativo (desde grandes principios a pequeños detalles). Por ello se destaca la importancia de una adecuada negociación entre los actores relevantes y a tratar de asegurar condiciones como:

- Financiamiento de la carrera (cargos/salarios/incentivos).
- Tiempo transcurrido entre la aprobación del marco normativo y su operacionalización.
- Generación de la estructura encargada de su implementación.
- Análisis de la dotación de recursos humanos y provisión de sistemas, en cantidad y con las competencias para el desarrollo de la función.
- Definición del grado de centralización/descentralización de la función.
- Generación de mecanismos periódicos de control y evaluación de la carrera.



Protección de la salud de los trabajadores de la salud

El personal de salud está expuesto a riesgos y condiciones que determinan una carga de enfermedad caracterizada por:

- Alta incidencia y prevalencia de disturbios mentales.
- Enfermedades y problemas músculo esqueléticos.
- Exposición a altos niveles de violencia directa e indirecta, incluyendo agresiones físicas en el desempeño de su servicio.
- Bajo nivel de vacunación protectora.
- Condiciones de la organización de su trabajo y de su jornada que llevan al agotamiento y desgaste.
- Ausencia de sistemas específicos de protección social, incluyendo el deterioro de su contrato y su salario.

Por ello, cada vez es esencial que se considere entre las responsabilidades de la gestión de trabajo la protección de la salud de los trabajadores de la salud.



La gestión del trabajo en salud

Considerando las necesidades de salud de la población en su país...

- ¿Qué adecuación observa entre los perfiles de desempeño del personal de salud y los requerimientos de la estrategia de APS?
- ¿Qué equilibrio o desequilibrios observa en la distribución geográfica, distribución público/ privado, etc.?
- ¿Qué metodologías de dotación y asignación del personal se siguen?
- ¿Cuáles son los sistemas de contratación y sus efectos? ¿Qué sabemos de motivación e incentivos?
- ¿Cuál es la conflictividad del sector salud y entre los distintos actores?
- ¿Qué se ha realizado en materia de carrera sanitaria?

DESDE UNA PERSPECTIVA ética y de justicia, existe coincidencia en que las sociedades más avanzadas son aquellas que aseguran a todos sus integrantes —entre muchos otros derechos— un acceso equitativo a la salud. Sin embargo, no son muchos los países donde sus habitantes tienen ese derecho protegido. Dos factores pesan decisivamente y actúan como obstáculos que impiden el disfrute de ese derecho. Por una parte, la fragmentación institucional, a través de la cual los servicios de salud están organizados o sus mercados de salud conformados. Pero, también por la segmentación económica y social, que determina que los habitantes tengan acceso a los servicios de salud según su capacidad de pago o de contribución fiscal.

La **fragmentación institucional** termina produciendo estructuras de servicios públicos (con sus respectivas jurisdicciones, nacional, provincial y municipal), privados, de la seguridad social, de asociaciones voluntarias y muchos otros. Servicios que muchas veces se superponen, no aseguran una distribución racional y equitativa y mantienen una débil coordinación entre sí.

La **segmentación**, por su lado, establece marcadas diferencias en términos de calidad, cantidad de recursos y distribución territorial, dado que es la expresión en salud del nivel de desigualdad social y económica que prevalece en una sociedad. La fragmentación y la segmentación atentan contra el funcionamiento efectivo del sistema de salud, elevando sus costos de funcionamiento y dilapidando parte de los recursos utilizados. La combinación de ambos problemas agrava aún más las falencias al quitarle racionalidad y afectando la capacidad de rectoría del Estado sobre el sistema de salud.²³ La repercusión de estas distorsiones en materia de recursos humanos para la salud es enorme, la existencia de diferentes escalafones, escalas salariales, diferentes tipos de contrato y condiciones de trabajo contribuyen a generar un escenario de pluriempleo, concentración en algunas instituciones y carencias en otras.

Interesa aquí una aproximación cualitativa a la dinámica del mercado de trabajo. Un estudio²⁴ realizado en Belo Horizonte, analiza la situación del mercado de trabajo de los recursos humanos en los distritos sanitarios existentes en la ciudad y convierte en unidades de análisis los contratos laborales que el municipio estableció en el período 2002 al 2006, caracterizando a partir de ellos la relación entre contratos precarios y permanentes.

Sin duda, que esa es una cuestión presente en la mayoría de los países, y expresa con elocuencia un residuo de los años en los que la dimensión comercial de la privatización impregnó al sistema de salud en su conjunto. Contratos precarios implican desprotección legal y social y el sometimiento a condiciones de trabajo que afectan al trabajador y que terminan —incluso— afectando a la calidad de las prestaciones.

23 OPS, Desafíos de la gestión de recursos humanos en salud 2005-2015, Washington DC, 2006

24 Maria Cristina Ramos de Vasconcellos Coelho, Ada Ávila Assunção y Soraya Almeida Belisário. "Employment and sociodemographic characteristics: a study of increasing precarity in the health districts of Belo Horizonte, Brazil, Human Resources for Health 2009, 7:56 doi:10.1186/1478-4491-7-56

Tabla 10: Tipos de derechos laborales en categorías de trabajadores permanentes y no permanentes en Secretaría de Salud del Municipio de Belo Horizonte (SMSA-BH) (2002-2006)

Derechos laborales	Categoría de empleo				
	Trabajador no permanente				Trabajador permanente
	Designación política	Contrato temporario	Subcontrato	Pasantía	SMSA-BH
Ingreso	Nombramiento	Postulación	Postulación	Selección	Prueba pública competitiva
Semana laboral	40 horas	44 horas	20 horas (pasante)	30 horas (subcontrato)	20 horas o +
Vacaciones	25 días laborables	20 días cada 12 meses cuando registra menos de 3 ausencias durante el período	30 días calendario	No especificado	25 días laborables
Aguinaldo	1 / cada 12 meses trabajados	1/12	1/12	No especificado	1/12
Licencia por enfermedad	Tiempo necesario para recuperación	Máximo 2 días por mes	Tiempo necesario para recuperación	No especificado	Tiempo necesario para recuperación
Validez del contrato o de la prueba de selección	Duración del mandato político	6 meses, renovable 4 veces	Indefinida	6 meses a 2 años (pasante) Indefinida (subcontratado)	Permanente después de 730 días trabajados
Aviso de despido	No especificado	15 días calendario	30 días calendario	No especificado	30 días calendario
Aumentos	Según aumentos al sector público	No especificado	Negociación colectiva	No especificado	Negociación colectiva

Fuente: elaborado por Ramos de Vasconcellos op cit con datos provenientes de GGTE/SMSA-BH - 2007. Traducción propia

La tabla es elocuente de las diferencias entre los trabajadores permanentes y los no permanentes, aún en un contexto nacional y estadual de marcada protección a los derechos del trabajador. Sin embargo, la persistencia de condiciones de contratación precarias continua como una práctica con fuerte vigencia en lo que respecta a los trabajadores de dedicación parcial. Las autoras del

estudio señalan que ante el aumento de la edad promedio de los trabajadores, la reducción del poder adquisitivo del salario y el crecimiento del empleo temporario, las autoridades estatales emprendieron acciones tendientes a reducir los contratos precarios por su impacto negativo sobre las condiciones de funcionamiento de los servicios.^{25, 26}

En general, los trabajadores no permanentes del sector salud tienen niveles más bajos de seguridad laboral, menos control sobre la cantidad de horas a trabajar, peores perspectivas de carrera profesional y limitado acceso a capacitación y oportunidades educativas. La reversión de una cultura de la precariedad, instalada desde principios de los 90, llevó al gobierno central y al estadual a adoptar medidas de reorientación. La más importante ha sido el Programa Nacional de Reducción de la Precariedad Laboral (Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho), que fue acompañado por un marco legal que facilitó la disposición de recursos para cambiar las condiciones de contrato (Lei de Responsabilidade Fiscal). Además, en la ciudad de Belo Horizonte: a) se creó, en 2005, un Centro de Educación para el Personal de Salud; b) se facilitó el acceso a tecnologías de educación a distancia; c) interconsulta vía telemedicina; d) exámenes públicos y abiertos para la selección de nuevos trabajadores y d) la promulgación de una Ley, en 2007, que establece una carrera en el sector y asegura los derechos laborales.

Esa experiencia puede ser fuente de múltiples enseñanzas, que van desde el uso de la información administrativa con fines científicos, lo cual permite mejorar la gestión hasta la ratificación de que los cambios no son meras disposiciones burocráticas. Hay fuertes componentes ideológicos y culturales que es preciso tener en cuenta. Desmontar esa cultura de precariedad y devolver a los trabajadores de la salud confianza y seguridad en una carrera profesional, demanda un esfuerzo sostenido y con fuerte respaldo y voluntad política.

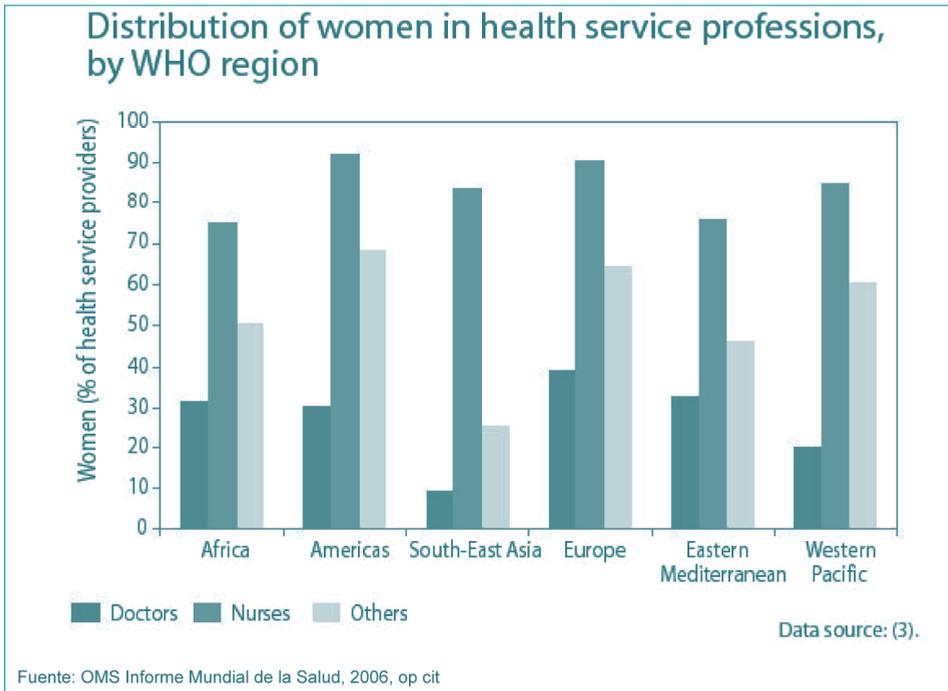
El mercado de trabajo en salud, no sólo opera sobre la tensión entre contratos formales y contratos precarios. Las diferencias según género son también un factor de innegable peso en la estructuración del mercado de trabajo en salud. Hay múltiples evidencias²⁷ provenientes de todo el mundo, que indican que las mujeres tienen limitadas sus expectativas personales y profesionales en términos de seguridad del empleo, posibilidades de ascenso, remuneración y condiciones de trabajo, producto de una discriminación social, política y culturalmente construida.

25 Ministério da Saúde do Brasil: Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. Cadernos RH Saúde 2006, 3(1):1-188.

26 Brito P: Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana Salud Publica 2000, 8(1-2):43-54

27 Asha George, Human Resources for Health: A Gender Analysis, Review Paper prepared for the Women and Gender Equity, and Health Systems, Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health, July 2007

Gráfico 9: Distribución de las mujeres en profesiones de salud según región de la OMS, 2006



Fuente: OMS Informe Mundial de la Salud, 2006, op cit

A pesar de esa fuerte presencia, en Nicaragua las mujeres médicas tenían en 1996 una tasa de desempleo 3.5 veces más alta que sus colegas hombres,²⁸ y los datos de México²⁹ en 1999 mostraban que las médicas mujeres tenían un nivel de desempleo 4 veces más alta que los hombres y 3 veces más alta si se comparaba en términos de subempleo.

Las diferencias en términos de género son una rémora de la que progresivamente el sector salud se va desprendiendo. Es cierto que en algunas sociedades es aún muy lento el proceso de transparentar el problema, hacerlo visible y poner en práctica acciones afirmativas que decididamente cambien la situación. Pero no cabe duda de que se está en un momento histórico de positivos cambios, que beneficiarán a las mujeres y a la sociedad en su conjunto.

28 Nigenda, G., & Machado, M.H. (2000). From state to market: the Nicaraguan labour market. *Health Policy And Planning*, 15(3), 312-318

29 Frenk, J., Knaul, F., Vazquez-Segovia, L., & Nigenda, G. (1999). Trends in medical employment: Persistent imbalances in urban Mexico. *American Journal Of Public Health*, 89(7), 1054-1058

LA FUNCIÓN REGULADORA que desempeñan los Estados ha cambiado decisivamente³⁰ después de la ola privatizadora que imperó en los años 80 y 90 en muchos de los países. Las nuevas modalidades que asume la regulación son parte de Estados que están obligados a recuperar su capacidad de rectoría luego de una descontrolada privatización en general, que en el caso de la salud llevó a una comercialización de servicios y derechos sobre los cuales el Estado debe ejercer protección. Diversas agencias se han establecido en los últimos años para posibilitar esa recuperación de un actualizado y moderno papel regulador. Así ocurre con las telecomunicaciones, con el transporte, los medios de comunicación. Sin embargo, apunta también Passos Nogueira, la regulación en salud no es sólo una regulación de políticas económicas que pueden seguir los actores privados. La regulación en materia de salud se ubica en el espacio de las políticas sociales y tiene por cometido asegurar el cumplimiento de derechos sociales, que cuentan en muchos casos con respaldo constitucional.

La regulación en el campo de la salud actúa sobre los establecimientos prestadores de servicios, los insumos (medicamentos, tecnologías), las empresas de prepago y de seguro y, de manera muy decisiva, sobre los recursos humanos de salud. Al hacer esto último cubre desde la educación, el mercado de trabajo, al cual se incorpora el personal de salud, hasta la propia carrera que en las instituciones de salud desempeñan los trabajadores. También es necesario regular en materia de reconocimiento y control del ejercicio profesional, dada la significación que esas prácticas tienen sobre la vida y la muerte de las personas, así como asegurar las mejores condiciones para el desempeño de esas profesiones en un marco de relaciones de trabajo acordes con la protección que ofrece el Trabajo Decente.³¹

El concepto de Trabajo Decente, desarrollado por la OIT, reconoce que el trabajo es fuente de dignidad personal, estabilidad familiar, paz en la comunidad, democracias que actúan en beneficio de todos y crecimiento económico, que aumenta las oportunidades de trabajo productivo y el desarrollo de las empresas. El trabajo decente refleja las prioridades de la agenda social, económica y política de países y del sistema internacional. En un período de tiempo relativamente breve, este concepto ha logrado un consenso internacional entre gobiernos, empleadores, trabajadores y la sociedad civil sobre el hecho de que el empleo productivo y el trabajo decente son elementos fundamentales para alcanzar una globalización justa, reducir de la pobreza y obtener desarrollo equitativo, inclusivo y sostenible.³²

30 Passos Nogueira, Roberto: O Estado, as Agências e a Saúde, ObservaRH, Brasília 2010

31 Ver la definición de la OIT en <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang-es/index.htm>

32 <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang-es/index.htm>

La regulación profesional de los médicos es un proceso complejo producto de una amplia gama de intervenciones que llevan a cabo distintas instancias,³³ donde se vigila la aplicación correcta de las habilidades y destrezas adquiridas por los médicos como consecuencia de años de entrenamiento y en ocasiones de altísimo nivel de especialización. Dado el carácter de la práctica médica, el argumento de que no existen instancias externas al grupo para evaluar su práctica, suele tener un peso social importante. No obstante, el Estado es un actor social capacitado para legislar y normar la práctica profesional, además, en todos los sistemas de salud juega un papel importante en la regulación”.

Tres modelos de regulación son los más comunes: el primero, es la regulación estatal, donde el Estado y sus agencias realizan la regulación directa de la profesión; el segundo modelo es denominado de intermediación, en el cual el Estado cede la capacidad de regulación a agencias independientes o a la profesión misma para llevar a cabo el proceso, bajo su vigilancia; y el tercer modelo, denominado de autorregulación, cede a la profesión la capacidad total para llevar a cabo su propia regulación y el estado se mantiene prácticamente al margen del proceso.

La regulación no se restringe a una función exclusivamente técnica, implica, además, una serie de relaciones políticas, económicas y de producción de valor entre los actores involucrados. Si bien puede comenzar como acción estatal, para definir reglas de juego entre todos los actores involucrados, acompaña la mayor complejidad que va adquiriendo el mercado de recursos humanos. No extraña entonces, que las cuestiones éticas, educativas, legales, comiencen a pesar y formar parte de una agenda de interés público.

La composición de los actores que tienen peso político en el campo de los recursos humanos en salud puede ser muy diversa. No se trata sólo de identificar a quienes por ejercer funciones políticas toman decisiones en materia de salud. Dado que es un espacio donde las acciones se construyen en el largo plazo, resulta fundamental que las decisiones sean resultado de un proceso de debate, diseminación de información que avale la toma de decisiones o que ayude para que estas sean mejor fundamentadas y una transparente negociación entre los actores.

³³ Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz y Jorge Montes, Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México, Rev. méd. Chile vol.129 n.11 Santiago Nov. 2001



La regulación del trabajo. Revisando la situación en su país...

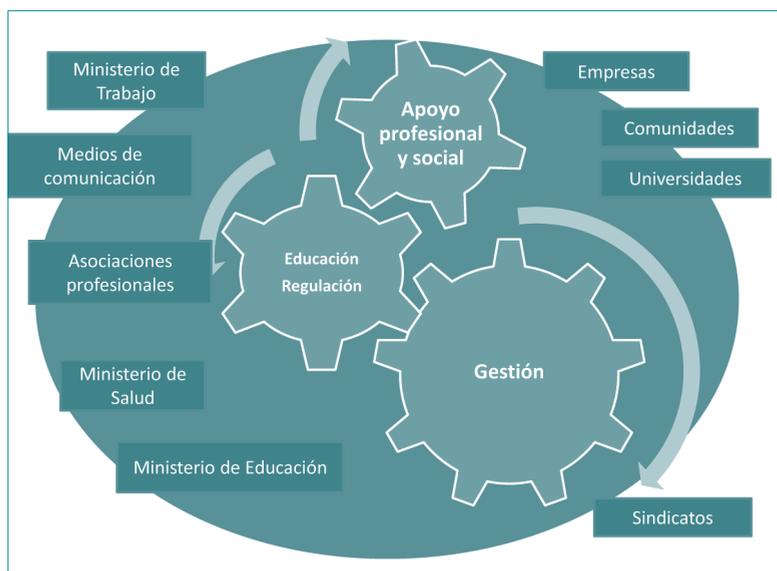
- Intente elaborar una tabla similar para su país, identificando las instituciones de regulación existentes en el presente y, de ser posible, agregar el año de creación. Analice la tabla y señale sus observaciones en términos de cuánto tiempo demanda construir esa estructura.
- Compare con lo que sucede en otras profesiones de la salud. Identifique qué instituciones similares existen en su país o si hay otras adicionales a las que operan en México.

EL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS está cambiando producto de la intensa movilización mundial promovida en la última década. Esa movilización comienza a dar sus frutos. Los sistemas de salud, la población y los propios trabajadores de salud empiezan a ser más conscientes de su importancia y hay pruebas —a veces síntomas iniciales— de que se avanza hacia una revalorización de lo que implica trabajar por la salud de la población.

Sin embargo, la magnitud y diversidad de problemas que enfrenta un esfuerzo de cambio es enorme. Basta con un recorrido por algunos de esos problemas, que, por otra parte, están relacionados o se desprenden de lo tratado en cada una de las Unidades, para comprender que el campo de recursos humanos es un espacio donde confluyen diversidad de intereses, y que demanda intervenciones dispuestas a actuar desde muy distintos enfoques para alcanzar resultados, dado que en la mayoría de los problemas no operan soluciones lineales y únicas.

El siguiente gráfico refleja la complejidad de mecanismos que habría que articular para enfrentar algunos de los problemas existentes en el sector salud, como por ejemplo, la retención de personal de salud en zonas remotas o vulnerables. El gráfico pretende ilustrar acerca de un mecanismo, que nunca llegará a ser de relojería, dado que se trata de la articulación de actores e instituciones sociales, pero donde diferentes procesos deben coordinarse para alcanzar los resultados que se buscan; armonizando, negociando o aceptando acuerdos con los actores involucrados. Para cada uno de los siguientes problemas se podrían elaborar esquemas similares, donde además operan dimensiones objetivas y subjetivas, y donde pesan o gravitan como telón de fondo aspectos culturales, identidades y valores propios de cada sociedad donde el problema se está manifestando.

Gráfico 10: Actores, valores e intervenciones en la gestión de recursos humanos en salud



EDUCACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD Salud ha dejado de ser en muchos países el ámbito donde era posible imaginar un rápido y seguro ascenso social y económico. En la mayoría de los países, trabajar en ese espacio supone sacrificio, estudio continuo y fuerte compromiso cotidiano. Sin embargo, sigue existiendo una fuerte demanda por estudiar las carreras del área de la salud, que necesita ser alentada y protegida. Las escuelas y facultades, quizás muy preocupadas por su responsabilidad educativa, no mantienen un diálogo estrecho con los servicios de salud, aunque lo mismo puede afirmarse acerca de la débil coordinación entre éstos y las instituciones formadoras. Este problema, la coordinación entre el sistema y la formación del personal que le será necesario incorporar en los próximos años, debe encontrar instancias estables y orgánicas de planificación y evaluación de políticas; atentas a cambios y necesidades del corto, mediano y largo plazo.

Desde las instituciones formadoras se están ensayando algunos enfoques que demuestran ser promisorios, la educación interprofesional³⁴ (tendiente a la formación temprana en el trabajo en equipo), el compromiso hacia la “auditoria social”³⁵ (social accountability) de las Escuelas de Ciencias de la Salud, o bien el asentamiento de las escuelas en las zonas vulnerables y distantes, buscando reclutar a sus alumnos de esos propios lugares, son experiencias valiosas que se están generalizando.³⁶ Estos esfuerzos son importantes porque implican una voluntad de respuesta de las escuelas hacia lo que acontece en la sociedad, en especial en la población a ser atendida.

REGULACIÓN AMPLIADA Y PROACTIVA Luego de muchos años y una larga tradición en materia de autorregulación, comienza a generalizarse la convicción de que el sector salud debe aceptar y adoptar procesos de regulación actualizados y que actúen sobre ámbitos que hasta ahora permanecían inexplorados. No se trata solo de velar por el control de quienes pretenden ejercer la práctica de las profesiones de la salud, lo cual es importantísimo, pero expresa solo una parte de lo que debe ser regulado. También es imprescindible regular los vínculos entre los profesionales y la investigación, el peso de intereses económicos provenientes de empresas proveedoras de medicamentos, tecnología, equipamiento en general, industria alimenticia y cosmética, empresas de prepago o de seguros médicos; actividades que de por sí no implican ninguna irregularidad, pero

34 Watanabe, Hideomi / Koizumi M.: *Advanced initiatives in Interprofessional education in Japan (JIPWEN)*, Springer, 2009

35 Woolard RF: *Social accountability and accreditation in the future of medical education*, 2010, www.globalcommehp.com/

36 Estas experiencias incluyen por ejemplo, desde la recientemente establecida Escuela de Medicina de Northern Ontario, en Canadá, hasta las Micro-escuelas de Medicina en Venezuela a través de la Misión Barrio Adentro, que se lleva a cabo con apoyo de la Escuela Latinoamericana de Medicina, de La Habana, Cuba. También la extensión de las residencias a zonas rurales distantes que Perú implantó en Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, o las que Brasil impulsa en la Amazonia y el Nordeste en general, a través del “matriciado” (especie de padrinazgo) entre escuelas consolidadas del Sureste, con las menos favorecidas del Nordeste.

que en muchos casos, al combinarse con la autoridad que los profesionales de la salud poseen sobre las decisiones de sus pacientes, puede llevar a conflictos de intereses y a consecuencias negativas para la salud de la población.

Las escuelas de ciencias de la salud deben incorporar estos temas y alertar a los futuros profesionales acerca de cómo su práctica profesional está sujeta y expuesta a nuevos desafíos éticos. La regulación en la gestión de recursos humanos para la salud cobra así una nueva identidad que se vincula con la necesidad de mejor y mayor información acerca de esos desafíos, y asegurar una protección de los trabajadores frente a eventuales ofertas que distorsionen el sentido de su práctica.

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS COMO FUNCIÓN CENTRAL DEL CAMPO DE RECURSOS HUMANOS Previamente se destacó lo innovador en definir gestión como el momento que integra educación y administración del recurso humano en salud. Un momento en el que se establece un puente entre esos dos continentes que componen el campo de recursos humanos. Sin ese puente una adecuada comprensión, planificación y formulación de políticas no es posible. La construcción de ese puente y asegurar su pleno funcionamiento es un, quizás el mayor, desafío para quienes gestionan el campo de los recursos humanos. Si bien pueden concentrarse en algunos de los aspectos del proceso, es imprescindible que mantengan una visión del conjunto. Quizás en este punto, resida uno de los mayores aportes que América Latina, en especial, está haciendo a la mejor comprensión y protección de este valioso capital que son los trabajadores de la salud.

Reflexiones para la integración

Considerando lo analizado en el Módulo y el mapa de situaciones problemáticas, le sugerimos que reflexione en torno a...

- ¿Por qué es importante planificar la fuerza de trabajo en salud y construir puentes entre los servicios y la educación?
- ¿Por qué es importante la regulación del Estado en las relaciones entre los distintos actores del campo? ¿Qué experiencias se han desarrollado en este sentido en su país?
- ¿Qué información existe y qué información se precisa en el campo de los recursos humanos de salud en su país para pensar y monitorear los cambios necesarios?

EJERCICIO 7



MÓDULO 3.**LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS COMO PROCESO POLÍTICO**

INICIAMOS EL TERCER MÓDULO DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJES! En los módulos anteriores, abordamos el estudio del contexto global, regional y nacional en que se desarrollan los sistemas de salud, así como los problemas para alcanzar sistemas integrados sustentados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. También analizamos las cuestiones de regulación y desarrollo de los recursos humanos, como factor clave para el logro de los objetivos sanitarios.

En forma coherente con estos propósitos y estrategias, en este Módulo nos enfocaremos en el proceso de planificación de recursos humanos, enfatizando su dimensión de proceso político para la construcción de sistemas públicos de salud.

El enfoque y propuesta del Módulo, tiene un importante contenido reflexivo y práctico, que esperamos les sea de mucha utilidad para sus desafíos en la planificación de recursos humanos de salud!

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO Este Módulo se propone aportar herramientas conceptuales y metodológicas para el desarrollo de competencias que aseguren viabilidad política y factibilidad técnica y financiera a las políticas y planes de recursos humanos de salud.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Se espera lograr el desarrollo de competencias político-técnicas para:

- Reconocer la dimensión política de la planificación pública.
- Definir el actor que planifica.
- Construir los principales problemas que serán objeto de la planificación.
- Definir y negociar acuerdos con los actores relevantes.
- Conocer y evaluar requerimientos de instancias estables de diálogo con actores relevantes.
- Conducir un proceso de planificación y negociación.

CONTENIDOS

- La planificación pública como proceso político.
- El actor que planifica.
- La construcción y definición de problemas.
- Los actores relevantes y la movilización de acuerdos.
- La negociación. La construcción de espacios permanentes de negociación.
- La conducción de un proceso de planificación.

ACTIVIDADES Y EJERCICIOS

A lo largo del Módulo contarán con:

- *Lecturas básicas* sobre cada uno de los temas, como guía de análisis de los contenidos. *Se recomienda seguirlas en forma secuencial.*
- *Lecturas complementarias recomendadas y enlaces* para profundizar en cada uno de los apartados.
- *Ejercicios progresivos* para desarrollar los aprendizajes, de acuerdo con su propia realidad o contexto de país.

En este Módulo se ofrece la siguiente propuesta de ejercicios:

Ejercicio 1: Definiendo conceptos sustantivos para los objetivos sanitarios.

Ejercicio 2: Planificando en el marco de Redes Integradas de Salud (RISS).

Ejercicio 3: Extensión, sustitución o delegación de competencias técnicas de los recursos humanos.

Ejercicio 4: Definición del Actor que planifica e identificación de problemas.

Ejercicio 5: Avanzando en planificar.

Ejercicio 6: Mesa de negociación.

Actividad de integración: Conducir un proceso de planificación.



Considerando que en este Módulo se busca apoyar, de modo activo, el proceso de planificación, los textos y ejercicios utilizarán mayormente el lenguaje en primera persona, dirigiéndonos al actor que planifica, como planificador que interviene.

Buen trabajo!

LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS en salud es necesaria en la medida que queremos cambiar la realidad existente. El cambio de la realidad, en materia de políticas públicas, inmediatamente nos sumerge en el campo de la política. Existen múltiples abordajes teóricos y prácticos para abordar este problema, todos legítimos, aunque no necesariamente útiles. A continuación abordaremos aspectos teórico-prácticos de la planificación de recursos humanos, basados especialmente en las teorías de Carlos Matus¹, y que fueron llevados también al campo de los recursos humanos de la salud en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por el mismo Matus, Testa y otros. Un gran aporte en este sentido es el texto de Rovere sobre la Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Salud².

¿QUÉ SON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS? Las políticas públicas son el conjunto de acciones que realiza un gobierno o autoridad política en un marco estratégico para lograr objetivos concretos que ese gobierno se ha planteado en el corto, mediano o largo plazo. Esos objetivos están por lo general orientados a resolver problemas que el gobierno siente que son relevantes para su población, que a su vez, exige ante el gobierno.

Estos problemas se enmarcan en necesidades o áreas concretas del quehacer gubernamental, en lo sectorial. Por lo general, su solución implica decisiones y acciones en más de un sector del Estado y obliga a una mirada integral, intersectorial.

Así, una sociedad, un estado o un gobierno, determinan cuál es o debe ser el sistema de salud que tiene o debe tener para satisfacer sus necesidades, para dar cumplimiento a sus valores, compromisos, programas o exigencias de la sociedad.

En ese marco definido, las Políticas de Estado en Salud, referidas a los recursos humanos, son el conjunto de intervenciones y estrategias (de naturaleza política, financiera, jurídico-normativa-regulatoria, técnica, cultural) que se orientan a resolver los problemas del personal de salud, que afectan de manera importante los objetivos fundamentales del sistema de salud, o que impiden el desarrollo y funcionamiento efectivo del sistema de salud y los servicios que lo componen.

Las políticas de recursos humanos en salud se formulan para el cumplimiento de los objetivos del gobierno y expresan la intencionalidad política de éste, moduladas por su interacción con la sociedad civil y con las distintas fuerzas políticas y actores estratégicos con poder para

1 Carlos Matus, Política planificación y Gobierno. Fundación Altadir, ISBN 980-300-316-X

2 Mario Rovere, Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Salud, programa de desarrollo de recursos humanos en salud, OPS, 1993.

influir en las decisiones. Se definen en un marco jurídico, financiero y de contexto respecto a la correlación de fuerzas existente en el momento de llevarlas a cabo. Muchas de estas políticas implican decisiones de cambio de marco jurídico, en el que entran a jugar los distintos actores relevantes para conseguir estos cambios.

Así, una política de recursos humanos que implica modificaciones de leyes laborales, tendrá como actores interesados (y generalmente con distintas visiones de la bondad de éstos) a sindicatos, gestores responsables de establecimientos o redes de servicios, sociedades científicas, estudiantes, asociaciones de usuarios y gestores de nivel central responsables del sistema en su totalidad (Gobierno, Salud y Hacienda) y será la capacidad de influir en los legisladores, lo que dará viabilidad o no a los cambios.

La gobernanza será el resultado, entonces, del conjunto de reglas, normas, espacios nodales, actores estratégicos y formas de vinculación en un momento político determinado; ello permitirá definir las posibilidades de las políticas públicas y la gobernabilidad existente en ese mismo momento, y la capacidad del ejecutivo para definir la viabilidad de esa política.

No podemos dar inicio al proceso político de la planificación sin aclarar algunos conceptos básicos que utilizaremos en el desarrollo de este módulo.

¿QUÉ ES PLANIFICAR? Lo primero es preguntarnos qué es planificar y si de verdad es posible planificar en este mundo cambiante en el que vivimos en general, y en el área de los recursos humanos para la salud, en particular.

Planificar es realizar un plan o un proyecto. Se trata de conducir una acción hacia un objetivo definido, pensando anticipadamente el curso de esa acción. Como vemos, *precede a la acción*. Lo cierto es que queremos actuar sobre determinada realidad y para ello existen dos posibilidades: *la improvisación o la planificación*.

Una vez que tenemos claro qué podemos y debemos planificar, tendremos que seleccionar un método para ello.

La planificación ha pasado por diferentes etapas y muchas veces se ha desprestigiado. Hace 20 ó 30 años atrás, conocíamos la *planificación "normativa"*, en que planificar era sinónimo prácticamente del "deber ser" o bien de lo que muchas veces "queríamos" de forma voluntarista que fuera la realidad.

Este tipo de planificación efectivamente se desprestigió porque nunca la realidad se "ajustaba" a lo que el planificador quería, ya que éste no veía o desconocía una serie de elementos, por

lo que su planificación fallaba. Esta concepción de la planificación podía entenderse cuando la realidad no era asumida con la complejidad inherente a los procesos sociales, y no se tomaba en cuenta la existencia de otros actores que tenían diferentes objetivos, el contexto en que se desarrollaba la acción, los imponderables, etc.

Luego vino la etapa de la *planificación estratégica*, surgida del ámbito empresarial, en que al menos se consideraba el contexto en que se desarrollaba la acción, y también se clarificaban elementos indispensables para la acción, como la visión y objetivos intermedios.

Pero este tipo de planificación de una empresa privada es completamente diferente de la planificación pública, puesto que el objetivo principal de una empresa es siempre la búsqueda de ganancia y de viabilidad financiera, y todos los demás objetivos se supeditan a ello. Una empresa pública o de bien público produce satisfacciones sociales, es decir, responde no necesariamente al mercado, sino principalmente a las necesidades de la población. La situación es diferente, puesto que entran en acción intereses de grupos que sí cambian la sociedad influyendo y actuando en el *ámbito político*, no siendo ya el objetivo económico el único que mueve a los actores en juego.

Estamos hablando entonces de un tipo de planificación especial, que debe necesariamente considerar el contexto en que se realizan las acciones y los problemas y necesidades sociales. Pero debe también considerar las diferentes variables que mueven a los actores relevantes a actuar en los diferentes escenarios³.

Lo que en realidad buscamos al planificar en materia de recursos humanos, es la voluntad de incidir sobre el futuro de la salud pública y de los sistemas de salud. Para ello debemos actuar hoy y en forma planificada, tomando en consideración no sólo lo que "*yo quiero*" en tanto planificador, sino observando cómo se mueven los *diferentes actores*, qué *escenarios* son los que posiblemente se generen, y qué *acciones* es necesario realizar para que finalmente se llegue a la situación deseada.

No se trata entonces de que se pierda el sentido del cambio, no se trata de que no sepamos cuál es nuestro "deber ser", sino que llegar a ese "deber ser", moldear la realidad en ese sentido, *no sólo depende del que planifica, sino también de otros*, (personas, grupos de interés) y eso debemos considerarlo en nuestra planificación.

3. Matus, Planificación estratégica situacional.

EL ACTOR QUE PLANIFICA Y LOS PROBLEMAS Cuando se inicia una planificación es indispensable señalar muy claramente *quién es el que está planificando y desde dónde está mirando la realidad*. No es lo mismo mirar la realidad, por ejemplo de la formación de enfermeras, si el actor que planifica es la Directora de la Escuela de Enfermería o si el que planifica es el Directivo de una región sanitaria. En el primer caso, probablemente se buscará maximizar la calidad, con más años de formación y mayor especialización, mientras que el directivo puede tener urgencias en tener dichos profesionales y con mayores habilidades en distintas áreas.

Debemos entonces señalar claramente *quién es el actor, y con ello se delimitan los otros actores*. Ello no invalida a los demás actores. Muy por el contrario, se les está dando "plena existencia" y será de mucho interés conocer la visión de otros y re-conocer la necesidad de avanzar en procesos participativos de planificación.

Esta visión significa que el actor, cualquiera que sea el nivel en que se desempeña, siempre tiene un ámbito específico en el cual actúa. Podrá actuar a nivel de sistema o a nivel operativo, pero siempre podrá influir en la realidad en la cual se desempeña.

Otro elemento relevante es analizar *qué planificamos*. Si planificar es pensar antes de actuar, debemos preguntarnos actuar sobre qué. Cuáles son los temas o ámbitos en materia de recursos humanos para la salud que hacen necesario que planifiquemos. Y esos ámbitos en realidad son los PROBLEMAS. Tenemos que actuar porque hay algo que no está o que puede llegar a no estar, ya que el problema puede ser *real o potencial*.

Lo que necesitamos entonces para planificar es considerar *cuáles son los problemas de recursos humanos que están haciendo que la realidad actual, o la esperada a futuro, sea diferente a lo que quisiéramos*. Más que considerar "diagnósticos objetivos" de la realidad, lo que se requiere para planificar es considerar los problemas. Y ello no siempre es fácil. No sólo hay que delimitarlos, sino además jerarquizarlos y explicarlos, es decir, definir prioridades en forma concreta.

SOBRE LOS MOMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN Existen diferentes momentos en la planificación, siendo momentos que no son lineales:

- El primer momento es *explicativo*, se formula el problema desde un actor, se desagrega, se analiza en detalle, se explica.
- Nos imaginamos, entonces, como debiera ser la solución (el deber ser). Ese es el momento *normativo*.
- Luego viene el momento *estratégico*, en el que analizamos a los actores que están en juego, cuáles son sus motivaciones y los escenarios que se abren o se cierran y cuánto

de oportunidad o de amenaza tienen en relación a la fuerza o capacidad de acción sobre el problema.

- Finalmente el momento *táctico operacional*. En este momento se pone en ejecución el plan diseñado, que debe ser necesariamente evaluado y volver a la revisión del problema inicial.

La *evaluación*, volver a mirar la realidad en contraste con el “deber ser”, es indispensable, ya que la solución de un determinado problema inevitablemente acarreará otros, de menos valor relativo. Prácticamente no existen acciones que, al mismo tiempo, no constituyan un problema para algunos de los actores en juego en una determinada realidad.

Podemos notar que en esta planificación se parte de la base de que todos están inmersos en la realidad, que todos los actores ejercen su influencia en esa realidad con la misma validez. Es importante recalcar que nadie, ningún actor, maneja la totalidad de las variables de la realidad. Ello abre un abanico de acciones para otros actores.

Esta planificación es, entonces, muy diferente a una norma o una obligación. Es la posibilidad de actuar sobre la realidad hoy, para que el futuro se parezca más a lo que deseamos. No se trata de manejar mecánicamente el futuro, sino de *imaginar escenarios* posibles, simular el futuro para diseñar acciones que contrarresten lo no deseado o resuelvan los actuales problemas.

Es este un concepto de planificación en que se valida la existencia del otro, en que se parte del principio de que la realidad no responde sólo a “mi” mirada, sino que cada uno tiene otras miradas, muchas veces diferentes, sobre la misma realidad. Pensar así facilita enormemente el abordaje y la solución de los problemas a través de la participación y la comunicación, y puede ser una gran herramienta en el trabajo del área de los recursos humanos de la salud.

Para saber más...

consideramos indispensable que Ud. lea:

1.- Organización Panamericana de la Salud. SERIE La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.

Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10562&Itemid= Acceso Noviembre 2010

- 2.- Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud*
Dr. Pedro E. Brito Q.I Dra. Mónica Padilla y Dr. Félix Rigolli
Sitio: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems09402.htm Acceso Noviembre de 2010
- 3.- Eugene A. Confrey. Aspectos políticos de la planificación de recursos humanos para la salud. <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/42025.pdf>
Acceso Noviembre 2010

Y le sugerimos revisar:

- 1.- Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10269&Itemid= Acceso Enero de 2011
- 2.- Libro Verde sobre el personal sanitario europeo
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0725:FIN:ES:PDF>
Acceso Febrero 2011.
- 3.- Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile, Rayén Quiroga, División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, Chile con el apoyo de OPS, 2000. <http://www.cies.edu.ni/cs/bibliografia/Regulacion-%20RRHH-en-Chile.pdf>
Acceso Enero 2011.

Durante todo este módulo podrá ir revisando:

Mario Rovere, Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS, 1993.

Revise sus lecturas anteriores, tanto la realizada aquí como en los módulos previos, así como la consultada/ investigada en la bibliografía. De acuerdo con ello, busque definir en sus palabras los siguientes conceptos:

- Políticas públicas.
- Sistema de salud y Redes Integradas de Servicios de Salud.
- Organización de los servicios en salud.

- Planificación.
- Estrategia de atención primaria.
- Equidad.
- Acceso.
- Cobertura.

Le servirán para tenerlos presentes como objetivos deseables para su intervención en la realidad, en el ejercicio de planificación de recursos humanos!

Usted planificará en el marco de una Red Integrada de Servicios de salud (RISS), como modelo deseable. Le pedimos entonces, que revise los atributos de RISS y los contraste con su realidad. Complete el siguiente cuadro, indicando qué sería necesario desarrollar en su realidad.

Recuerde que una buena identificación de necesidades, alimenta y enmarca la construcción de los problemas a resolver.

EJERCICIO 2



Atributos de RISS	¿Necesidades en su contexto o sistema de salud?
<p>1. Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias que determinan la oferta de servicios de salud.</p>	
<p>2. Extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios personales y de salud pública.</p>	
<p>3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</p>	

4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado.	
5. Existencia de mecanismo de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.	
6. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género y los niveles de diversidad de la población.	
7. Un sistema de gobernanza único para toda la red.	
8. Participación social amplia.	
9. Acción intersectorial y determinantes de la salud y equidad en salud.	
10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.	
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.	
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.	
13. Gestión basada en resultados.	
14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.	

EL ACTOR QUE PLANIFICA Y LOS PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SERÁN OBJETO DE LA PLANIFICACIÓN

En este apartado, nos concentraremos en dos temas centrales: la definición del actor que planifica y los problemas que serán objeto de la planificación, los cuales analizaremos en forma secuencial.

Se trata ahora de planificar los recursos humanos (RRHH) para dotar a los sistemas de salud del personal necesario, en número y competencias, acordes a las necesidades de salud de la población, en un contexto de objetivos sanitarios definidos y en el marco de un modelo de atención basado en la estrategia de atención primaria.

Situaremos entonces la planificación del RRHH para un sistema público, que se distribuye geográficamente en todo el territorio. La planificación puede ser indispensable en niveles provinciales, regionales y/o nacionales, dependiendo de la realidad de cada país.

Definir el actor que planifica

Para *definir el actor* que planifica, es necesario situar la planificación en un contexto más amplio, tal como hemos estudiado en el primer Módulo. Debe definirse adecuadamente el espacio en que esa planificación se da.

Actor social, según Carlos Matus, es “una personalidad, una organización o una agrupación humana que en forma estable o transitoria tiene capacidad de acumular fuerza, desarrollar intereses y necesidades y actuar produciendo hechos en la situación”⁴.

Definir el actor que planifica significa establecer los límites de las posibilidades reales de planificación, es decir los ámbitos en que ese actor tiene posibilidades de actuar directamente (tiene poder directo) o bien debe solicitar o articular acciones a otros (indirecto).

Si, por ejemplo, el que planifica requiere de mayor número de personal de nivel técnico y no existen técnicos formados, el que planifica deberá buscar que se formen más técnicos. Por lo general, los centros académicos no dependen directamente de quien planifica. Por lo tanto, el actor que planifica deberá conversar y convencer a los formadores de técnicos y probablemente a los otros actores que regulan el campo educativo.

4. Matus, Carlos. Política, Planificación y Gobierno. Fundación ALTADIR ISBN 980-300-316-X

Si la escuela formadora no está bajo la dependencia directa del que planifica, incluso estando en la misma institución, no quiere decir que no pueda buscarse cómo aumentar el número de técnicos. Sólo significa que deben planificarse acciones diferentes. Por ejemplo, deberán solicitarse a otros las acciones, y para ello será necesario conocer la fuerza e intereses del otro actor relevante (que veremos más adelante).

La definición del actor que planifica debe entonces considerar su nivel en la estructura del sistema, su ámbito de acción directa y su capacidad de conseguir acciones de otros. Lo importante es que el actor que planifica reconozca sus límites de acción directa.

Siguiendo el ejemplo de la escasez de técnicos en la región, la posición del actor que planifica se halla en la estructura ministerial regional y, por lo tanto, tiene incidencia en las políticas de recursos humanos de todos los establecimientos asistenciales de la región. Como encargado del personal, accede a los niveles de dirección máxima de la salud regional, pero debe consultar las incorporaciones de personal e incrementos de gastos al nivel nacional. Por otra parte las instituciones formadoras de personal que existen en la región, son diversas y autónomas y la interlocución con las mismas es compleja.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE SERÁN OBJETO DE PLANIFICACIÓN El siguiente paso será definir los problemas que tenemos en el ámbito de acción del actor que planifica. Ya hemos señalado que un problema es la diferencia entre lo deseado y la realidad, pero debemos partir por conocerlo, señalar cuáles son sus causas y sus efectos, además de describirlo con precisión. A veces resulta complejo identificar claramente el problema, porque éste va a tener causas y efectos encadenados. Por ello, se debe siempre intentar tomar el problema lo más cercano posible al *resultado o producto del sistema*, en este caso al resultado de salud.

Siendo nuestro quehacer la salud de la población, deberemos siempre actuar desde las necesidades, para determinar el problema a ser solucionado. *Lo que buscamos es un resultado sanitario y no solucionar solamente un problema de recursos humanos. Es decir, ¿en qué efectos respecto a los usuarios del sistema se manifiesta el problema?*

Así, es muy diferente formular el problema como *“falta de médicos para control del adulto mayor”*, que *“insuficiente control de salud del adulto mayor por parte de personal capacitado”*.

En el sector salud, es muy frecuente la confusión entre la formulación del problema con una de las posibles soluciones. Por ejemplo, se tiende a confundir un problema de resultado sanitario con la falta de recursos de personal o con la falta de recursos financieros, en forma inmediata.

En nuestro ejemplo, al formular el problema como *falta de médicos*, inmediatamente se vincula la resolución del problema a conseguir un mayor número de médicos, cerrando cualquier otra salida posible. En cambio, en la segunda alternativa, en que se señala que el problema es la *falta de personal capacitado para realizar ese control*, se abren una serie de posibilidades que se habían cerrado en el primer caso.

En efecto, podemos analizar si esa actividad (control del adulto mayor) puede o debe ser realizada por médicos, enfermeras u otro profesional, algún técnico de enfermería, e incluso una persona de la comunidad debidamente capacitada, dependiendo del problema real. También puede haber otras alternativas, como por ejemplo, organizar la atención de otra manera o compartiendo personal capacitado de otra localidad, etc. Como observamos, la sola formulación del problema de una u otra manera abre o cierra muchas posibilidades de resolución del mismo.

Es necesario tener en cuenta que la planificación de recursos humanos en salud se realiza en un ambiente técnicamente cambiante. Así, la necesidad de profesionales, técnicos y administrativos que se requieren para resolver los problemas definidos por el sistema de salud no es estática, porque las competencias necesarias son cambiantes por extensión, sustitución y/o por delegación. Por ejemplo, las competencias médicas de un especialista en cardiología cambian cuando esta especialidad se abre hacia técnicas intervencionistas como las de hemodinamia. Los oftalmólogos pueden ser sustituidos por optometristas para resolver problemas de salud visual vinculadas con vicios de refracción; y los médicos obstetras ven delegado su rol en el cuidado del embarazo y atención del parto vaginal en las obstetras o matronas.

Resumiendo, es relevante entonces a la hora de seleccionar un problema, tomarlo lo más cercano a la salud de la población, para así poder considerar toda la gama de soluciones.

NATURALEZA, ALCANCE Y JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS Los problemas pueden ser de diferente *alcance*: por ejemplo de nivel nacional, regional o local. Pero quizás lo más importante es establecer si la naturaleza del problema se relaciona con regulaciones difíciles de cambiar, por ejemplo con leyes, o se trata de problemas relacionados con procesos productivos, de complejidad intermedia o bien simplemente de acciones que serán de más fácil resolución.

Por ejemplo, si tenemos un problema con el marco regulatorio del personal para cambiar el tipo de carrera del personal, éste será un problema que se instala en el dominio de las reglas del juego institucionales, de las leyes, y para lo cual habrá que buscar alianzas y llegar a acuerdos con actores muy diferentes, que si el problema es la distribución del personal de los turnos, en que bastarán algunas acciones de nivel local para encontrar la solución.

Seleccionar los problemas que se enfrentan requerirá de una *jerarquización*. El actor que planifica deberá darle un valor a los problemas, ya que no todos son posibles de abordar en la misma oportunidad. Para abordar el/los problemas deberá evaluarse la magnitud, efecto, valoración de la resolución del mismo, capacidad efectiva de solucionarlo, es decir, la capacidad de control por parte del actor que planifica, así como los costos que significaría su solución.

Debe comprenderse que los costos no son sólo económicos sino que también pueden ser políticos, en una materia tan sensible como el personal de salud y que, para su solución, se requerirá invertir no sólo recursos económicos, sino también recursos de organización, políticos y de capacidad técnica.

Una vez seleccionado el problema es indispensable hacer un *análisis* del mismo. Para ello, será necesaria una descripción lo más precisa posible del problema seleccionado, analizar el/los orígenes o causas del problema y sus consecuencias.

El problema seleccionado debe poder cuantificarse o "verificarse", por ejemplo respondiendo a la pregunta: ¿Cuándo diría yo que el problema ya no existe? ¿Cómo lo puedo comprobar? *Formularse estas preguntas ayuda a acotar y especificar el problema.* Tomemos algunos ejemplos concretos:

Problema: alta mortalidad materna en la región del Sur

Hemos analizado los problemas sanitarios de nuestra población y se ha priorizado como problema el alto número de muertes maternas.

La definición exacta deberá considerar el valor y la tendencia en el tiempo de esta mortalidad materna. En esta región es de 90 por 100.000 recién nacidos, cuando la media nacional es de 60, y en los últimos 5 años se ha estabilizado en la región. Consideraremos que hemos avanzado si logramos quebrar la tendencia y empezar a disminuirla, idealmente acercándonos a la media nacional.

Vemos que una de las causas de la alta mortalidad materna, considerada de la mayor importancia por el resto del equipo, es que existe una baja cobertura de atención profesional del parto en esta región, y que tenemos a todo el equipo de Dirección de Recursos Humanos (actor que planifica) comprometido en la búsqueda de una solución a este drama.

A su vez, hemos identificado varias causas de esta baja cobertura: las embarazadas no se controlan a tiempo, se les cobra en el hospital, bajo número de médicos y obstetrices con tiempo para atender partos, etc.

Estamos pensando en relación a los/as obstetrices o matronas por tratarse de recursos humanos. Sin embargo, es importante realzar el hecho de que muchas veces se tiende a señalar livianamente que se trata de un problema de personal y quizás la causa está en otro lugar, por ejemplo en el cobro, o en temas de acogida desde el punto de vista étnico o problemas culturales de género en la comunidad.

Por ello es tan importante hacer la definición del problema y su explicación con causas y efectos de una manera *participativa*, que nos asegure que existe una diversidad de miradas, más propia de un equipo multidisciplinario, y que lo estamos viendo en toda su complejidad. La importancia de ello es que si no hacemos una buena explicación, podemos invertir años de esfuerzos y recursos en formar y atraer personal, pero la baja cobertura seguirá igual (o casi), ya que el problema principal era otro.

En nuestros sistemas, la existencia de programas verticales, útiles quizás en la solución de algunos problemas sanitarios, agrega una dificultad a la visión de los problemas y sus interrelaciones. Estos programas cuentan con recursos específicos, y su enfoque es más bien lineal, sin considerar suficientemente la importancia de otros factores que pueden incidir en el origen del problema o en su solución. Por ejemplo, pensando que se trata de un problema de capacitación específica, cuando en realidad el problema obedece a otro factor. La visión desde diferentes ángulos, es indispensable. Tomemos un segundo ejemplo de definición de problema:

Problema: Faltan médicos en los centros de salud más alejados

El actor es el encargado nacional de los recursos humanos de la salud y desde hace bastante tiempo existe una dificultad creciente en conseguir médicos que trabajen en el sistema público de salud. Es especialmente difícil que acudan y se establezcan en lugares apartados geográficamente, por lo que se pone en riesgo la continuidad de la atención, especialmente en el primer nivel, indispensable para hacer operativa la estrategia de atención primaria.

Al buscar definir mejor el problema, se trabajó con diferentes actores. Según los sindicatos, no se contrataban suficientes médicos y los salarios desde el inicio eran muy bajos. Según los centros formadores, no se formaban los suficientes médicos y no tenían la suficiente especialización o capacitación en atención primaria.

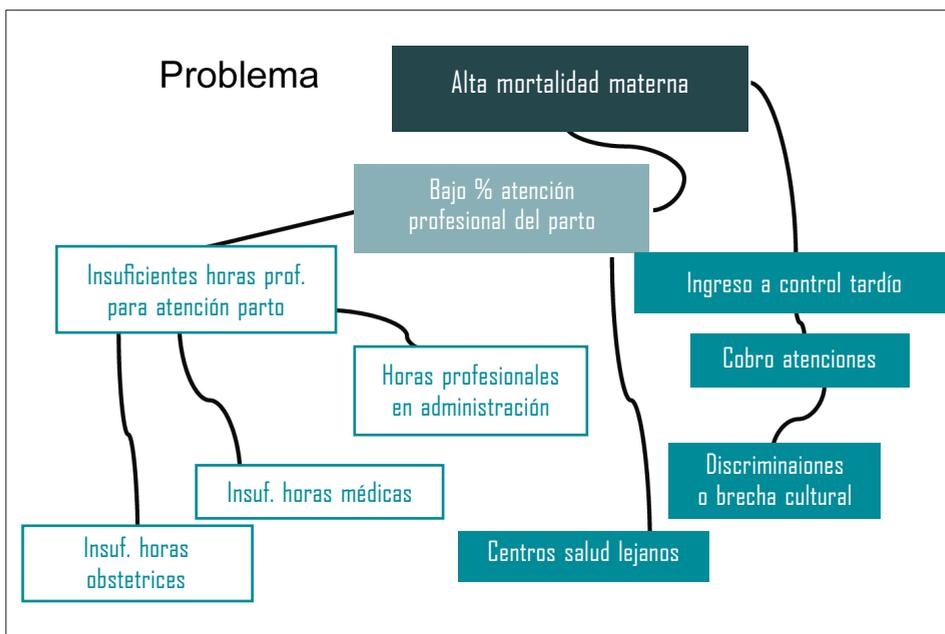
Se generó información y apareció que el número de médicos que se forman en el país ha aumentado al doble en los últimos 15 años; las contrataciones en el sector público han aumentado un poco, de acuerdo al aumento de la población; las jubilaciones también se han mantenido relativamente constantes. Pero se apreció que ese personal tiende a retirarse del sistema público casi sistemáticamente al bordear

los 10 años de profesión. Aparece también que, año tras año, quedan vacantes los puestos más alejados.

Podemos ver que los problemas pueden ser de diferente tipo y nivel, y que comprometerán diferentes actores. Pero siempre, una vez que hemos seleccionado un problema, lo hemos definido cuantificándolo, lo hemos explicado con sus causas y efectos, podemos empezar a visualizar las posibilidades o alternativas de solución.

Para realizar el análisis del problema deberemos estudiar sus causas y sus efectos. Ayuda —imaginar el problema como un árbol, donde las causas son las raíces y los efectos serán las ramas. Este análisis nos permitirá orientar nuestras acciones. Sólo será posible actuar sobre el problema si logramos solucionar las causas que están en la base, es decir, en las raíces.

Entre las diferentes técnicas para análisis de problemas, utilizaremos el *árbol de problemas*, dado que es más conocido y de fácil aplicación. Por ejemplo, vemos que el problema sanitario de alta mortalidad materna tiene un conjunto de causas que tienen relación con el recurso humano (zona izquierda, en verde), en cambio hay otras causas que corresponden a otros ámbitos de las políticas públicas (zona amarilla), donde el planificador deberá pedir a otros su intervención.



Así, el problema de la baja cobertura de atención profesional materna, se transformará en nuestro objetivo de la planificación, que es “incrementar la cobertura profesional del parto”, y las causas serán el objeto de nuestros objetivos, ahora específicos. Para ello debemos transformar nuestro árbol de problemas en *un árbol de oportunidades, llevándolo a positivo*.

Deberemos esforzarnos por tener médicos y obstetrices en número y con tiempo suficiente para la atención del parto. Y ello se puede lograr de diferentes maneras: incorporando un mayor número, delegando algunas actividades en otro personal capacitado para dedicar mayor tiempo a los partos, etc. Cada una de estas alternativas deberá ser objeto de análisis para evaluar el impacto que tendría en la resolución del problema y luego las dificultades o resistencias que podríamos tener.

Así, en el otro ejemplo, el problema de escasez de médicos en atención primaria (APS) a nivel nacional, se transformará en el objetivo general de aumentar la disponibilidad. Para ello será indispensable mejorar la captación, retención y distribución del personal médico del sistema público. Ello implica la necesidad de contar con los estímulos, lo cual puede llevar a considerar la necesidad de una “carrera” para este personal.

Pero si vamos a considerar una carrera, debe velarse por el interés de la población, y ello requerirá mejorar los aspectos específicos de retención del personal que ya está capacitado y de colocar estímulos para la distribución geográfica. Entrar en el análisis y discusión de una carrera sanitaria involucrará a muchos actores, con intereses muy diversos.

Una última consideración respecto a los problemas y la planificación. La planificación de recursos humanos en base a problemas nos pone en alerta para que busquemos activamente los problemas, que muchas veces no vemos en una primera aproximación.

Ello es muy importante, por ejemplo, cuando queremos enfrentar algunas desigualdades, habitualmente presentes en nuestros sistemas de salud. Se debe estar atentos al menos a **tres situaciones de desigualdades**, que habitualmente se manifiestan en forma asociada:

- Las geográficas.
- Las socio-económicas.
- Las étnicas y de género.

También es muy relevante analizar los problemas del propio personal de salud, en su condición de trabajadores. Las condiciones laborales y de contratación, la salud ocupacional, las posibilidades de capacitación, las facilidades a las mujeres que son habitualmente la mayoría del personal, deben también estar presentes a la hora de listar los principales problemas de recursos humanos para la salud.

Para saber más...**es indispensable que Ud. lea:**

1. Enfoque de planeación estratégica situacional. (PES)
G.MOIZO, Material de apoyo tomado de Luis Carlos Castillo – Sociólogo. Especialista en Planeación Estratégica Situacional. Monitor de PES en Colombia
http://ipes.anep.edu.uy/documentos/noticias_portada/vinculo_abajo/ed_salud/segunda_semana/enfoque.pdf
consultado, enero 2010.
2. Mario Rovere, Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS, 1993, pp 83-90.

Recomendamos las siguientes lecturas:

Política pública y planificación participativa: una mirada desde el ámbito local, pp 17-24 CHILE, Mideplan, División de Planificación Regional.

<http://www.mideplan.cl/btca/txtcompleto/mideplan/polpub-planifparticipativa.pdf>
consultado, enero 2011

Carlos Matus, Política Planificación y Gobierno, Fundación Altadir, patrocinado por ILPES. Versión preliminar 1987, apoyada por OPS.

EJERCICIO 3

**Extensión, sustitución o delegación de competencias técnicas de los recursos humanos**

- Dé ejemplos de sustitución y delegación de competencias en su país. ¿Qué impacto puede llegar a tener en la planificación de recursos humanos y en el personal el cambio de competencias de uno a otro profesional o técnico? Comente.
- Dé un ejemplo de extensión o especialización de competencias y comente el impacto sobre la atención.
- Reflexione y comente acerca de los requisitos o competencias de l auxiliar de enfermería hace 20 años y cuáles son los requisitos hoy.



Definición del Actor que planifica e identificación de problemas

En el primer apartado de este Módulo, Ud. trabajó un cuadro con los elementos de contexto de su sistema de salud y de la estrategia de atención primaria. A partir de ese cuadro, le pedimos ahora:

1.- Definir el actor

- ¿Desde qué posición está Usted mirando la realidad?
- ¿Cuál es su ámbito de poder e intervención del actor que planifica?
- Analice la situación de acuerdo al mapa de actores (recuperando sus lecturas del Módulo 2).

2.- Identificación de problemas

- Liste los problemas que Ud. visualiza en términos de los recursos humanos en salud en su ámbito de gestión.
- Considere cómo esos problemas son percibidos por otros actores.
- De la lista, seleccione un problema.
- Explícite las razones para fundamentar que se trata de un problema relevante (visto por usted o por otros).
- Explícite los criterios de priorización.
- Para el problema seleccionado, intente diseñar su árbol teniendo en cuenta especialmente en encontrar algunos nudos críticos de causas, es decir, aquellos que al ser solucionados pueden impactar más en obtener los resultados deseados.
- Explique el problema: causas y efectos.

DISTINTOS ACTORES El proceso de planificación se desarrolla en un medio donde el actor que planifica se encuentra con otros actores, que también están interesados en el problema que requiere la planificación y que se sitúan de maneras diversas frente al mismo. Por ello, el proceso requiere que ahora se trabaje exhaustivamente el *mapa de actores* intervinientes o mapa de involucrados.

La idea de identificar a los actores y sus posiciones y actitudes esperadas frente a las acciones planificadas, tiene como objetivo conocer cuáles serían sus acciones al momento de plantearse cambios y al momento de realizarse éstos.

Se requiere trabajar detalladamente...

- En la identificación de los actores desde la formulación del problema, definiendo cómo se sitúan frente a éste. La primera cuestión respecto a los actores identificados que debe trabajar el planificador es la relación de *beneficio-perjuicio-neutralidad respecto al problema*.
- Luego, una vez definidas las políticas que permitirán enfrentarlo, hay que hacer una nueva revisión de actores y aparecerán otros que no se visualizaban inicialmente y que pueden también cambiar las posiciones de los actores en su visión de problema y de soluciones. La cuestión ahora es la relación de *beneficio-perjuicio-neutralidad frente a las políticas de solución del problema*.

En el caso que nos ocupa, de planificación de recursos humanos para salud en un sistema ya definido, es muy relevante identificar como actor a la sociedad, a los ciudadanos como personas que hacen uso de este sistema y que frente a la planificación de recursos humanos pueden sentirse neutrales, aunque podrían ser los mayores beneficiados con una planificación exitosa.

En este levantamiento de los actores, se debe definir tanto la visión del actor-planificador como la percepción de los otros. En muchas ocasiones, actores que debieran a juicio del planificador sentirse beneficiados, se sentirán perjudicados con las medidas que se planifican o con las políticas en desarrollo. Hay que identificar contradicciones, visiones particulares y “fantasmas”. De esta forma, se manifiestan en tensión, tanto en la identificación del problema como en la propuesta de soluciones...:

- Aspectos “objetivos”, que se pueden observar, cuantificar y evaluar.
- Aspectos “subjetivos”, que refieren a intereses, perspectivas, percepción de perjuicios potenciales, temores, etc.

Con la definición básica de la “objetivo-subjetivo” frente al problema y las posibles soluciones, se debe proceder a caracterizar a cada uno de los actores identificados, y para ello puede ser útil guiarse por la siguiente matriz:

	Actor 1	Actor 2	Actor 3
Interpretación del problema			
Soluciones del problema (que el actor visualiza)			
Interés en el problema			
Fuerza acumulada			
Posibilidades de acumulación de fuerza en escenario de cambio			
Disposición a “gastar fuerza” en el proceso			

Con esta caracterización detallada del mapa de actores, y especialmente respecto a sus intereses, debe dibujarse el *esquema de alianzas y de trabajo bilateral, grupal y conjunto de todos los actores*. Se trata de realizar un desarrollo de acciones planificadas para la suma y/o neutralización de fuerzas para conseguir el objetivo deseado.

Si seguimos con el ejemplo de la “Alta mortalidad materna” y nuestra “apuesta” por aumentar el número de horas profesionales disponibles para los partos, los actores relevantes y más directos serán los médicos y obstetrices de la región. Ellos pueden tener o no tener interés en resolver el problema y también pueden plantear otras alternativas de solución, porque su interpretación del problema es diferente. Por otra parte, eventualmente podemos incorporar a la comunidad organizada en los consejos de participación para apoyar la delegación de facultades en las obstetrices, o de ellas en los técnicos, etc.

En el caso del planificador de recursos humanos en salud, la caracterización de los otros actores gubernamentales es fundamental, especialmente de quienes manejan recursos financieros que serán necesarios. Debe destacarse el rol protagónico de los sectores salud y de finanzas o hacienda, así como el de educación y autoridades de trabajo.

Por otra parte es necesario destacar los actores “políticos”, ya sean autoridades del propio sector salud, si se trata de un nivel ministerial o de niveles intermedios, ya que conflictos que pueden surgir de la búsqueda de solución a problemas, pueden repercutir rápidamente en el ámbito político.

En el otro ejemplo de la “*carrera funcionaria sanitaria de los médicos*”, serán actores relevantes el sindicato y el colegio médico (dependiendo del país). También los otros sindicatos, que verán en esta carrera un espejo de sus propias necesidades, los gestores locales que requerirán de instrumentos para la distribución territorial y conducción de este personal, y por supuesto los propios actores gubernamentales, en especial el Ministerio de Hacienda o Finanzas. Ellos no sólo estarán interesados en el gasto, sino probablemente en el efecto de *demonstración para otro personal público*, de los efectos de esta carrera, e incluso de la propia negociación. Dado que se trata de una negociación de nivel nacional, también será clave el acuerdo del nivel político superior, ya que diferencias, que seguramente se presentarán en la negociación futura, pueden tener importantes repercusiones políticas, y al más alto nivel.

Podemos ver fácilmente la diferencia de intereses de los actores en juego en el tema de la carrera, muchas veces contrapuestos, así como las implicancias políticas de las diferencias. Ello explica que muy frecuentemente se prefiera no incluir en las agendas este difícil tema.

Los actores identificados deben ser incorporados tempranamente en el proceso de planificación y de desarrollo de las acciones que son necesarias para conseguir los cambios. En general, son imprescindibles como actores los gestores de la actividad sanitaria, los sindicatos, las sociedades científicas, los colegios profesionales, los centros formadores, la sociedad civil organizada, los legisladores y los sectores gubernamentales relacionados.

Cada uno de los actores que ustedes ya revisaron en el módulo anterior, específicamente en el “campo de desarrollo de los recursos humanos”, están, al igual que ustedes, actuando para modificar la realidad. Cada uno de ellos tiene diferentes fuerzas y diferentes formas de presión. Así por ejemplo, los actores gubernamentales y del legislativo tienen como principal fuerza la capacidad de gobierno y de determinar cambios legales y normativos; las sociedades científicas y de especialidad, centros formadores y gestores sanitarios del sistema y extra sistema (públicos y privados) tienen fuerza en tanto capacidad de determinar y formar los tipos de competencias en los recursos humanos en salud; los sindicatos como representantes de grupos de interés de categorías de recursos humanos, y su principal fuerza está en la capacidad de movilización de los trabajadores.

La ciudadanía, a quien se orienta el trabajo del sistema sanitario, debiera ser el actor más presente, pero por lo general se encuentra dispersa y con bajos niveles de organización. Una de las principales formas de llegar a obtener su interés y movilización es a través de medios de comunicación de todo tipo, y en los tiempos actuales, es relevante su incorporación a través de redes sociales, comunitarias y también virtuales. Por lo general, a todos los actores les importa la posición de la ciudadanía frente a su discurso y su accionar.

Para este conjunto de actores se identificarán claramente las motivaciones frente al problema y soluciones previstas, y con estas motivaciones conocidas cruzadas con los objetivos de las personas o instituciones en tanto actores involucrados, deben definirse cuáles son los incentivos generales, sociales, y cuáles son los incentivos particulares de cada institución. Así, para las gubernamentales, siempre será un incentivo la mejora en la eficiencia; para los centros formadores, la posibilidad de adecuar la capacidad formadora a los requerimientos reales del sistema; para los representantes de grupos de trabajadores, obtener beneficios para sus asociados; y para la sociedad, la mejor atención y la mejoría de la situación sanitaria.

Para saber más...

Ud. debe leer:

De Sebastián Luis, Análisis de involucrados, Documentos de trabajo proyecto conjunto INDES-Unión Europea, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, BID, Noviembre 1999, Serie de Documentos de Trabajo I-14 UE. Consulta: <http://preval.org/documentos/ma0013.pdf>

y si quiere saber más,

Matus, Carlos; Política, Planificación y Gobierno. Fundación ALTADIR ISBN 980-300-316-X

Avanzando en planificar

En los ejercicios anteriores, Ud. definió el contexto institucional en el cual se encuentra. Luego, definió al actor que planifica y también los problemas, y también priorizó un problema que buscará solucionar.

Ahora, en este ejercicio y en su realidad, para el problema seleccionado, le pedimos que defina:

- La posición de los diferentes actores: neutralidad, beneficiados o perjudicados respecto del problema. Sugerimos que complete una matriz de actores de acuerdo con la tabla presentada en el texto.
- La fuerza acumulada por cada uno de ellos (cuantifique hasta 5 cruces los de mayor fuerza) así como las posibilidades de acumular fuerza eventualmente (también hasta 5 +).
- Cuál es su RELACIÓN como actor que planifica con los otros actores involucrados: de conocimiento mutuo, de cercanía, existe historia común de credibilidad y/o confianza, existen alianzas conocidas entre diferentes actores.

LA NEGOCIACIÓN ES UN PROCESO cotidiano indispensable en el ámbito de las políticas públicas. Ella permite confluir voluntades de diversos orígenes, ampliando las posibilidades de acción y buscando intereses comunes que permitan mejorar las posibilidades de acción.

La negociación será indispensable para el planificador si ésta no se realiza de manera teórica sino como herramienta para la acción.

Si, por ejemplo, el actor que planifica detectó un problema serio de déficit de personal en determinada región, será seguramente indispensable incrementar el número de contratos y los recursos para respaldar esas nuevas contrataciones. Ello, en la mayoría de los países, requerirá el acuerdo del Ministerio de Hacienda o Finanzas, tal como ya fue analizado en la sección anterior, y probablemente también del Parlamento para aprobar el nuevo presupuesto. El actor tendrá entonces que enfrentar una "conversación/negociación" con el Ministerio de Hacienda.

Muchas veces pensamos que, como se trata de entidades estatales, no nos enfrentamos a negociación, sino que simplemente estamos cumpliendo determinadas metas, objetivos o promesas de los actores políticos, y que por tanto la negociación hacia el interior del mismo gobierno no sería relevante. Ello es un profundo error, puesto que *cada actor de gobierno trata de cumplir su propio rol y no necesariamente es el mismo que el de nuestro actor*, y si lo fuera, puede no ver la realidad de la misma manera, por lo que con toda probabilidad tendrá que enfrentar esa negociación.

El conocimiento del actor con el que estamos negociando es fundamental. Debemos conocer sus intereses y motivaciones para enfrentar esa negociación de la mejor manera.

En primer lugar, será necesario contar con información relevante y pertinente, *conociendo cuál es la motivación del actor con que se negocia*. Para abordar el tema, es indispensable contextualizarlo, puesto que generalmente el otro actor no ve la realidad del mismo modo, ni tiene los mismos intereses, desconoce elementos relevantes del contexto que vemos. Debemos hacer muchas veces un esfuerzo para explicarle al "otro" porqué es relevante para la población y por tanto para este actor. Debemos además preocuparnos porque el *lenguaje* que utilicemos permita la comprensión efectiva por el otro.

Siguiendo el ejemplo anterior, en la mayoría de los países una motivación central del Ministerio de Hacienda o Finanzas, será *el gasto que se podría producir, su continuidad o no en el tiempo*, y, si efectivamente ese gasto fuera necesario, cómo asegurar la buena utilización de esos recursos.

Por ello nuestro actor deberá prepararse y seguramente llegará a la reunión con la información relevante, por ejemplo el número de personas contratadas, el costo de las mismas, la evolución en el tiempo de los incrementos de personal, cómo se ha traducido ello en beneficios para las personas (consultas, hospitalizaciones etc.), el impacto sobre los resultados sanitarios, así como

el horizonte futuro de incrementos de personal. Muchas veces deberá preparar información comparativa, ya sea entre regiones o países para apoyar sus demandas.

Probablemente, para convencer al interlocutor de la necesidad de contar en esa región de un mayor número de personas, deberemos también convencerlo de que la contratación de personal adicional es el único camino posible y que no podemos realizar traslados o una readecuación de funciones. O bien que, adicionalmente a las nuevas contrataciones, se está también readecuando funciones.

En la medida que este interlocutor intra-gubernamental haya estado involucrado previamente en la definición del problema, o al menos haya tenido conocimiento de que se estaba realizando este análisis, será más fácil llegar a objetivos comunes.

En efecto, como se trata de una negociación, no es posible pensar que nuestro actor obtendrá siempre la totalidad de sus objetivos propuestos, sino que deberá escuchar los planteamientos del otro, evaluar la potencia de los argumentos y también las capacidades de poder, propias y del interlocutor, para llegar a determinados acuerdos o compromisos. Pero llegar a dichos acuerdos o compromisos sólo es posible si se cuenta con la *credibilidad necesaria* para cumplir esos compromisos y la posibilidad política de sostenerlos.

Debe tenerse presente que los diferentes actores poseen una historia previa que nos dará alguna referencia acerca de las posibilidades de negociación, de incumplimientos. Si existe una falta de credibilidad mutua, probablemente ni siquiera se llegará a establecer una mesa (espacio) de negociación. Esta credibilidad también se va construyendo. Se puede ir avanzando en construir espacios de confianza con actores que en teoría tendrían objetivos muy disímiles, y con mayor razón con actores intra-gubernamentales.

Esta credibilidad se va ganando, también, en la medida que el actor es claro tanto en sus compromisos, como en señalar las limitaciones para el compromiso. Se puede perder mucha credibilidad, por ejemplo, si se comienza a negociar con un sindicato acciones que tendrán un costo en el tiempo, sin contar con los debidos respaldos previos, tanto financieros como políticos, para llevar a cabo esa negociación. También se pierde credibilidad hacia los ministerios de hacienda cuando se solicitan recursos más allá de lo necesario.

Un actor que planifica en recursos humanos de salud deberá prepararse para negociar, por lo menos, con los siguientes actores y en los siguientes ámbitos:

- Negociación con la población, por los servicios y la calidad.
- Negociación con Hacienda por financiamiento del personal y en algunos lugares por número de contratos y por incentivos.

- Negociación en el Parlamento o Congreso, con los partidos políticos, por leyes, normas.
- Negociación con los sindicatos por normas, recursos, reglas, sobre todo respecto a relaciones laborales, contratos, salarios, huelgas.
- Negociación con las corporaciones profesionales y sociedades científicas o de especialidades, por regulaciones del quehacer profesional.

La existencia de compromisos políticos explícitos o de políticas de largo plazo o de estado en determinado sentido puede facilitar o dificultar la solución de algunos problemas, y deben ser tenidos en cuenta. Por ejemplo, si el compromiso político y/o la política de determinado gobierno es la de reajustar los salarios de acuerdo al incremento del costo de la vida, ello ya no será sujeto de negociación, en términos generales. Si en la política de recursos humanos de un determinado país se establece como obligatoria la necesidad de trabajar en lugares apartados, podrán discutirse las condiciones bajo las cuales se lleve a cabo ese trabajo, pero no se discute, todos los años, la necesidad de ir a regiones.

Vemos entonces la utilidad de la formulación de políticas explícitas de más largo plazo y alcances, que al ser aceptadas por los diferentes actores, disminuyen los espacios de incertidumbre y reducen la necesidad de negociación permanente. Como contrapartida, la negociación de dichas políticas tiene sus dificultades y complejidades.

Como estamos planteando la búsqueda de soluciones compartidas y no la imposición de “mi solución”, la labor del gestor/planificador de recursos humanos estará íntimamente ligada a la negociación y deberá desarrollar técnicas y habilidades que le vayan permitiendo perfeccionarse en esta área. Las habilidades de comunicación, de empatía así como la claridad en los compromisos y en su evaluación son básicas a la hora de construir la credibilidad para conducir negociaciones exitosas.

Para saber más...

es indispensable que lea:

De Sebastián Luis, Análisis de involucrados, Documentos de trabajo proyecto conjunto INDES-Union Europea, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, BID, Noviembre 1999, Serie de Documentos de Trabajo I-14 UE

Consulta: <http://preval.org/documentos/ma0013.pdf>

y le recomendamos las siguientes lecturas:

La comunicación como negociación, Felicísimo, Valbuena de la Fuente, Catedrático Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense, Madrid

Consulta: http://www.ucm.es/info/per3/profesores/Valbuena/doctorado/Comunicacion_como_Negociacion.pdf

Using the methods of Fernando Flores, an interview of Jack Reilly; Center for Quality Management Journal, vol 6 Nº1, 1997, pp 15-20

Consulta: <http://www.walden-family.com/public/cqm-journal/rp07900.pdf>

Fernando Flores, Creando organizaciones para el futuro, Dolmen, Economía y Gestión, 5ª edición 1994. Pp 119 a 123.

EJERCICIO 6



Mesa de negociación

Le solicitamos aquí que realice o prepare (simule) una mesa de negociación para el problema sobre el que Ud. planifica, de modo que incluya:

- Una entrevista a por lo menos un actor relevante, indagando su posición frente a los temas de recursos humanos, su interés en el trabajo conjunto de planificación, y los intereses y motivaciones frente al problema identificado.
- La preparación de la información requerida respecto al problema que debe estar disponible para la negociación con ese actor, de acuerdo a los intereses y motivaciones identificados.
- Las posibilidades de alianzas con otros actores y los eventuales temas de bloqueo para el actor relevante que usted entrevistó.

DADO EL GRAN NÚMERO DE ACTORES y temas habitualmente relevantes en el área de recursos humanos de la salud, puede ser de ayuda mantener a lo largo de un tiempo o bien de manera continua, algunos espacios estables de interlocución con determinados actores.

Debe definirse de manera clara el objetivo de este espacio de tal manera de evitar constituirlo en un espacio de negociación recurrente, salvo que sea ése el interés del actor.

Se puede, por ejemplo, tener una mesa de seguimiento de acuerdos cuando se ha realizado una negociación con los sindicatos y ello ha significado compromisos que se irán observando en un período de tiempo. Ello no debe significar sin embargo que permanentemente se estén abriendo nuevas negociaciones, pero el espacio puede ser útil para captar las necesidades de futuras negociaciones. Para ello el actor convocante deberá procurar tener una agenda de trabajo clara en cada una de estas mesas, y que en ella estén insertos los temas en los cuales ese actor requiere de opiniones.

A nivel del ejecutor máximo de nivel nacional en materia de recursos humanos para la salud, probablemente se constituya un espacio con las universidades o centros de formación técnica; otro que puede ser más eventual respecto a las profesiones o a la regulación del ejercicio profesional; otros con los sindicatos respecto a las condiciones de trabajo; etc. Es recomendable que las mesas de diálogo sean específicas, de acuerdo a los problemas.

Mantener espacios permanentes de conversación, de trabajo, con múltiples actores para los temas de recursos humanos, permitirá aprovechar coyunturas favorables, ya hubiesen sido visualizadas anteriormente o surjan por un cambio inesperado. Así, un cambio de gobierno puede abrir oportunidades para una planificación de mediano y largo plazo en temas de dotación, formación o regulación.

Un espacio conocido en muchos países es el Observatorio de Recursos Humanos que se ha instalado de diferentes maneras de acuerdo a la realidad de cada país y con grados diversos de continuidad y desarrollo. Creado inicialmente para compartir información relevante de los recursos humanos en salud, constituye un espacio privilegiado para mantener un diálogo con los diferentes actores en estos temas.

Para saber más...

recomendamos la visita al:

Observatorio de Recursos Humanos de las Américas,
www.observarh.org



Para pensar...

Si en su país existe Observatorio de Recursos Humanos en Salud, investigue respecto a:

- Organizaciones que lo conforman.
- Objetivo.
- Principales actividades realizadas desde su conformación.
- Dónde se ubica (dependencia o institución responsable de su funcionamiento).

Si no existe Observatorio, investigue respecto a éste en otros países y formule una propuesta para la conformación en su país.

LA ÚLTIMA PARTE DE ESTE MÓDULO, pretende integrar el entrenamiento práctico en el ámbito de la planificación de los recursos humanos de la salud. Para ello, usted será de ahora en adelante el protagonista y conductor de esta planificación.

Recuerde que debe tomarse un problema sanitario relacionado con recursos humanos, para visualizar mejor las diferentes causas y, por tanto, alternativas de solución futuras.

Para ello usted deberá intentar constituir un equipo de trabajo con al menos otras tres personas, que constituirán con usted el equipo actor planificador. Usted deberá ir explicando los pasos de la planificación e ir construyendo con el equipo todo el proceso.

Sugerimos retomar las actividades previas realizadas. En primer lugar, deberán seleccionar uno de los problemas detectados y definirlo claramente, explicando sus causas y efectos (momento explicativo), para luego transformar a positivo las causas y tener las posibilidades de actuar sobre las mismas (momento normativo). Recuperando el árbol de problemas y transformándolo en el árbol de soluciones, revisen el análisis de actores y de las fuerzas que actúan en sentido de la solución o mantenimiento del problema (momento estratégico).

ACTIVIDAD DE INTEGRACIÓN

A partir de recuperar e integrar el proceso, diseñe una acción de negociación al menos con un actor relevante para lograr su objetivo. Según sea el caso, seleccione negociar con un actor gubernamental, con un actor sindical o con un actor de la formación.

Prepare su negociación:

¿Cuáles son las motivaciones del otro, en relación al tema?

¿Qué información relevante para el otro que ustedes deben entregar?

La negociación misma

¿Cómo gana su interlocutor?

¿Qué están ustedes dispuestos a ceder?

Prepare un **breve informe** sobre las acciones que se realizarán finalmente, simulando o asumiendo resultados de ganancia parcial para el planificador, y diga qué ocurriría si no se realizara el proceso de planificación.

EJERCICIO 6



HERRAMIENTAS DEL MÓDULO 3. GUÍA BÁSICA PARA LA ORGANIZACIÓN DEL PLAN

A continuación, se presentan los items significativos y a tener en cuenta en la organización de una planificación de recursos humanos de salud:

1. Definición del ámbito de la planificación
 - Cuál es el vínculo con las políticas públicas.
 - Definición de problemas.
 - Listado inicial de problemas.
 - Agrupamiento o “disolución” de problemas (si soluciono uno, otros problemas desaparecen o se minimizan).
 - Análisis de problemas cercanos a los problemas de salud de la población.
 - Listado final de problemas.
2. Definición del actor que planifica
 - Situación desde donde se observa la realidad.
 - Situar el “yo” y los “otros” actores.
3. Priorización de problemas y selección de uno(s)
 - Selección de método de priorización.
 - Selección de un problema.
4. Resolución teórica del problema
 - Alternativas de solución e indicadores.
 - Análisis de viabilidad de solución.
 - Actores y su rol en la viabilidad de solución.
 - Estrategias de negociación con los actores identificados.
5. Plan de acción
 - Objetivo general.
 - Objetivos específicos.
 - Actividades y responsables.
 - Indicadores.
6. Evaluación del plan y nuevo planteamiento del problema

MÓDULO 4.

TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

INICIAMOS EL ÚLTIMO MÓDULO DEL PROGRAMA DE APRENDIZAJE! Recuperando e integrando todos los contenidos y actividades de los Módulos previos, en este último Módulo abordaremos y analizaremos los distintos modelos, métodos, técnicas y herramientas para el planificador de Recursos Humanos en Salud. Como veremos, no estamos solos en esta importante empresa, sino que muchos han contribuido al desarrollo de métodos, estrategias e instrumentos!

Asimismo, revisaremos las experiencias concretas en distintos países para la planificación, proyección y desarrollo de la fuerza de trabajo en salud, en las distintas profesiones. Como ya se ha analizado, hoy este proceso requiere de una mirada global, para entender los procesos, los flujos y las demandas múltiples. A su vez, las experiencias internacionales, nos permiten evaluar las lecciones aprendidas y aprovecharnos de ella para la concreción de las propias.

Con un carácter conceptual y práctico, en este Módulo esperamos apoyarlos en el proceso político-técnico de la planificación de Recursos Humanos, como factor clave para el desarrollo de nuestros sistemas de salud y para dar respuestas a las necesidades de nuestras poblaciones.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO Este Módulo se propone facilitar el conocimiento, la comprensión y la utilización de las principales variables, métodos y principales herramientas metodológicas e instrumentales para cumplir con solvencia con la función planificadora.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE Se espera lograr el desarrollo de competencias político-técnicas para:

- Analizar el funcionamiento de las variables que afectan a la oferta y demanda de profesionales en el mercado sanitario, considerando los contextos nacionales e internacionales.
- Definir criterios para el análisis de déficit, exceso y superávit de Recursos Humanos en salud.
- Identificar los principales métodos disponibles para el proceso de planificación de recursos humanos en salud.
- Conocer las experiencias de planificación de recursos humanos de salud en diferentes países, y evaluar sus logros y obstáculos.
- Conocer y utilizar las principales herramientas disponibles para la planificación de Recursos Humanos de salud y sus proyecciones futuras.

CONTENIDOS

- Análisis del déficit y superávit de personal sanitario, contextualizando la oferta y demanda en el mercado de trabajo en salud, la movilidad internacional y las variables a tener en cuenta al planificar.
- Métodos de planificación de recursos humanos de salud, analizando los distintos métodos, fortalezas y debilidades de los distintos modelos y de los sistemas de información,
- Experiencias de planificación de recursos humanos de salud: Luces y sombras: poniendo a disposición las características y tendencias de las experiencias en distintos países.
- Herramientas y modelos de proyección, ofreciendo una gama de instrumentos operativos y software libres para el apoyo a la planificación de RRHH.

ACTIVIDADES A lo largo del Módulo contarán con:

- Lecturas básicas sobre cada uno de los temas, como guía de análisis de los contenidos. Se recomienda seguirlas en forma secuencial.
- Lecturas complementarias recomendadas y enlaces para profundizar en cada uno de los apartados
- Algunas herramientas de apoyo
- Ejercicios progresivos para desarrollar los aprendizajes, de acuerdo con su propia realidad o contexto de país

En este Módulo se ofrece la siguiente propuesta de ejercicios:

Ejercicio 1: Razones para abordar el proceso de planificación.

Ejercicio 2: Sistemas de información.

Ejercicio 3: La experiencia de planificación en Andalucía.

Ejercicio 4: Debatiendo métodos de planificación.

Ejercicio 5: Diagnóstico de la situación en su país.

Ejercicio 6: Uso de la herramienta de planificación.

Buen trabajo!



RAZONES PARA LA PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CONTEXTOS NACIONALES E INTERNACIONALES

La planificación de recursos humanos en el campo de la salud es una tarea de gran complejidad logística. La necesidad de la planificación en el largo plazo en un contexto de incertidumbre, en una escala nacional, las interconexiones entre la formación de profesionales y técnicos, la posición oficial y de los derechos y las tensiones sobre la jurisdicción entre las autoridades nacionales y regionales, agrava el problema.

Existen cuatro razones que justifican la necesidad de estudiar y dimensionar el número de profesionales, competencias y funciones que se requieren para dar respuesta a las necesidades de los diferentes países.¹ Estas son las siguientes:

1. Los cambios en los perfiles demográficos, epidemiológicos y socio-culturales de la población:

- El envejecimiento de la población iberoamericana que exige aumento de los programas de enfermedades crónicas, salud mental y cuidados de larga duración, así como la asistencia social y servicios relacionados en menor grado con la salud materna e infantil en algunos de los países.
- La reaparición de enfermedades infecciosas en otros países.

2. Los patrones de oferta y demanda en el modelo de provisión de servicios, que están cambiando de acuerdo con:

- La evolución de expectativas en sociedades multiculturales.
- Las innovaciones tecnológicas.
- Las innovaciones destinadas a la mejora del rendimiento del sistema de salud (tales como el cambio a la atención primaria y mejorar la integración y coordinación de los servicios).

3. Los profesionales de la salud es en sí mismo están cambiando:

- Las tasas de jubilación están aumentando.
- Las profesiones sanitarias cada vez están más feminizadas (con el aumento de los trabajadores a tiempo parcial).
- Las nuevas y mayores exigencias que se traducen en nuevas competencias laborales.
- El aumento de la migración de los trabajadores en todos los países.

¹ Dussault G et al. Investing in Europe's Health Workforce of Tomorrow: Scope for Innovation and Collaboration. Assessing Future Health Workforce Needs. Policy Summary (draft for consultation) 2010: Produced by the European Observatory on Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/ Europe at the request of the Belgian government in preparation of the Belgian Presidency of the EU Council of Health Ministers. http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft_Policy_Summary_assessing_future_workforce_needs.pdf

4. El gran intervalo de tiempo entre la toma de decisiones políticas y el logro real de resultados

La historia de la planificación en salud ofrece muchos ejemplos de logros y dificultades. Especialmente la planificación de personal de salud es una historia de fracasos, como se constata repasando las experiencias internacionales.² Una inadecuada planificación ha llevado a problemas de déficit o exceso de oferta de personal durante las últimas décadas en diferentes países, como es el caso de Reino Unido³ o Canadá.

Por otro lado, en un mundo globalizado, la planificación de profesionales sanitarios es muy difícil que pueda hacerse aisladamente por un país. Los problemas de exceso y falta de médicos son cíclicos, y suelen afectar simultáneamente a casi todos los países.

Adaptar, de forma equilibrada y dinámica, la oferta y la demanda de profesionales sanitarios en un país, desde la perspectiva para obtener los mejores resultados en salud, es una cuestión sumamente compleja, que requiere un análisis pormenorizado y riguroso de numerosos factores y tomar un conjunto de decisiones adecuadas y coherentes sobre aquellos que son modificables.

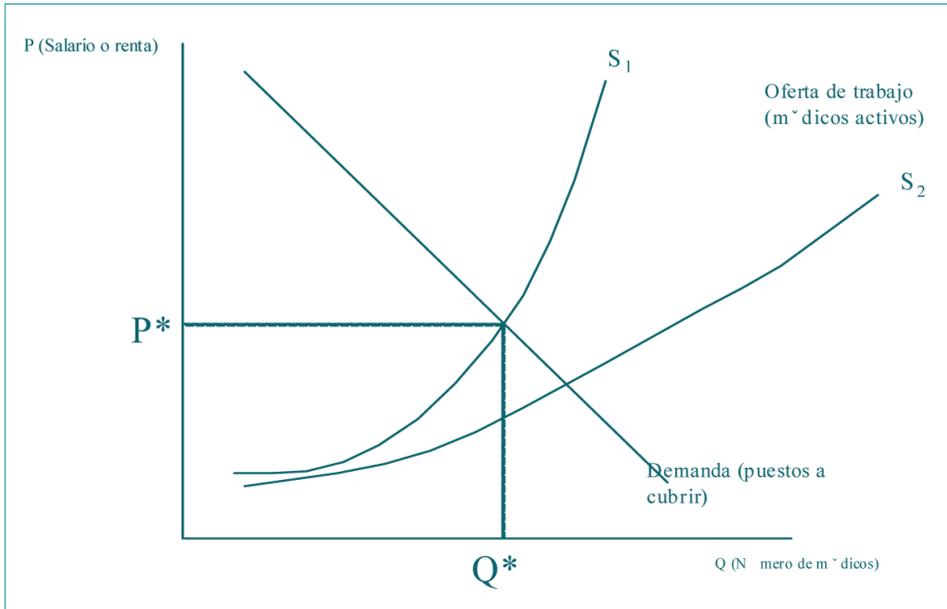
EL MERCADO DE TRABAJO SANITARIO: OFERTA Y DEMANDA El mercado de trabajo es el punto de encuentro entre los oferentes (médicos dispuestos a trabajar, más cuanto mayor sea el pago que reciben) y los demandantes (hospitales que contratan sus servicios por un salario, y pacientes que acuden a la consulta del médico privado). En un mercado no regulado, el equilibrio se conseguiría como punto de encuentro entre ambas funciones, la de oferta, creciente, y la de demanda, decreciente. Un mercado puede estar en desequilibrio cuando a los salarios vigentes (regulados), la oferta supera a la demanda o al contrario, la demanda supera a la oferta produciéndose un déficit.

El siguiente gráfico, representa el mercado del trabajo médico. En el eje horizontal, se representa la cantidad (horas trabajadas por los médicos, o número de médicos equivalentes a tiempo completo) y en el vertical se representa la renta (salarial o no) de los médicos.

² Mable A, Marriott J. Steady State. Finding a sustainable balance point. International Review of Health Workforce Planning Health Human Resources Strategies Division. Health Canada, 2001. Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2002-steadystate-etatstable/index-eng.php>

³ Imison C, Buchan J, Xavier S. NHS Workforce Planning. Limitations and Possibilities. London: King's Fund, 2009.

Gráfico 1: Oferta y demanda de trabajo médico



Los mercados cuya oferta es flexible, son más adaptables a los cambios en el entorno y en la demanda y consiguen más fácilmente el equilibrio. Por el contrario, cuanto más segmentado sea un mercado, más difícilmente se adaptará a los cambios en las necesidades. En mercados cerrados y muy segmentados, a corto plazo la oferta es muy inelástica (función prácticamente vertical: la cantidad de médicos disponibles para trabajar es casi fija). La especialización médica segmenta los mercados: lo que hace el especialista A no lo puede hacer, en general, el de la especialidad B.

Cuanto más se segmente un mercado, mayores le parecerán las necesidades al planificador, porque habrá que alcanzar un nivel mínimo en cada una de las partes (segmentos). Esto es aplicable al espacio geográfico, pero también a las sub-especialidades y áreas de capacitación específica. La segmentación geográfica rígida no conviene al sistema, porque aumenta el número de médicos "necesarios". Se producen interacciones entre las redes asistenciales pública y privada. La red pública podría acusar el déficit impuesto por el dinamismo de la demanda privada. A los salarios vigentes, si la demanda es mayor que la oferta para algunas especialidades, las plazas públicas no se cubrirán y se generarán tensiones salariales graves en el sistema público de salud.

La experiencia internacional señala que las soluciones para la disponibilidad de personal sanitario vienen más por la vía de la flexibilidad que por la segmentación profesional y/o geográfica. El mercado de trabajo de los profesionales de la salud debe ser muy adaptable a fin de absorber rápidamente los cambios requeridos por las nuevas tecnologías, los avances científicos, las demandas sociales y nuevos modelos de la organización.

Sin embargo, los perfiles de los puestos de profesionales de salud no se han ido adaptando a este rápido y exigente ritmo del cambio. La escasez de profesionales de la salud, ya sea por una mala planificación o barreras corporativas a la entrada en la profesión, parece ser un problema en muchos países.

Hay variables importantes que condicionan la política de recursos humanos de salud que escapan del control del planificador:

- La tensión atractora de los mercados internacionales.
- La demanda del sector privado o de la seguridad social.

El reto de ajustar oferta y demanda de personal sanitario dinámicamente implica tomar decisiones correctas en el momento adecuado sobre diversos factores como:

- N.º de plazas en las facultades de medicina, escuelas de enfermería...
- Normativa sobre retención y retiro de profesionales en ejercicio.
- Políticas de inmigración.
- Asegurar una composición razonable por especialidades.
- Asegurar una distribución geográfica equilibrada.
- Tomar decisiones sobre las condiciones de trabajo.
- Tomar decisiones sobre los métodos y niveles de remuneración.

LOS MERCADOS SANITARIOS. ¿PARA QUIÉN PLANIFICAMOS? Necesidad y demanda no son criterios separados ni independientes. En principio, demanda se refiere a mercados y a disposición a pagar, mientras que necesidad se refiere, por lo general, a estándares basados en juicios de expertos sobre el potencial de los especialistas médicos para mejorar la salud.

El planificador —gobierno central, comisión nacional de RRHH, gobierno regional— debería incidir en el número de plazas para estudiantes y especialistas en las universidades. No sólo para cubrir los puestos necesarios en los hospitales públicos, sino también para ofrecer una salida al mercado para satisfacer la demanda del sistema.

El sistema de formación de médicos especialistas y otros profesionales sanitarios debe proveer del personal que necesite y demande el país, incluyendo los que ejercerán la práctica privada. Cualquier visión limitada, que pretendiera formar solamente los profesionales que requerirá el sistema público, tenderá a la larga a provocar déficit de especialistas, generando tensiones salariales provocadas por la escasez.⁴

⁴ González B y Barber P: Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2006-2030. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

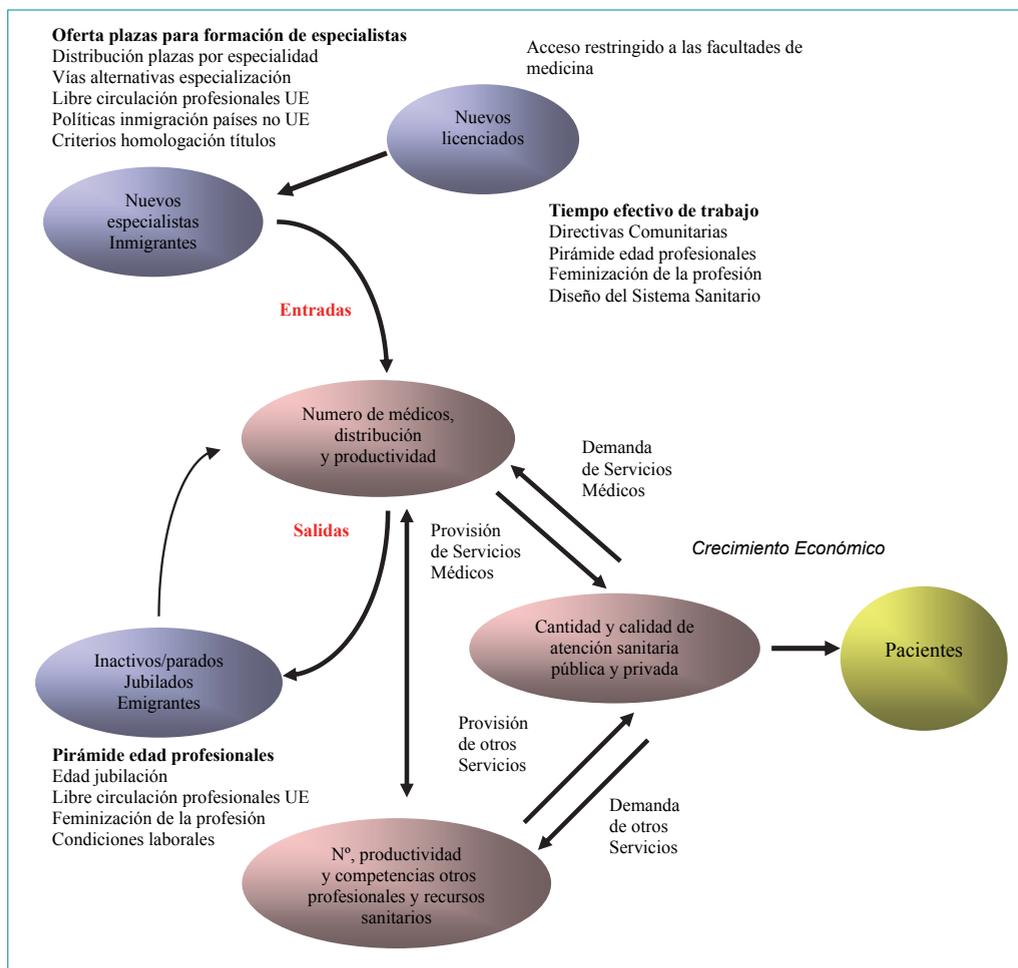
VARIABLES A TENER EN CUENTA EN LA PLANIFICACIÓN Es imposible predecir con precisión las necesidades de profesionales a décadas vista, porque cuando llega «el futuro ya no es lo que era». Sin embargo, hoy podemos considerar un conjunto de variables que son las que influyen directamente en las necesidades de servicios sanitarios, entre las cuales cabe destacar:

- Crecimiento demográfico, estructura y composición de la población (envejecimiento).
- Tecnología médica, que en algunos casos supone una reducción de la necesidad de personal (laboratorio, centros especializados a distancia) y otras implica mayores necesidades por nuevos procedimientos.
- Cambios organizativos en la asistencia o atención sanitaria.
- Cambios del patrón de morbilidad de la población.
- Cambios en la productividad y el tiempo de trabajo efectivo. Por ejemplo, la feminización de la profesión médica y la tendencia a reducir las horas de trabajo, hacen que descienda el número de profesionales a tiempo completo.
- Cambios en el dispositivo asistencial y en la oferta hospitalaria (descentralización y mayor oferta asistencial).

Se puede ver que algunos factores son exógenos e incontrolables, pero otros dependen de la dirección de las reformas organizativas que se emprenden (trabajo en equipo, integración asistencial, quién hace qué...).

En concreto, si tomamos como referencia la profesión médica, el gráfico 1 muestra los factores que determinan la forma en que la actividad médica contribuye a la provisión de la atención sanitaria y su interacción. Los elementos principales que inciden en la entrada de médicos al sistema son, de forma secuencial: el volumen de nuevos estudiantes de medicina y la cifra anual y la distribución de plazas de formación de especialistas médicos. Las vías alternativas a la especialización y la inmigración profesional son también componentes a valorar.

Figura 1: Diagrama de flujo sobre los factores que inciden en la demanda y oferta de médicos.
 Elaboración Consejería de Salud de Andalucía a partir de: *OECD Health Working Papers Nº 21: The supply of physician services in OECD countries. Simoens S and Hurst J. Paris 2006.*



Los flujos de salida se deben fundamentalmente a la jubilación, que depende, sobre todo, de la distribución etaria de la profesión médica. Deben considerarse también las bajas, fallecimientos y la emigración de profesionales. Además, puede haber médicos inactivos, bien por encontrarse en situación de desempleo, o por otras razones, incluyendo el desempeño de otras actividades no médicas. Parte de estos profesionales pueden retornar a la actividad bajo determinadas circunstancias, como puede suceder con los emigrantes a otros países o con los desempleados, si mejora el mercado laboral local.

Por otra parte, *la demanda de servicios médicos* puede ser extraordinariamente variable, no sólo por factores como la mortalidad y morbilidad de la población, el porcentaje del PIB destinado a atención sanitaria o el nivel de cobertura sanitaria de la población. Debe considerarse también el propio diseño del sistema sanitario y, singularmente, por el régimen retributivo de los médicos, la disponibilidad y el tipo de acceso a la formación médica y especializada y las condiciones laborales y de ejercicio profesional.⁵ Estas tendencias sobre el caso de los médicos pueden ser extensivas a las otras profesiones de la salud.

No debe obviarse la importancia de la *interrelación del trabajo médico con el de otros grupos profesionales*, de forma que el exceso o déficit de médicos puede modificarse sustancialmente en función del papel y competencias que otros profesionales sanitarios, en especial la enfermería, adquieran o desarrollen en ámbitos comunes de trabajo. Diversos análisis⁶ sugieren que algunos ámbitos de actividad ocupados actualmente por médicos podrían, sin merma de su calidad, desplazarse a otros profesionales sanitarios adecuadamente preparados mediante formación adicional. No obstante, no es esta cuestión de naturaleza únicamente técnico laboral; existen serias consideraciones políticas, económicas y sociales que deben tenerse en cuenta.

Por otra parte, un análisis reciente realizado en los Estados Unidos, es crítico con la metodología empleada en estudios precedentes sobre demografía médica.⁷ Sugiere que planificar sobre la base del análisis de datos desagregados sobre prevalencia de enfermedades, subgrupos demográficos o provisión de servicios es irrelevante o incluso genera confusión. Estos autores consideran que la planificación de la necesidad de médicos debe basarse principalmente en macroanálisis de grandes tendencias a largo plazo que hayan demostrado su relación con la provisión y el uso de servicios médicos. El modelo que desarrollan considera que el factor más importante que influye en el uso de atención sanitaria es el *desarrollo económico de la sociedad*. El segundo factor es el *crecimiento de la población*, que afecta directamente la necesidad de médicos. El tercero es el *rendimiento laboral de los médicos*, que está disminuyendo. Y el cuarto son los servicios proporcionados por otros profesionales sanitarios, que están aumentando. En contraste con otros análisis, este modelo predice un déficit de profesionales en los próximos veinte años en Estados Unidos, si no se incrementa el ritmo actual de formación médica.

Un número insuficiente de personal de salud compromete la oferta de atención. Pero aún habiendo suficientes profesionales y técnicos en el país, generalmente ocurre que están desigualmente

5 Blumenthal D The physician-supply debate. New steam from an old cauldron. N Engl J Med 2004; 350:1780-7

6 Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006 Issue 3

7 Richard A. Cooper, Thomas E. Getzen, Heather J. McKee and Prakash Laud Economic and Demographic Trends Signal an Impending Physician Shortage Health Affairs, 21, no.1 (2002):140-154

distribuidos geográficamente, con zonas deficitarias y otras con excedentes. Han de funcionar incentivos en el sistema para atraer a los médicos hacia los puestos menos atractivos. Para afrontar el déficit a corto plazo, algunos países permiten las reasignaciones de tareas entre especialidades (medicina general, pediatría, geriatría,...) y entre médicos y otros profesionales (oftalmólogos y ópticos; radiólogos y técnicos de radiología; médicos generales y enfermeras). Según algunos expertos, el remedio contra la segmentación sería la *flexibilización de los flujos entre especialidades*.

LA MOVILIDAD INTERNACIONAL Y EL PAPEL DE LA GLOBALIZACIÓN La movilidad internacional flexibiliza la función de oferta, en especial en el polo de atracción. En este sentido, es una solución de los mercados a la segmentación de los profesionales. Todo fenómeno migratorio responde en mayor o menor medida a dos fuerzas, una de expulsión (push) y otra de atracción (pull). La movilidad internacional ha sido un fenómeno de relevancia creciente, a la vez problema y solución.⁸

Tabla 1: Principales factores de expulsión y de atracción en la migración y reclutamiento internacional de trabajadores de salud (Fuente: Buchan et al. 2003)

Factores de expulsión	Factores de atracción
Bajos salarios (absolutos o relativos).	Altos salarios.
Pobres condiciones de trabajo. Falta de recursos para trabajar.	Oportunidades de remesas monetarias. Mejores condiciones de trabajo. Sistemas de salud con mejores recursos.
Limitadas oportunidades de carrera. Limitadas oportunidades educacionales.	Oportunidades de carrera. Disponibilidad de educación y especialización.
Impacto del HIV/AIDS. Ambiente de trabajo inestable o peligroso. Inestabilidad económica.	Protección en el trabajo. Estabilidad política. Oportunidades de viajes.

La emigración representa una amenaza a descapitalización para los países con más push que pull. Pero en perspectiva global, amplía el tamaño del mercado, mitigando la gravedad de los déficit o superávit coyunturales, permitiendo compensar los excesos de unos lugares con los déficit de otros. Mejorando, en definitiva, la capacidad de adaptación a las circunstancias del corto plazo.

⁸ Buchan J. 2006 Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In Human Resources for Health in Europe, W. European Health Observatory, ed.

En países como el Reino Unido, en 2003 dos tercios de los 15.000 nuevos colegiados eran extranjeros, y un tercio de los 71.000 médicos hospitalarios había obtenido el título de licenciatura en otro país. En 1998, en Australia el 21,3% de los médicos en ejercicio se habían formado fuera.

En un mundo crecientemente globalizado y con posibilidades de movilidad internacional de profesionales sanitarios, ningún país resulta aislado. Los déficit y superávit de unos países afectan a otros, creando tensiones migratorias. Por otra parte, no sólo la libre circulación de profesionales en la Unión Europea, sino, sobre todo, el fenómeno de la globalización,⁹ tienen efectos de tal envergadura que ya no resulta posible analizar estas cuestiones desde una perspectiva exclusivamente local, por lo que debe incorporarse una visión más amplia que contemple los movimientos de pacientes y profesionales.

La demografía, la tecnología y las innovaciones organizativas imponen cambios de necesidades de recursos humanos. Algunos cambios son exógenos e incontrolables, pero otros dependen de la dirección de las reformas organizativas que se emprenden (trabajo en equipo, integración asistencial, quién hace qué). Por el lado de la oferta, la feminización de la profesión médica y la tendencia a reducir las horas de trabajo hacen que descienda el número de médicos, medidos en equivalentes a tiempo completo. En la ecuación hay demasiadas incógnitas e incertidumbres. Lo único seguro es que será imposible acertar con seguridad.

¿CUÁL ES EL NÚMERO NECESARIO DE PROFESIONALES SANITARIOS? El análisis de las previsiones de oferta y demanda de recursos humanos de salud en el futuro, por ejemplo, no debe ocultar otras cuestiones de gran profundidad que subyacen en este debate. La pregunta de cuál es realmente el número necesario de personal de salud no tiene una única respuesta. La misma dependerá fundamentalmente de la visión que se tenga del sistema sanitario y del modelo de prestación de servicios de salud. Es el propio modelo de atención sanitaria el que condiciona fuertemente la necesidad percibida de profesionales.

Inversamente, la disponibilidad de profesionales puede condicionar de forma decisiva la provisión de la atención sanitaria y su estructuración, así como el papel relativo que jueguen en él las distintas profesiones sanitarias. Tampoco puede ignorarse el impacto que las distintas situaciones posibles pueden tener sobre la propia configuración de la profesión, de su carga de trabajo y de los elementos retributivos o de reconocimiento social y laboral.

⁹ Frenk J and Gómez-Dantés O Globalization and the Challenges to Health Systems. Health Aff (Millwood) 2002;21(3):160-5

Un estudio econométrico realizado en 1995 en Europa (OECD 1995) sugería que el gasto sanitario per cápita se asociaba positivamente al número de médicos en aquellos países en los que el sistema de remuneración de los profesionales es de pago por acto, lo que no sucedía en los que el pago era por salario o capitativo.

En una revisión sistemática de la literatura,¹⁰ se ha concluido que el sistema de pago por salario conlleva un menor número de exámenes médicos, pruebas complementarias y derivaciones que los sistemas capitativos o de pago por acto, asociándose además con más actividades preventivas, consultas más largas, menos procedimientos por paciente e incluso, en algún estudio, menor tasa de cirugía.

Existen indicadores que podemos considerar ampliamente aceptados tales como:

- Ratio de profesionales por población.
- Ratio médicos especialistas/ médicos generales/ enfermeras...
- Ratio médicos/ enfermeras.

Sin embargo, las comparaciones internacionales mediante indicadores son problemáticas porque los conceptos, métodos de medida y estándares no son fácilmente trasladables entre países. Por ejemplo, para calcular la carga de trabajo de los médicos de atención primaria se emplean tres métodos diferentes:

1. El número de pacientes por médico, en su caso ponderados por utilización o necesidad (por ejemplo edad y sexo).
2. El número de días trabajados.
3. El número de pacientes que se consulta por día trabajado.

Fijar estándares de profesionales sanitarios por población tiene la ventaja de la simplicidad, pero presenta inconvenientes. Los estándares no son valores calculados por ningún método científico, sino que son el resultado del juicio de expertos o de los propios profesionales, que muchas veces tratan de mantener su status quo. Esa simplicidad tiene inherente una serie de limitaciones tales como que no tiene en cuenta la organización de los servicios, los cambios en la productividad, la calidad de la atención.

La planificación no sólo ha de tener en cuenta el número de profesionales, sino que ha de lograr la oferta de profesionales sanitarios adecuada para cubrir sin excedentes las necesidades del país o de la región sanitaria, con los conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren para cubrir los objetivos de salud predeterminados.

¹⁰ Gosden T, Pederson L and Torgerson D. Quarterly How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. Q J Med 1999; 92:47-55

Por otro lado, se debe destacar que un mismo indicador puede haber sido construido de forma diferente en los distintos países. Es necesario conocer de forma exhaustiva qué fuentes se usan para el numerador y el denominador. Sólo de esta forma se podrá construir un indicador homogéneo y realmente comparable. Por ello, se recomienda usar el concepto de equivalentes a tiempo completo (ETC). Sin embargo la conversión de personas a ETC es una dificultad añadida. Habría que tener en cuenta:

- Horas trabajadas a la semana por los profesionales sanitarios a tiempo completo.
- Periodos de inactividad y a tiempo parcial.

Por ello, es recomendable el análisis de la productividad en el abordaje de la planificación sanitaria. Las diferencias en productividad entre médicos y entre zonas pueden ser enormes.

Para saber más... recomendamos las siguientes lecturas:

Buchan J. 2006 Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In Human Resources for Health in Europe, W. European Health Observatory, ed. Sitio: www.phac-aspc.gc.ca/php.../human_resources_for_health_in_europe.pdf

González B y Barber P ¿Hay suficientes profesionales sanitarios en España? Desequilibrios, déficits, movilidad internacional y acreditación de los médicos. Revista Humanitas n23 enero 2008
Sitio: <http://www.fundacionmhm.org/revista.html>

Imison C, Buchan J, Xavier S. NHS Workforce Planning. Limitations and Possibilities. London: King's Fund, 2009.
Sitio: <http://www.hrresourcecenter.org/node/3393>

Simoens S, Hurst J: The Supply of Physician Services in OECD Countries. OCDE Working Papers 2006, 21.
Sitio: <http://www.oecd.org/dataoecd/27/22/35987490.pdf>

EJERCICIO 1



Razones que justifican un proceso de planificación de recursos humanos

Le invitamos a que:

- Enumere y argumente las razones para abordar un proceso de planificación de recursos humanos en su organización o país. Se sugiere retomar los problemas identificados en los ejercicios del Módulo 3.

EJERCICIO 2



Sistemas de información

Le solicitamos que:

- Investigue y muestre los principales sistemas de información y condiciones institucionales en su país para la realización de la planificación de RRHH.
- Con la información disponible, construya algún indicador y medios de verificación para supervisar la aplicación y el uso del sistema nacional de información y seguimiento de los recursos humanos de salud. Para ello, le acercamos a continuación una Tabla, referida a condiciones institucionales para la planificación de recursos humanos, como herramienta de apoyo.



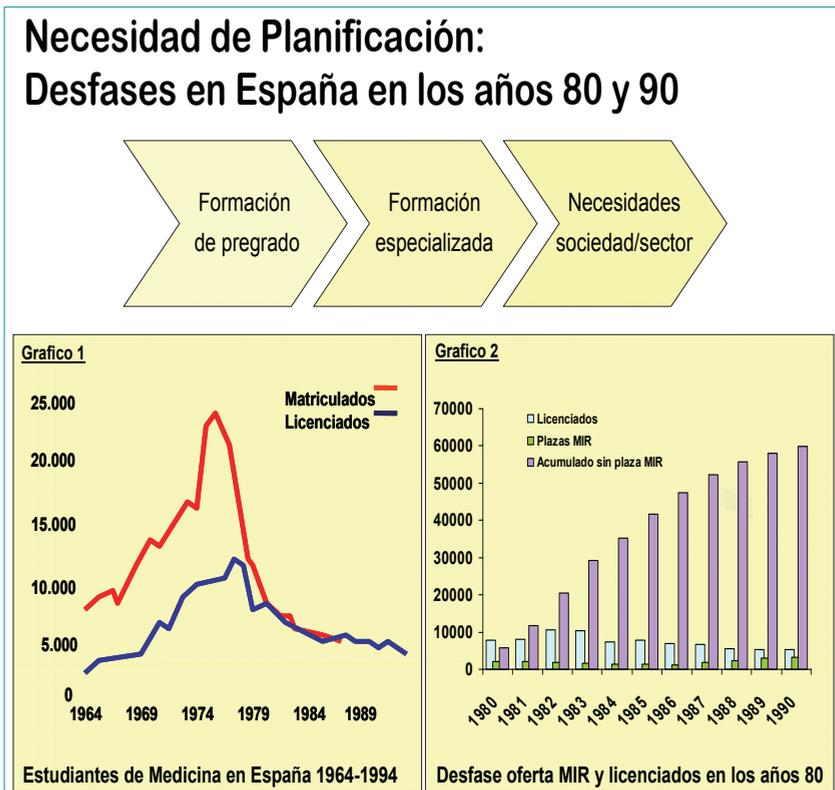
Indicador	Descripción	Plazo	Posibles medios de verificación
Existencia de una estrategia operacional nacional con objetivos, indicadores y metas explícitos para abordar la planificación y la gestión de los RH.	Formulación de una estrategia nacional de planificación y gestión de los RRHH que comprende un conjunto de indicadores y metas SMART y un plan de trabajo priorizado y presupuestado para la aplicación y el seguimiento a nivel nacional y subnacional.	Desde las fases iniciales de planificación de la estrategia nacional de RHS.	Estrategia nacional de RRHH, informantes clave (p. ej., Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación).
Existencia de un órgano consultivo para supervisar la aplicación del sistema de información y seguimiento de los RRHH con arreglo a la estrategia nacional.	Reuniones y consultas periódicas de los interesados nacionales e internacionales en el ámbito de la salud, el desarrollo y la gestión de la información para dirigir y supervisar la puesta en marcha del sistema de información y seguimiento.	Desde las fases iniciales de planificación de la estrategia nacional de RRHH.	Informes de evolución de la estrategia nacional de RRHH, informes y actas de las reuniones de los órganos consultivos, informantes clave (p. ej., ministerios, organismos, instituciones, asociaciones, ONG, iniciativas privadas).
Existencia de un mecanismo nacional funcional de coordinación para el sistema de información y seguimiento de los RRHH.	Existencia de un mecanismo nacional de coordinación con una unidad específica dotada de recursos (humanos, económicos y técnicos) suficientes para desarrollar, poner en marcha y supervisar el sistema de información.	Desde las fases iniciales de planificación del sistema de información y seguimiento de los RRHH.	Informes de evolución de la estrategia nacional de planificación y gestión de los RRHH, actas de las reuniones del mecanismo coordinador, informantes clave.
Existencia de un sistema de información sobre RRHH que se utiliza para la toma de decisiones en esta materia a todos los niveles.	Utilización regular de los contenidos del sistema de información sobre RRHH por parte de las autoridades sanitarias para orientar la toma de decisiones a nivel nacional y subnacional (p. ej., exámenes anuales de la planificación y la gestión).	Durante toda la vigencia del sistema de información y seguimiento de los RRHH.	Informes de evolución de la estrategia nacional de RRHH, informantes clave.

REVISANDO UN CASO: LA EXPERIENCIA DE ANDALUCÍA Antes de describir la experiencia de Andalucía, sería conveniente hacer una breve reflexión sobre la conveniencia de la planificación de los recursos humanos en el sector sanitario frente a la opción de la autorregulación. A nuestro juicio hay tres razones que justifican la necesidad de planificación de profesionales:

- El papel esencial de los profesionales en la provisión de la atención.
- Los graves desajustes históricos de oferta-demanda derivados de la ausencia de planificación.
- La necesidad de preservar la oferta y valores del Sistema Público de Salud.

Es evidente que los profesionales sanitarios son la clave de la provisión de servicios de salud. Incluso desde una perspectiva meramente económica, los gastos de personal son sistemáticamente el capítulo más elevado de los presupuestos de todos los sistemas de salud. En el caso de Andalucía representan casi el 50% del gasto sanitario total, situado en 9.782 M € en el presupuesto del año 2010. Parece difícil asumir que el principal capital de una organización no sea objeto de una planificación adecuada y minuciosa.

En cuanto a los desajustes históricos de oferta-demanda derivados de la ausencia de planificación, el siguiente gráfico muestra los desfases en los años 80 y 90 en España:



En España en las últimas décadas no puede decirse que haya existido un proceso serio de planificación de los recursos humanos de salud. En ello han influido diferentes factores, entre ellos la autonomía de las universidades con respecto a las decisiones sobre formación médica, y las limitaciones del poder político para su abordaje global. Por otro lado la formación de especialistas dependía fundamentalmente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. La Comisión de cada especialidad, es decir los propios especialistas, decidían qué número de especialistas debían formarse a nivel nacional. Ello llevó a una completa desconexión entre el número de plazas ofertadas para alumnos de medicina o enfermería, las plazas de las distintas especialidades y las necesidades reales del Sistema Sanitario o del conjunto de la sociedad.

Esta falta de planificación implicó que, por ejemplo en el año 1975, casi 25.000 estudiantes iniciaran la carrera de medicina y que en torno a 12.000 fueron los que finalmente finalizaron esta formación (una tasa de fracaso académico superior al 50%). Además de ser un número claramente excesivo para las necesidades de la sociedad española de la época, esta selección inadecuada acarrea sin duda un coste mayor del propio proceso formativo.

Además, la entrada de España en la Comunidad Europea en la década de los 80 motivó que se modificaran las normas nacionales para la práctica de la medicina, de forma que, para el ejercicio de la profesión, era necesario estar en disposición de un título de especialista. Como se visualiza en el gráfico 2, se produjo un severo desajuste entre número de licenciados (hasta 12.000 anuales) y las plazas de formación de especialistas médicos (1.000-1.200). Esto se tradujo en una acumulación de médicos sin especialidad y por tanto sin posibilidad real de incorporarse al mercado laboral. Por esta causa, al comienzo de la época de los 90, alrededor de 60.000 médicos estaban en desempleo, a pesar de que existía déficit en algunas especialidades, que produjo situaciones no infrecuentes de desempleo de una actividad sin estar en posesión del título oficial de especialista (los llamados MESTOS). El resultado de esta ausencia de planificación puede considerarse catastrófico: excesivo número de alumnos, elevada tasa de fracaso académico, insuficiente número de plazas de formación especializada, déficit de profesionales en algunas especialidades, elevado número de profesionales en paro y con escasas perspectivas de acceso al mercado laboral por carecer de especialidad y situaciones anómalas de desempeño profesional.

La presión social fue tan alta que, finalmente, las facultades restringieron fuertemente el acceso mediante el numerus clausus, limitando el acceso a las facultades de medicina a unos 4.800 alumnos anuales a mediados de los años 80. Este número ha permanecido estable hasta 2005. Es decir que, incluso la lógica reducción de alumnos antes mencionada se debió a un análisis reactivo ante una situación de colapso. Se redujo el número de estudiantes por el número excesivo de profesionales que había en ese momento, pero no se hizo un análisis de las posibles necesidades futuras provocadas por cambios tecnológicos, epidemiológicos y otros.

De hecho, hasta finales de los años 90 son muy escasas las referencias en la literatura especializada sobre necesidades de médicos u otros profesionales en España, y no hemos podido documentar antes de esa fecha ningún proceso riguroso de análisis o planificación elaborado por la administración sanitaria o por otras instituciones, que pudieran ser equivalentes, por ejemplo, a los informes Flexner, GMENAC o COGME en EEUU.

Puede decirse que, a pesar de la percepción social y profesional sobre la necesidad de establecer mecanismos de planificación, éstos no se desarrollaron de forma efectiva, con negativas e importantes consecuencias sociales, profesionales y laborales.

Finalmente, un aspecto esencial que debe considerarse para abordar el proceso de planificación es la razón de ser, el marco de valores y el propio modelo de sistema sanitario. Así, un contexto de un sistema sanitario como el de Andalucía, de carácter universal, público, accesible, gratuito, basado en atención primaria de salud y con vocación de extensión a todo el territorio, determina que se tomen unas decisiones en planificación y que se obvien otras. En otros casos, las prioridades y necesidades serán diferentes, cuantitativa y cualitativamente. La propia orientación hacia el medio o largo plazo exige que se consideren las demandas futuras, y a su vez permite modelar la planificación para que sea coherente con el desarrollo previsto del modelo sanitario, aunque no pueden obviarse, como veremos más adelante, las grandes tendencias socioeconómicas y su influencia sobre demanda y oferta de profesionales de la salud.

EJERCICIO 3



La experiencia de planificación de Andalucía

Para este ejercicio, le invitamos a que revise el Anexo de este Módulo, donde encontrará la información necesaria sobre el contexto social y sanitario de la experiencia en Andalucía entre los años 2008 y 2009, así como datos sobre el número, composición y distribución de los profesionales de salud.

Una vez revisado el Anexo y la experiencia previa y actual, le sugerimos que analice:

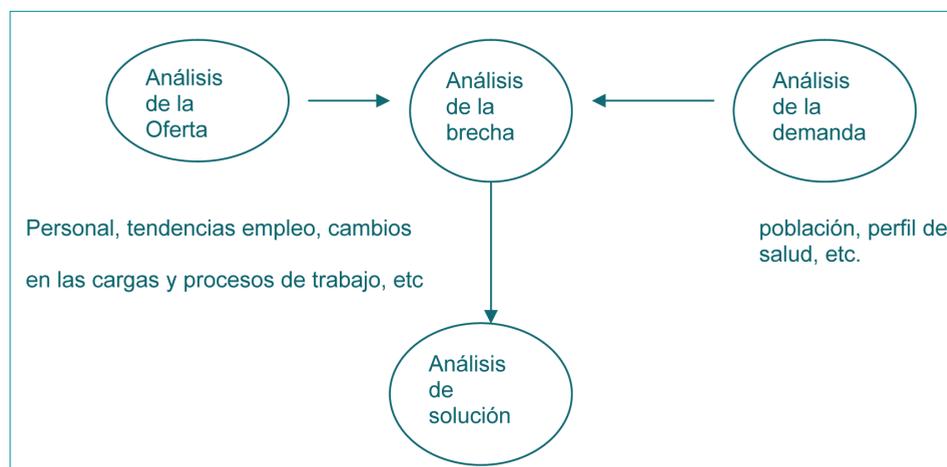
- Con respecto a la planificación antes del año 2000 ¿Qué se estaba haciendo mal?
- ¿Por qué se justifica el ejercicio sistemático del planificador sanitario en este caso?
- ¿Quiénes son los grupos de interés en el proceso de planificación?
- ¿Qué resistencias se pueden haber encontrado y cómo podrían solucionarse?

COMO YA SE HA VISTO ANTERIORMENTE, los recursos humanos son el factor más importante en la prestación de la asistencia sanitaria. De la misma forma, representa el componente en que se invierte la mayor proporción del presupuesto sanitario.

Abordaremos aquí los diferentes enfoques de proyección de recursos humanos para la salud, considerando una revisión actualizada de las bases de datos electrónicas Medline-Ovid, Embase y ERIC.¹¹

La planificación de los recursos humanos para la salud es el proceso de estimación del personal sanitario necesario para atender el servicio de salud en el futuro, según los requisitos y estrategias que se definan. Teóricamente, es esencialmente un proceso que se realiza en dos etapas (Fig. 2), aunque pueden existir pasos intermedios.

Figura 2: Pasos en el proceso de planificación de RRHH en salud



En primer lugar, se evalúa la adecuación de la oferta actual, en comparación a las necesidades actuales. Este análisis permite la identificación de los desequilibrios actuales, siempre que se consideren adecuadamente las características de la población, modelo de atención, especialidades, tipo de institución y el lugar. En segundo lugar, se realiza una previsión de las necesidades de profesionales en un determinado plazo (por lo general basada en un análisis de las tendencias de la demografía profesional y la demanda de atención de la salud) y se estima el tamaño de

¹¹ Roberfroid D, Leonard C, and Stordeur S Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? Human Resources for Health 2009, 7:10 disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/10>

la fuerza de trabajo óptima para adaptarse a los requisitos. Como se ha visto hasta ahora, una cuestión compleja y recurrente en la agenda de los planificadores es: ¿Cuál sería el número adecuado de profesionales de la salud dada la configuración actual y tendencias nacionales en servicios de salud en los próximos 10-15 años?

Para abordar la cuestión, los planificadores tienen una serie de herramientas a su alcance, pero los métodos, las ventajas y las limitaciones de estas herramientas no están claras y no siempre han estado bien valoradas. Por lo tanto, este apartado tiene dos objetivos:

- (1) Presentar una tipología de los métodos de planificación existentes, tomando la planificación del personal médico como un caso ilustrativo, y
- (2) Analizar desafíos metodológicos de estos modelos y debatir caminos potenciales de mejora.

Los métodos de planificación se clasifican en cuatro tipos:

- a. Los métodos basados en la oferta.
- b. Los métodos basados en la utilización o en la demanda.
- c. Los métodos basados en la "necesidad", según perfil de competencias profesionales, entendida ésta como estándares basados en juicio de expertos.
- d. Los métodos basados en el benchmarking (comparación de parámetros o estándares derivados de buenas experiencias).

Con la excepción del método basado en el benchmarking, estos métodos tratan de traducir las estimaciones del número de personal requerido (equivalente a tiempo completo) para, a continuación, expresar estos equivalentes como número de efectivos de salud tras la aplicación de las normas y estándares del tiempo productivo real.

Todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes. La diferencia entre estos métodos reside en la forma en que se identifican los servicios de salud requeridos. A continuación vamos a hacer un breve resumen de cada uno de ellos.

a. Los métodos basados en la oferta

Los métodos basados en la oferta o tendencia¹² son los más limitados. Se estima el personal en un momento dado y se proyecta hacia el futuro, con la hipótesis de que el nivel de recursos se mantendrá. Se busca mantener los servicios actuales y para ello se calcula el número de profesionales sanitarios necesario teniendo en cuenta cambios probables en la profesión (edad, feminización, etc.).

Este enfoque asume que las necesidades futuras de médicos tendrán que coincidir con el volumen de servicios que se suministran con una base per cápita. Este enfoque se basa en tres supuestos:¹³

- El nivel actual y distribución de los profesionales en la población son adecuados.
- La productividad de los proveedores permanece constante en el futuro.
- El tamaño y el perfil demográfico de los proveedores, de cambiar con el tiempo, lo hace de manera proyectada según tendencias observadas.

En este modelo, el cálculo de los requisitos no se basa en las necesidades de la salud de la población, sino que los recursos humanos que se requieren son aquellos que sirven para mantener o alcanzar un nivel de servicio predefinido de forma arbitraria.

Aunque conceptualmente es simple, este modelo se puede hacer más complejo. A veces se le integran parámetros de la demanda (cambios en las características demográficas). Otras veces, el modelo no se construye sólo sobre la base de un recuento simple de los proveedores, sino que puede integrar los parámetros vinculados a la productividad profesional. El modelo puede servir para crear escenarios, como cambios en la combinación de capacidades. En tales casos, el modelo es llamado por algunos autores un modelo de sustitución. Los requisitos son definidos sobre los objetivos de los servicios de salud, por ejemplo: personal requerido para ampliación de las instalaciones. El enfoque basado en la oferta ha sido utilizado en Bélgica, los Estados Unidos, Australia, Canadá y Francia.

¹² Markham, B., & Birch, S. (1997). Back to the future: A framework for estimating health-care human resource requirements. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 10(1), 7-23.

¹³ O'Brian-Pallas L, Baumann A, Donner G, Murphy GT, Lochhaas-Gerlach J, Luba M. Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;33(1):120-129.

b. Los métodos basados en la demanda o en los servicios de salud

Los métodos basados en la demanda o utilización intentan confrontar las dotaciones existentes con algún nivel deseado de demanda a satisfacer. Los enfoques basados en el uso de servicios de salud (enfoques basados en la demanda) proyectan los requerimientos futuros de servicios de salud con base en el uso actual de los servicios de salud.¹⁴ Este enfoque puede incorporar las tendencias proyectadas en los recursos humanos actuales, como datos demográficos, rotación, índices de reducción de personal, etc.

Los métodos basados en la demanda han sido utilizados con éxito para predecir el comportamiento en sistemas con mercados altamente competitivos, pero no parecen una buena opción para sistemas de salud universales, en los que priman los criterios de necesidad y el derecho a la asistencia sanitaria sobre los argumentos económicos.

Estos métodos se basan en el supuesto que la población utiliza actualmente una combinación apropiada de servicios de salud. Las necesidades futuras de servicios de salud se pueden calcular con base en tendencias previsibles en la fertilidad, mortalidad y migración de la población. Debido a que los índices de uso futuro de los servicios están estrechamente relacionados con los índices de uso actual, por lo general los objetivos proyectados de los recursos humanos para la salud permanecerían alcanzables desde el punto de vista financiero.

Este enfoque se basa en el mantenimiento del status quo y por lo tanto, quizá no aborde las deficiencias existentes en la calidad o el nivel de acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, al utilizar el status quo, el modelo no toma en cuenta los cambios futuros en los patrones de comportamiento, tendencias de empleo o factores ambientales. Finalmente, las suposiciones inexactas pueden provocar errores de cálculo considerables en las proyecciones. Este método se ha usado en Estados Unidos, Canadá y Holanda.

c. Los métodos basados en la necesidad

En los métodos basados en la necesidad, se evalúa la información demográfica y de riesgos de salud y los recursos necesarios para afrontarlos, generalmente en términos de ratios de personal respecto a la población o de tasas de crecimiento de profesionales necesarias. Por medio de

¹⁴ Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*. 2005;20(5):267-276. Disponible en: <http://heapol.oxford-journals.org/cgi/reprint/20/5/267>

estos enfoques, se pueden estimar las necesidades futuras de recursos humanos para la salud con base en las necesidades de servicios de salud pronosticadas (satisfechas y no satisfechas) de la población actual, ajustadas según edad. Además, este enfoque incorpora normas y experiencia profesionales respecto a los requerimientos de recursos humanos para la provisión de servicios de salud, con el fin de descubrir el método más eficaz en cuanto a los costos para satisfacer las necesidades de servicios de salud.

Se busca abordar todas las necesidades de servicios de salud y se basa en el supuesto que se establecerán prioridades según necesidad para el uso de los recursos. El enfoque se centra en mejorar la eficiencia de una combinación de recursos humanos para la salud para proveer servicios de salud. Además, en comparación con los demás métodos de proyección de recursos humanos para la salud, el enfoque basado en las necesidades es un tanto más fácil de explicar y comprender y, por lo tanto, puede ser de utilidad en la labor de gestión.

Las desventajas de este enfoque incluyen la necesidad de reestructurar los modelos en respuesta a los cambios en tecnología médica u otra tecnología, que alteran la eficiencia en la provisión de servicios. Adicionalmente, existen problemas potenciales al definir lo que constituye una "necesidad" en términos de cobertura y calidad. Asimismo, se puede añadir que este método no tiene en cuenta las perspectivas de los usuarios sobre la base de sus valores, cultura y tradiciones. Tampoco valora las diferentes percepciones del paciente. Por el contrario, son los distintos tipos de trabajadores de la salud, quienes pueden tener percepciones muy diferentes sobre la base de sus valores, tradiciones y juicios profesionales, los que toman las decisiones para cubrir la necesidad.

Finalmente, las proyecciones generadas por los modelos basados en las necesidades podrían estipular un número poco realista de proveedores de servicios de salud sin ajustarse a las disparidades en la distribución de los servicios, particularmente para las poblaciones desfavorecidas. Este método se ha usado en Australia para el cálculo de la necesidad de radiólogos.

d. Los métodos basados en el benchmarking

Los métodos basados en el benchmarking buscan un buen referente o "gold estándar" que se pueda considerar como ejemplo a imitar, para compararlo con la propia organización o sistema.

Los métodos basados en el benchmarking son sencillos y transparentes, ya que explicitan los estándares, pero éstos no son calculados por ningún método cuantitativo de base científica, sino el resultado del juicio de expertos o de los propios profesionales, que muchas veces tratan de mantener el status-quo.

Además, los estándares tienen el problema de su caducidad en el tiempo y de ser difícilmente trasladables de unos países a otros.

Comparación de modelos

Todas las aproximaciones tienen sus ventajas e inconvenientes, pero también en todos los casos el principal problema para la fiabilidad de los resultados es contar con fuentes de información de partida fiables y completas. La estructura de la población general, la estructura demográfica sanitaria, los recursos destinados al sector, las características epidemiológicas de la población..., son todos insumos cuyo ajuste a la realidad determinará en gran medida el éxito de la planificación.

Aunque los modelos de demanda se han utilizado con éxito para predecir el comportamiento de los mercados relativamente competitivos,¹⁵ no parece que sean una buena opción para sistemas nacionales de salud, en los que priman los criterios de necesidad y el derecho a la asistencia basados en APS sobre los argumentos económicos. La demanda como disposición a pagar y la utilización actual no pueden reflejar la necesidad de asistencia sanitaria por los problemas del sector, relacionados con la incertidumbre y la asimetría de información.

La alternativa del benchmarking no es excluyente con las anteriores. La planificación por benchmarking¹⁶ toma como referencia a otras organizaciones u otros países y busca las mejores prácticas con las que comparar la propia organización con el fin de que pueda ser más eficaz. Con este enfoque metodológico se evaluó el futuro de los médicos generales en EEUU.¹⁷ Tiene la ventaja de la transparencia (se explicitan los estándares), pero el inconveniente de asumir un gold standard que podría ser discutible.

Cuando hay estándares establecidos por consenso, como ocurrió con los del Council for Graduate Medical Education (COGME) en EEUU a principios de los años 80, es sin duda un método adecuado para evaluar los desajustes entre oferta y demanda. Sin embargo, mirando hacia atrás se descubre la caducidad de las predicciones, y que el futuro ya no es lo que era pues los estándares y predicciones del COGME se vieron desbordados por la realidad. En lugar de llegar a los noventa con exceso de especialistas, hubo déficit, agravado por las prescripciones reduccionistas de la propia predicción.¹⁸

15 Rizza RA, Vigersky RA, Rodbard HW, Ladenson PW, Young WF Jr, Surks MI, Kahn R, Hogan PF. A model to determine workforce needs for endocrinologists in the United States until 2020. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003 May;88(5):1979-87. Disponible en <http://jcem.endojournals.org/cgi/reprint/88/5/1979>.

16 Goodman DC, Fisher ES, Bubolz TA, Mohr JE, Poage JF, Wennberg JE. Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA.* 1996 Dec 11;276(22):1811-7.

17 Lurie JD, Goodman DC, Wennberg JE. Benchmarking the future generalist workforce. *Eff Clin Pract.* 2002 Mar-Apr;5(2):58-66.

18 Fye W. Bruce Cardiology's Workforce Shortage: Implications for Patient Care and Research. *Circulation.* 2004;109:813-816.

Un método de planificación ideal debería ser capaz de integrar la planificación de todos los profesionales sanitarios, tener en cuenta la distribución geográfica y manejar modelos predictivos de la demanda o necesidad más sofisticados de los que suelen utilizarse actualmente.¹⁹ En la tabla que se muestra a continuación se muestra una comparación de los cuatro modelos:

Un panorama de los enfoques de proyecciones de Recursos Humanos de Salud (Roberfroid D., 2009)

Estrategia de Proyección	Conceptos	Fortalezas	Limitaciones	Experiencia en Países
Modelo basado en la Oferta.	Proyectar el número de profesionales requeridos para responder a los servicios actuales, dados un conjunto de cambios deseados en la profesión o categoría ocupacional.	Puede proyectar el número de profesionales a 10-15 años con cierta seguridad (¿?).	Mantiene sin cambios la actual relación profesional a población, que es asumida como adecuada. No considera la evolución de la demanda.	USA (13-17). Australia (18). Canadá– Nueva Escocia (21).
Modelo basado en la Demanda.	Proyectar el número de profesionales que se requiere para responder a los servicios actuales, considerando cambios deseados previstos en la demanda (principalmente envejecimiento de la población y variaciones del PBI).	Puede anticipar cambios en las prácticas sanitarias (como por ejemplo, cambios en las técnicas quirúrgicas, nuevos medicamentos) y en el sistema de salud.	Mantiene sin cambios la actual utilización de servicios. Asume que los médicos son los principales actores de la atención y que todos los cuidados que realizan son útiles. No tiene en consideración la demanda por servicios no curativos (prevención, investigación, promoción) ni cambios futuros. Requiere una gran cantidad de datos e información.	USA (14,31-33). Canadá (10,11,26).

¹⁹ Bloor K. and Maynard A., Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach: An International Comparative Review. 2003, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.

Estrategia de Proyección	Conceptos	Fortalezas	Limitaciones	Experiencia en Países
Modelo basado en Necesidades.	Proyectar el número de profesionales necesarios para proveer atención adecuada a una población futura.	<p>Se basa en un enfoque normativo y evita que se mantengan sin cambios patrones de utilización de personal que generan inequidades e ineficiencias.</p> <p>Puede incluir en el modelo y en el proceso de estimación necesidades insatisfechas.</p>	<p>Requiere de un conocimiento detallado de los servicios de salud individuales según condiciones específicas.</p> <p>No tiene en consideración cambios y desarrollo tecnológicos en la organización de los servicios.</p> <p>No se cumple necesariamente la premisa que los recursos para la atención de salud serán utilizados de acuerdo a determinados niveles relativos de necesidad.</p> <p>Ignora la cuestión sobre la eficiencia en la asignación de recursos entre diferentes sectores y grupos sociales.</p>	<p>USA (33,36).</p> <p>Canadá-Ontario (10,11,50).</p> <p>Australia (30).</p>
Modelo basado en Benchmarking.	Refiere al mejor estimado disponible actual sobre una adecuada fuerza de trabajo.	Realista.	<p>Es válido solamente si las comunidades y los modelos y planes de atención son comparables (por ejemplo aspectos demográficos y parámetros del sistema de salud).</p> <p>Con frecuencia no se documenta adecuadamente la metodología de extrapolación (por ejemplo, criterios no claros para seleccionar el benchmark).</p>	<p>USA (13,33,37,40).</p> <p>Australia (30,39).</p>

SUGERENCIAS PARA SELECCIONAR UN MODELO DE PROYECCIÓN Estos métodos fracasan si no se tiene en cuenta los efectos de competencias compartidas, el potencial de sustitución de los profesionales de la salud y las tareas que pueden ser realizadas por diferentes categorías profesionales sanitarias.²⁰ La planificación, como se viene manifestando a lo largo de los Módulos, debe adoptar un enfoque más integrado y considerar el potencial de la redistribución de tareas entre profesiones de la salud, la movilización de la comunidad y la integración de recursos externos a los planes nacionales.

Para seleccionar un enfoque de proyección o de pronóstico es necesario reflexionar deliberadamente, considerando que el tipo de modelo que se utilizará puede influir considerablemente en los resultados y recomendaciones. Por ejemplo, en un estudio para calcular los requerimientos de los recursos humanos de enfermería en Canadá, a través de un modelo basado en las necesidades, se estipuló una necesidad proyectada de 70.808 enfermeras, mientras que con un modelo basado en el uso de servicios de salud, que se valió de los mismos datos, se proyectó una necesidad de 112.000 enfermeras.

Cualquiera que sea el método, el principal problema para la confiabilidad de los resultados es contar con fuentes de información fiables y completas: estructura demográfica de la población, estructura demográfica del personal de salud, recursos destinados al sector, características epidemiológicas de la población, etc. La mayoría de los países carecen de un sistema de información armonizado que se encargue de reunir, procesar y difundir puntualmente información completa sobre el personal sanitario, lo que incluya a los efectivos, la distribución, los gastos y los determinantes del cambio.

Se está prestando cada vez más atención, a nivel nacional e internacional, a la necesidad de disponer de datos nuevos y mejores para planificar y supervisar el desarrollo de los RHS en su calidad de parámetro básico del fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin embargo, en muchos países, la información sobre el personal sanitario está fragmentada, es insuficiente y no llega con puntualidad. Las estadísticas generadas por diversas fuentes son objeto de una difusión pública limitada y en general se utilizan poco. Además, incluso en países en los que se dispone de datos fiables y de calidad, no siempre se emplea esta información para la toma de decisiones.

²⁰ Birch S, O'Brien-Pallas L, Alksnis C, Murphy G, Thompson D. 2003. Beyond demographic change in human resources planning: an extended framework and application to nursing. *Journal of Health Services Research and Policy* 8: 225-9.

En el Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009) puede revisarse el capítulo correspondiente de seguimiento de la fuerza laboral sanitaria activa: indicadores, fuentes de datos y análisis ilustrativo.²¹

En el caso de Andalucía, aunque existen fuentes de información relativas a los profesionales que trabajan en el Sistema Sanitario Público, se ha generado un registro obligatorio, tanto para los trabajadores de la salud públicos como privados. El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía aprobó la creación de este Registro de Profesionales Sanitarios mediante un decreto. Estará ubicado en la Consejería de Salud y recogerá datos actualizados tanto del ámbito público como del privado, a fin de mejorar la planificación de los recursos humanos y facilitar a los ciudadanos información de interés para ejercer su derecho a la libre elección de profesionales sanitarios. En él, se establecen los requisitos mínimos del resto de los registros que obligatoriamente tendrán que implantar los consejos y colegios profesionales sanitarios.

Se puede consultar el conjunto mínimo de datos que lo integran en <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2008/154/d/26.html>

Para saber más..., recomendamos las siguientes lecturas:

Roberfroid D, Leonard C. and Stordeur S Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health* 2009, 7:10

Sitio: <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/10>

Acceso marzo 2011

Reflexione y debata...

- ¿Qué mejoras pueden introducirse en el método basado en la demanda?
- ¿Qué mejoras pueden introducirse en el método basado en las necesidades?

²¹ Organización Mundial de la Salud Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud Ginebra 2009 disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243547701_spa.pdf

SEGÚN EL INFORME DE LA OCDE, hay una clara tendencia alcista de la demanda de médicos para los próximos 20 años, que agravará el déficit actual.²² Es interesante señalar que numerosos países europeos ya presentan esos problemas. Sólo en Francia, hay más de 3.000 vacantes de médicos sin cubrir en el sector público, lo mismo que en Alemania, lo que probablemente refleja un crecimiento global de la demanda. Otros países como Bélgica, Dinamarca, Irlanda y Portugal también tienen déficit de médicos y enfermeras.

Tabla: Déficit de profesionales en algunos países de la UE. Fuente: HOPE Study Group 2004

País	Fecha	Déficit identificado
Inglaterra	2003	1.264 plazas vacantes sin cubrir de médicos de hospital y dentistas.
Francia	ND	3.000 médicos en sector público.
Alemania	ND	3.000 plazas de médicos sin cubrir.
Suecia	ND	800-1.000 Médicos especialistas.
Finlandia	2002	911 Médicos de hospital y 381 médicos de familia.
Holanda	ND	5% de médicos especialistas.
Hungría	2001	2.727 plazas vacantes de médicos sin cubrir.

En respuesta, muchos países están incrementando la oferta de plazas en las facultades de medicina. Las políticas de los países deficitarios son de reclutamiento, de inmigración, de retención (mejora condiciones laborales, retrasar la edad de jubilación y de mayor productividad). Una solución a corto plazo para que los mercados ganen flexibilidad es la movilidad internacional, que está aumentando, particularmente para la formación de postgrado. Ello genera problemas de equidad internacional. Las políticas efectivas de retención se basan en mejorar las condiciones de trabajo, la flexibilidad horaria y las oportunidades de carrera profesional y de formación continuada. Según el referido informe, estas políticas son las más débiles en un gran número de países.

Revisiones recientes realizadas en los Estados Unidos²³ sugieren que no se han cumplido las previsiones que auguraban un importante exceso de médicos en el año 2000 (COGME 1994). Por el contrario, existen importantes dificultades para cubrir puestos en ciertas especialidades, como obstetricia y ginecología, psiquiatría o medicina de familia, en las que se calcula que el 20% de

22 Simoens S, Hurst J: The Supply of Physician Services in OECD Countries. OCDE Working Papers 2006, 21.

23 Salsberg ES and Forte GJ. Trends in the Physician Workforce 1980-2000. Health Aff (Millwood) 2002;21(5):165-73 disponible en <http://content.healthaffairs.org/content/21/5/165.long>

las plazas están vacantes; así como en las áreas rurales, donde el 42% de los centros de salud refieren grandes dificultades para contratar médicos de familia.²⁴

En los Estados Unidos, el debate sobre las necesidades de médicos tiene una larga historia que se remonta al menos al año 1910, fecha de publicación del informe Flexner. Recientemente se ha revisado la misma²⁵ con un intenso debate sobre el exceso o déficit de médicos en EEUU.

EXPERIENCIAS DE PLANIFICACIÓN INTERNACIONALES La gran mayoría de las acciones, revisiones e informaciones acerca de la situación de exceso o déficit de personal de salud así como de las experiencias de planificación refieren al caso de los profesionales médicos. Es lo que más se ha trabajado y sistematizado, con una gran laguna aún vigente acerca de otros profesionales y técnicos de la salud. Ello constituye una importante deuda, dado que el desarrollo y sostenimiento de los sistemas de salud y, en particular, de la estrategia de APS, dependen en gran medida del trabajo en los equipos multiprofesionales de salud.

Para el análisis de la experiencia planificadora de diferentes países nos vamos a basar en dos revisiones internacionales disponibles: Mable & Marriott (2001)²⁶ y Bloor & Maynard (2003),²⁷ así como el proceso de planificación de Canadá según el informe Fooks (2002).²⁸ Mable y Marriott cuentan la historia de la planificación como una historia de fracasos, pues o no han tenido en cuenta los cambios tecnológicos en la medicina y en su organización, o bien han sido instrumentos para legitimar el statu quo, definiendo estándares a partir de las dotaciones del momento. Revisan las experiencias de planificación en seis países: Alemania, Países Bajos, Australia, Nueva Zelanda, EEUU y Reino Unido. En cada uno de ellos una institución u organismo es el encargado de estudiar el problema y hacer recomendaciones de regulación al gobierno.

24 Forrest CB. Strengthening primary care to bolster the health care safety net. *JAMA* 2006;295:1062-4.

25 Blumenthal D The physician-supply debate. New steam from an old cauldron. *N Engl J Med* 2004; 350:1780-7.

26 Mable A, Marriott J. Steady State. Finding a sustainable balance point. International Review of Health Workforce Planning Health Human Resources Strategies Division. Health Canada, 2001. (Acceso el 5 de marzo de 2011.) Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/2002-steadystate-etatstable/index-eng.php>.

27 Bloor K. and Maynard A., Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach: An International Comparative Review. 2003, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa.

28 Fooks C; Duvalko K; Baranek P; Lamothe L; Rondeau K. Health human resource planning in Canada: physician and nursing work force issues. Ottawa: Canadian Policy Research Networks, 2002 disponible en http://cprn.org/documents/14878_en.pdf.

Alemania

En Alemania se define déficit como aquella situación en la que hay menos del 75% de los médicos generales necesarios o menos del 50% para el caso de los especialistas. Se produce superávit cuando sobran el 10% o más de los efectivos que se necesitan (en este caso se prohíbe entrar en el mercado nuevos médicos). En este país, las asociaciones regionales y locales de médicos y las compañías aseguradoras definen las reglas de planificación usando únicamente estándares poblacionales, que posteriormente son aprobados por el Ministerio de Salud. Cuando se detectan desequilibrios, el Comité Regional analiza el caso (actividad, productividad, estructura de edad, características demográficas de la población) y toma decisiones.

Países Bajos

Las asociaciones profesionales tienen voz en las decisiones de entrada a la especialización, pero las plazas de médicos residentes se determinan en último término por el gobierno. En 1999, éste creó una unidad de planificación tripartita (grupos profesionales, compañías de seguros e instituciones educativas) que emite recomendaciones anuales sobre el número de médicos a formar y analiza la demanda y la oferta con un horizonte temporal entre 10 y 20 años. El Instituto Nacional de Investigación en Servicios de Salud (NIVEL) presta un importante apoyo técnico.

Australia

Australia estableció el Comité Asesor Médico Australiano (AMWAC) en 1995 para proporcionar informes a los Ministerios de Salud de Australia. Es un país con una larga tradición planificadora. Este Comité trabaja con un gran número de agencias gubernamentales e institutos y facultades de medicina, así como con varias organizaciones médicas. Sobre la base de un marco estratégico, AMWAC llevó a cabo un número de estudios relacionados con planificación del personal médico (el papel de la inmigración, las tendencias en educación médica, los cambios en los estudiantes de medicina, la feminización de las profesiones sanitarias..., y evaluaciones sobre el déficit o superávit de profesionales sanitarios en diferentes disciplinas). Australia exige un seguimiento del proceso planificador para garantizar que las recomendaciones se están poniendo en marcha y para revisar y monitorizar cambios imprevistos o problemas, por lo menos cada cinco años, en la situación de los recursos humanos de salud. Australia también ha realizado ajustes en la estructura organizativa y en las políticas para que se constituyan equipos multidisciplinarios de recursos humanos de salud. Este seguimiento les permite realizar cambios cuando se producen cambios en la oferta y la necesidad. También se encuentra conectada la planificación del personal sanitario al servicio planificación para todas las especialidades médicas.

Nueva Zelanda

Al igual que el caso anterior, constituyó un Comité Asesor (HWAC) en el año 2000 con el objetivo de coordinar la planificación de los RHS y está en el proceso de realizar una nueva legislación para regular los profesionales de la salud.

EEUU

Aunque este país tiene una tradición de organización sanitaria liberal, ha sido pionero en la regulación de los profesionales sanitarios. El Gobierno federal asume la responsabilidad de planificar y corregir los desequilibrios en la distribución de médicos. También el Gobierno federal genera información actualizada sobre profesionales y trabajadores acreditados disponibles y ocupados, sobre salarios, población atendida, infraestructura y otras variables. De la misma forma, ha generado una guía sobre los datos mínimos que deben recoger los estados.

Los estados planifican y contribuyen a financiar la formación, dan las licencias para ejercer y regulan la práctica. Los estados también ponen en marcha las políticas para aumentar el acceso a la profesión (financiar la oferta, ofertar becas...). Una comisión específica para médicos posgraduados (COGME) lleva décadas emitiendo informes predictivos sobre la evolución futura de los médicos y aconsejando sobre líneas de acción. El último informe es de diciembre de 2010 sobre el número y regulación de los médicos de atención primaria.

Reino Unido

En 1999, decidió realizar un viraje en su planificación, para que ésta tuviera un enfoque más global y no realizarla segmentada por profesiones y especialidades. El objetivo era potenciar el trabajo en equipo interprofesional, la planificación centrada en el paciente, modernizar la educación y la formación, desarrollar carreras nuevas y flexibles y aumentar la fuerza de trabajo para satisfacer las demandas futuras. La planificación tiene un enfoque de abajo hacia arriba. Se formulan planes locales y regionales, que se agregan posteriormente a nivel regional.

Canadá

Es otro país con gran tradición planificadora y con una larga historia de descentralización. Desde hace más de 20 años, existe un Comité Asesor de Recursos Humanos en Salud (ACHHR) en el que participan representantes de las provincias y del Gobierno federal. Este Comité tiene dos comisiones especializadas, una para predecir escenarios futuros y otra que ha desarrollado un marco de objetivos, principios, guías de trabajo y directivas estratégicas de planificación. Cada provincia elabora sus prioridades e informes de planificación de su territorio, tomando el resto de Canadá como referencia.

La otra revisión de experiencias internacionales (Bloor y Maynard 2003) compara los métodos, estándares y resultados para Australia, Francia, Alemania, Suecia y el Reino Unido, los respectivos puntos fuertes y limitaciones. A continuación se transcribe la tabla resumen comparativa tomada de González y Barber 2007, según la cual los países abordan la planificación segmentada (médicos por un lado, enfermeras por otro) faltando un enfoque integrado que relacione, con interacciones, las profesiones sanitarias. Esto es lo que está intentando abordar el Reino Unido.

Experiencias internacionales de planificación de médicos. Organismos responsables

Alemania	Comité Federal de médicos y Fondos del Seguro de Salud. Planificación en cascada, de arriba (nivel federal) abajo (regiones). Horizonte 5 años.
Países Bajos	Unidad de planificación tripartita (1999). Existe representación de las asociaciones profesionales, compañías aseguradoras y universidades.
Australia	Comité asesor (AMWAC) del Ministerio de Salud desde 1995. Papel activo en todo el proceso planificador.
Nueva Zelanda	Comité Asesor desde el año 2000.
EEUU	National Centre for Health Workforce Information.
Reino Unido	Planificación de abajo (Health Care trusts) arriba.
Canadá	National Workforce Planning Organization y organizaciones por provincias.

Fuente: referenciado en González y Barber 2007 de Mable & Marriott 2001

Los métodos de predicción de la oferta suelen ser más sofisticados y fiables que los de predicción de la demanda o la necesidad, que se suelen basar en la oferta de personal de salud y en los cambios previstos por jubilaciones. Suele establecerse una ratio (por ejemplo, un médico general por 1.800 habitantes en el Reino Unido) y mantenerse en el tiempo, o bien basar las predicciones de evolución de la demanda en porcentajes de crecimiento anual determinados por expertos. Según el informe COGME 2005 y con horizonte a 2010, el referido Consejo abandona la ratio simple de médicos por población, empleando modelos predictivos más sofisticados y análisis de sensibilidad para obtener, no un único valor deseado del número de médicos, sino un intervalo.

Además, plantea escenarios alternativos sobre la evolución futura del sistema de salud y de la medicina, con distintos resultados. Estiman la necesidad de médicos a partir de la utilización actual por parte de los asegurados, suponiendo que los no asegurados tuvieran la misma intensidad de uso, bajo la hipótesis de extensión de la cobertura a toda la población.

No obstante, se ha presentado evidencia muy clara de que las áreas geográficas benchmark a imitar en EEUU, no son precisamente las que más gastan ni más recursos emplean (Fisher & Welch 1999). La hipótesis de reducción del tiempo de trabajo médico se baraja por los planificadores de EEUU, Canadá y Australia.

Los pronósticos de varios países son de un horizonte deficitario, por lo que se recomienda aumentar el número de plazas en las facultades de medicina, aumentar el número de plazas de formación de médicos especialistas.

Las medidas de planificación de los distintos países para paliar el déficit de médicos inciden en alguno o varios de los siguientes aspectos:

- Aumento del número de estudiantes que acceden a los estudios.
- Favorecer el reclutamiento de profesionales de otros países, con los consiguientes problemas de equidad internacional.
- Establecer políticas de retención o fidelización (mejora de condiciones laborales, sistemas de carrera profesional, retrasar la edad de retiro, etc.).
- Establecer medidas que aumenten la productividad de los profesionales.

Las experiencias internacionales de planificación muestran las siguientes conclusiones:

- El uso de estándares no garantiza precisión ni fiabilidad en los resultados. Los estándares varían mucho entre países.
- Conviene hacer análisis de sensibilidad y plantear resultados bajo escenarios alternativos, para gestionar científicamente la incertidumbre.
- Conviene dejar algún margen de holgura en la definición de déficit y de superávit.

De las experiencias internacionales, pueden extraerse algunas reflexiones sobre los fracasos en la implementación de la planificación de recursos humanos en salud. Este es el caso de Canadá (Fooks 2002). En el informe emitido por la directora de las Redes de salud del Canadian Policy Research Networks Inc. se enuncian las dificultades para la implementación de propuestas resultantes de los procesos de planificación, entre ellas cabe destacar:

- La planificación de recursos humanos de salud ha sido tratada como una política aparte y no se ha vinculado a otras iniciativas de reforma.
- A menudo se ha perdido el enfoque integral.
- El enfoque de la política a la atención de la salud, y por lo tanto los recursos humanos vinculados a los servicios salud, es una mezcla de las fuerzas del mercado y los mecanismos públicos de control y regulación.
- La planificación de recursos humanos de salud se ha centrado en el lado de la oferta, con especial atención en el proveedor de servicios en lugar de comenzar con las necesidades de salud de la población.
- El número de actores involucrados exige un gran esfuerzo para lograr acuerdos y una demora temporal hasta la aplicación de la propuesta consensuada.
- El marco legislativo en las diferentes regiones marca diferentes umbrales para obtener la licencia para la práctica asistencial.
- La rendición de cuentas de los recursos humanos de salud son difusas y no hay ningún mecanismo de coordinación para aunar esfuerzos.
- Se requiere liderazgo para comenzar una discusión coordinada sobre los requisitos del futuro y es necesaria a nivel nacional en interés de toda la población.

Para saber más..., recomendamos las siguientes lecturas:

Bloor K. and Maynard A., *Planning Human Resources in Health Care: Towards an Economic Approach: An International Comparative Review*. 2003, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa

Diagnóstico de situación en su país

Realice un análisis del estado de situación de la planificación de recursos humanos en salud de su país. Para ello, trate de completar la siguiente tabla.

Puede apoyarse en la revisión de la Tabla Herramienta, que se agrega en las páginas siguientes:

	País
Control de la oferta de trabajadores.	
Predicción de la demanda de trabajadores.	
Planificación de la distribución geográfica de los trabajadores.	
Planificación integrada de todos los tipos de trabajadores.	
Sensibilidad para planificar los trabajadores en función de los cambios en la necesidad del sistema sanitario.	
Proceso de planificación y previsión.	
Déficits y superávits. Cómo se definen y cuáles son los límites.	
Equidad geográfica.	
Logros en cuanto a la productividad de los trabajadores.	
Intentos de influir en los resultados/productividad con incentivos.	
Cambios en las políticas de planificación de recursos humanos.	

Para apoyo a la actividad anterior, le acercamos unas Tablas herramientas en las próximas páginas, incluyendo informaciones comparativas de diversos países.





	AUSTRALIA	FRANCIA	ALEMANIA	SUECIA	REINO UNIDO
Control de la oferta de trabajadores	Sí: el gobierno controla la entrada en la universidad	Sí: control centralizado con "números clausus" en el 2º curso	No hay planificación centralizada: los hospitales planifican su propia plantilla	Sí: control centralizado de la entrada en la universidad	Sí: control centralizado de la entrada en la universidad
Predicción de la demanda de trabajadores	Previsión basada en el número de médicos existentes y la futura demanda en el sector	Previsión basada en el número de médicos existentes y la futura demanda en el sector	No	Poca. Cada municipio se responsabiliza de las políticas sobre fuerza de trabajo de profesionales	Previsión basada en el número de médicos existentes y la futura demanda y gastos del sector
Planificación de la distribución geográfica de los trabajadores	Inadecuada	Inadecuada	Alguna: planificación de los hospitales pero no de los empleados en ellos	Alguna: políticas de un médico de atención primaria a tiempo completo por 2000 habitantes	Inadecuada: Indirectamente a través de la financiación a los hospitales, insuficiente en atención primaria
Planificación integrada de todos los tipos de trabajadores	Inadecuada, pero en proceso de desarrollo	No clara	No	No clara	Inadecuada, pero en proceso de desarrollo
Sensibilidad para planificar los trabajadores en función de los cambios en la necesidad del sistema sanitario	No clara	No clara	Enfoque basado en el mercado: algo de flexibilidad	No clara	No clara
Proceso de planificación y previsión	La planificación de los RRHH se considera "altamente exitosa" en términos de provisión de médicos, de participación de los implicados, del desarrollo de métodos y de la recogida de datos	No clara valoración del sistema	No planificación y previsión	No clara valoración del sistema	No clara valoración del sistema
Déficits y superávits	Déficit en algunas especialidades médicas. Posible superávit en medicina general. Ciclos de superávit y déficit en	No adecuado el número de especialistas creando desequilibrios: escasos psiquiatras y anestesistas, alguna	Los sindicatos pueden identificar déficit, al igual que el gobierno federal, pero apenas hay mecanismos de	La expansión del sistema de salud público generó déficit desde los años 60. Déficit en medicina de	Insuficiente planificación de médicos especialistas, creándose déficit en algunas especialidades. Informes

	AUSTRALIA	FRANCIA	ALEMANIA	SUECIA	REINO UNIDO
	enfermeras, pero no hay buena documentación sobre esto	escasez de enfermeras, agravado por las 35 horas de trabajo a la semana	intervención	familia y en atención primaria	recientes de déficit de médicos de atención primaria
Equidad geográfica	Desequilibrios entre zonas rurales y urbanas	Desequilibrio entre áreas geográficas	Desequilibrio entre áreas geográficas	Desequilibrio entre áreas geográficas	Desequilibrio entre áreas geográficas de médicos de atención primaria
Logros en cuanto a productividad de los trabajadores	No valorados sistemáticamente	No valorados sistemáticamente	No valorados sistemáticamente	No valorados sistemáticamente	No valorados sistemáticamente
Intentos de influir en los resultados/productividad con incentivos	Los médicos son remunerados por acto. Problema: puede inducir tratamientos innecesarios y resistencias al traspaso de responsabilidades a otros profesionales	Pago por acto en sector ambulatorio (posiblemente para desincentivar derivaciones al especialista, pero la provisión está dominada por los hospitales)	Los médicos son remunerados por acto. Problema: puede inducir tratamientos innecesarios y resistencias al traspaso de responsabilidades a otros profesionales	Pagos por salarios. Uso muy limitado de incentivos financieros a los médicos	Pago por salario y caritativo. Recientemente se paga por acto a algunos cirujanos con el objeto de reducir las listas de espera
Cambios en las políticas de planificación de los recursos humanos	La AHWAC puso en marcha un enfoque estratégico de planificación global de las profesiones sanitarias, pero con pocos logros de momento. La planificación de los médicos se sigue haciendo aisladamente y es la dominante	Recientes cambios de política con el objeto de limitar el número de trabajadores y así limitar los aumentos del gasto	No importantes cambios	Preocupación actual sobre la inminencia de déficits por motivos demográficos (la generación del "baby-boom" está a punto de retirarse)	Intentos de estrategias globales de planificación integrada de todos los RRHH para la salud, pero con pocos logros de momento

Fuente: Bloor y Maynard (2003)





FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

	AUSTRALIA	FRANCIA	ALEMANIA	SUECIA	REINO UNIDO
Fortalezas	<p>Desarrollo de bases de datos a nivel nacional</p> <p>Intentos de formular e implantar estrategias nacionales</p> <p>Colaboración con los profesionales médicos</p>	<p>Se ha conseguido un control global del número de médicos</p>	<p>Buena educación básica de médicos y enfermeras</p> <p>Crecimiento en el número de nuevos grupos de trabajo con el objeto de flexibilizar el enfoque de mercado</p> <p>La formación continua de los médicos puede ser mejorada</p>	<p>Recursos humanos planificados y organizados localmente, gracias a las competencias municipales</p> <p>Los municipios tienen incentivos para reclutar y retener al personal</p>	<p>Se están refinando los métodos de planificación de los RRHH para la salud</p> <p>La planificación de los RRHH quedó desestabilizada por el gran incremento de los gastos en el sistema nacional de salud, y las consecuentes decisiones de incrementar el número de estudiantes de medicina en la Universidad</p> <p>No hay una planificación integrada</p>
Debilidades	<p>Problemas para reconocer el papel de los incentivos</p> <p>Desigualdad geográfica en la distribución de médicos y otros profesionales</p> <p>Problemas para definir la "buena práctica" y para considerar cambios relacionados con la tecnología, la organización y financiación</p> <p>No se hace Investigación en Servicios Sanitarios, y falta apoyo económico en la planificación de los trabajadores</p>	<p>Los enfoques -no económicos- de control del gasto son inadecuados. Se controla el precio, pero no del volumen</p> <p>Los médicos y enfermeras tienen remuneraciones relativamente bajas. Incrementan su actividad para compensarlo</p> <p>Pocos estudiantes de medicina y enfermería</p> <p>Desigualdad geográfica en la distribución de médicos y otros profesionales del sector</p>	<p>Naturaleza jerárquica de hospitales: insuficiente colaboración entre médicos y enfermeras</p> <p>Desigualdad geográfica en la distribución de médicos y otros profesionales del sector</p>	<p>Desigualdad geográfica en la distribución de médicos y otros profesionales del sector</p> <p>La población escasa de las áreas rurales tienen déficit de médicos de atención primaria</p>	<p>Inflación salarial significativa</p>

Fuente: Bloor y Maynard 2003

LA FORMULACIÓN DE LAS POLÍTICAS y estrategias nacionales sobre los recursos humanos para la salud requiere una planificación basada en la evidencia con el objetivo de poner en práctica las decisiones. Existe una gama de herramientas y recursos para ayudar a los países en la formulación de un plan a nivel nacional de carácter estratégico para el desarrollo de los recursos humanos de salud.

Estos planes suelen incluir objetivos a corto y largo plazo. Deben incluir los costos estimados para la ampliación de la educación y formación de los profesionales de la salud, la reducción de los desequilibrios de la fuerza laboral, el fortalecimiento del desempeño del personal y la mejora de la retención del personal, además de ser armonizadas con estrategias más amplias para el desarrollo social y económico.

En este último tramo del Módulo, buscaremos hacer un balance de los métodos y herramientas disponibles para realizar las proyecciones que se requieren para la planificación del personal y describir los procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo este ejercicio. Esta revisión no pretende ser exhaustiva, sino ilustrativa de las herramientas y los recursos disponibles y de uso común en los países (OMS 2010).²⁹

SELECCIÓN DE MODELOS Y HERRAMIENTAS Existen una serie de modelos de proyección de la fuerza laboral de salud incluyendo aplicaciones informáticas de uso libre. Cada uno de estos modelos parte de una serie de especificaciones relativas a los servicios y personal existentes en el sistema de salud a analizar. A partir de esta información, se construye un caso para el futuro, con escenarios diferentes sobre las necesidades de personal. Los modelos más ampliamente utilizados en países de bajos y medianos ingresos son:

Modelo de proyección de recursos humanos de la Organización Mundial de la Salud

Es un paquete diseñado para apoyar la planificación a largo plazo del personal la salud (OMS, 2001).³⁰ Esta aplicación es una hoja de cálculo que ofrece diversas opciones que dependen de la capacidad técnica existente en el país y de las decisiones políticas, incluyendo las ratio de profesionales por población y basado en las necesidades.

Desarrollado por Thomas Hall, es uno de modelos de proyección más potentes y útiles de los software libres disponibles actualmente. Proporciona un cálculo automatizado de los efectos de

²⁹ World Health Organization Models and tools for health workforce planning and projections Geneva 2010 disponible en <http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/index.html>.

³⁰ World Health Organization (2001). Human Resources for Health: models for projecting workforce supply and requirements. Geneva, WHO (<http://www.who.int/hrh/tools/models.pdf>).

los cambios entre los elementos vinculados. Debido a la capacidad del software, las simulaciones de escenarios alternativos institucionales de desarrollo y dotación de personal se pueden realizar fácilmente, mejorando la capacidad de las autoridades de salud para explorar preguntas del tipo “¿y si...?” El modelo se ha utilizado para apoyo de planificación de plantillas de la salud en varios contextos.³¹

El desarrollo de escenarios futuros proporciona una base para explorar las implicaciones de la creación de capacidad y de gestión. También es útil para determinar un óptimo crecimiento o cambios en la fuerza de trabajo en torno a un marco riguroso de las necesidades calculadas de personal.

Modelo para la planificación del personal sanitario del Centro de Formación regional de la oficina Regional del Pacífico Occidental (OMS)

Es un libro electrónico capaz de esbozar un proceso paso a paso para elaborar un plan de recursos humanos. Por encargo del Centro WPRO / RTC, este modelo incluye tanto archivos de texto como hojas de cálculo que se ha utilizado en varios países de África, Asia y el Caribe.³² Originalmente diseñado para el desarrollo de las naciones insulares, se considera más útil en contextos donde el tamaño de la población y las categorías de personal que necesita ser proyectado, son pequeños.

Modelo integrado de salud del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Es una aplicación de hoja de cálculo desarrollada para el apoyo a los países en la estimación de los recursos necesarios para la consecución de las metas relacionadas con la salud del proyecto Desarrollo del Milenio (ONU Proyecto del Milenio, 2007). Este modelo sirve para la proyección y cálculo de costos de todos los recursos sanitarios públicos requeridos, incluyendo recursos humanos, para ofrecer un paquete integrado de los servicios.

31 Lexomboon D, Punyashingh K (2000). Supply projections for dentists, Thailand (2000-2030). Human Resources Development Journal, 4(2) (http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_05.pdf)

32 Dewdney J, Kerse L (2000). Health workforce planning: developing expertise in Eastern Asia and the Pacific Islands. Human Resources Development Journal, 4(3) (<http://www.who.int/hrh/hrdj>)

OTROS MODELOS Diversos modelos se han desarrollado recientemente, para complementar los instrumentos de la DMS antes mencionados. En primer lugar la herramienta de proyección de la Fuerza de Trabajo del Pacífico Occidental (WWPT)³³ y en segundo lugar, el software iHRIS Plan de Capacity Project.³⁴

La herramienta WWPT es una aplicación de software diseñada para facilitar la comparación y generación de cuadros específicos e informes resumidos de las proyecciones de personal sanitario y costos. El modelo incorpora un número limitado de variables, como el crecimiento de la población, los costos de capacitación de los trabajadores, los salarios y las tasas de deserción. Los resultados obtenidos con esta herramienta simplificada pueden servir como orientación a los países para sus planes y estrategias de recursos humanos. Actualmente está siendo probada en un número de países de la región de la DMS del Pacífico Occidental.

El software iHRIS Plan es una aplicación de código abierto para el fortalecimiento de los sistemas de información de recursos humanos desarrollado por Capacity Project con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). “Código abierto” se refiere a un software distribuido libremente bajo una licencia que permite estudiar, copiar y modificar el código fuente sin restricción. Esto significa que los usuarios pueden seguir utilizando y mejorando sus sistemas de software sin tener que pagar onerosas concesión de licencias. Una versión de demostración de la planificación de RHS y modelado de software ha sido desarrollada en colaboración con la DMS, el Banco Mundial y otros agentes interesados, y está disponible desde septiembre de 2008. Este software se encuentra disponible en <http://www.capacityproject.org/hris/hris-toolkit/index.html>

ESTUDIOS ESPECIALES Y APLICACIONES Los modelos no pueden explicar todas las complejidades de un sistema de salud real e, inevitablemente, se deben hacer muchas simplificaciones. El nivel de detalle y complejidad refleja, en gran medida, tanto la disponibilidad de datos como los supuestos subyacentes sobre capacidad técnica y la priorización de la política y las intervenciones programáticas. Una tarea esencial es tomar en cuenta los recursos y las actividades y definir las características principales del sistema de salud y su mercado de trabajo.

33 World Health Organization (2008b). WWPT: WPRO workforce projection tool, version 1.0. Manila, WHO Western Pacific Regional Office (<http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/14E4E598-49EB-4B47-AA5A-6B6BF7E9E20F/0/WPROWorkforceProjectionTool.pdf>)

34 Capacity Project (2008b). iHRIS Plan: workforce planning and modeling software (http://www.capacityproject.org/hris/suite/ihris_plan.php)

Los estudios especiales se pueden completar con programas específicos, especialmente las categorías ocupacionales importantes. Algunos métodos seleccionados y herramientas que se han utilizado en el contexto de planificación y proyecciones de personal para apoyar la toma de decisiones de las políticas y programas incluyen:

Metodología de los indicadores de carga de trabajo para las necesidades de personal (WISN)

Es una herramienta desarrollada y probada en el campo por la OMS para el establecimiento de la actividad (tiempo), las normas para el personal de salud y la traducción de éstos en las cargas de trabajo como un método racional de ajuste de los niveles de personal en centros de salud (OMS, 1998).

Los desequilibrios entre el personal y carga de trabajo a menudo reflejan que la planificación se ha basado en la capacidad de la instalación física (por ejemplo, número de camas de hospitalización) y no al uso de servicios. Los ministerios de salud están prestando cada vez más atención a los enfoques para mejorar la eficiencia en la distribución del personal. La metodología WISN incorpora una mezcla de juicio profesional y el trabajo medición de la actividad para determinar la carga de trabajo de personal basado en normas. El método se ha utilizado para mejorar la planificación de RHS en algunos países, como Bangladesh, Turquía, Uganda e Indonesia, así como en Chile, Paraguay y Bolivia, entre otros.

Análisis de tendencias

Se trata de analizar las tendencias observadas en determinados supuestos para predecir el futuro. Esta técnica se ha utilizado para proyectar el crecimiento probable en el sector de salud privado, como en un estudio canadiense sobre el gasto de los hogares frente al gasto público. El dimensionamiento de plantilla es un área de incertidumbre en los establecimientos privados del sector salud. Sigue siendo un reto importante en muchos países para estimar cómo el sector privado está creciendo, lo que reflejaría los cambios en la situación económica y las expectativas de atención de la salud de la población, así como la medida en que las oportunidades alternativas de empleo se abren al personal de los servicios de salud.³⁵

³⁵ Health Canada (2001). Health expenditures in Canada by age and sex, 1980-81 to 2000-01. Ottawa: Health Canada (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/expen-depens/2001-exp-depen-1980/index-eng.php>)

Análisis de regresión

Esta es una técnica para el modelado y análisis de datos numéricos que consiste en relacionar los valores de una variable dependiente (variable respuesta) con una o más variables independientes (variables explicativas). La técnica puede ser utilizada para desarrollar, por ejemplo, la base de información y evidencia para guiar planificadores y gestores. Las necesidades futuras de diferentes categorías se prevén recurriendo a una serie de indicadores de carga de trabajo, para que las necesidades y demandas de los clientes y el personal se cumplan.³⁶

Meta-análisis

Es una técnica para evaluar y conciliar variaciones potenciales en la cobertura, la clasificación y presentación de datos, por medio de compilar, resumir y evaluar toda la información disponible en una dimensión específica y la aplicación de técnicas estadísticas para medir los resultados en una escala común. Aunque el meta-análisis ha sido más utilizado en la investigación para evaluar la efectividad clínica de intervenciones de atención, también puede ayudar a proporcionar una mejor estimación de la calidad de las medidas en salud de la fuerza laboral. En particular, Buchan y Calman³⁷ argumentaron que la evidencia más sólida sobre la eficacia de diferentes estudios sobre aptitudes habían sido analizados mediante el uso del meta-análisis. En la actualidad hay relativamente pocos ejemplos disponibles. Un número de herramientas informáticas se pueden utilizar para facilitar la meta-análisis, incluyendo algunos programas de software de libre disposición.³⁸

Análisis econométrico

Esta es una aplicación de las técnicas estadísticas centradas en factores del mercado, que se supone influyen en la participación laboral y la utilización de servicios de salud, tales como el acceso a los servicios y las preferencias de la salud de los consumidores. Por ejemplo, el análisis econométrico fue utilizado por Scheffler et al.³⁹ para la predicción de la demanda de la población de médicos, suponiendo un crecimiento de la renta nacional. En este tipo de estudios, sin embargo a menudo no tienen en cuenta otros factores como la práctica profesional, la organización, los

36 Queensland Health (2007). Workforce planning toolkit: planning tools. Brisbane: Queensland Northern Area Health Service

37 Buchan J, Calman L (2005). Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working Papers, no. 17. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

38 Rothstein HR, McDaniel MA, Borenstein M (2001). Meta-analysis: a review of quantitative cumulation methods. In: Measuring and analyzing behavior in organizations: advances in measurement and data analysis, edited by Drasgow F, Schmitt N. San Francisco, Jossey-Bass.

39 Scheffler RM et al. (2008). Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. Bulletin of the World Health Organization, 86(7):497-576 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/7/07-046474/en/index.html>)

niveles de servicio inadecuados, o los efectos de competencias compartidas entre profesionales de la salud y la sustitución de profesionales.⁴⁰

Modelos simples para estimar impacto sobre salud del personal

Se realiza un análisis de un determinado asunto con los datos disponibles y puede ayudar a resaltar (a menudo a un costo relativamente bajo) la necesidad de tomar medidas inmediatas entre los responsables para hacer frente a una situación que afecta a la fuerza laboral sanitaria con el objetivo de mitigar los posibles impactos futuros. Como ejemplo, Dioubate et al.⁴¹ aplicó modelos de base demográfica y epidemiológica para proyectar la pérdida de trabajadores cualificados de la salud y la educación debido a la mortalidad por SIDA, de acuerdo con tres diferentes escenarios de la evolución futura de la epidemia en Guinea. Los escenarios se construyeron tras celebrar consultas con diversas partes interesadas del sistema de salud, programas del VIH, la educación y el desarrollo.

PUESTA EN PRÁCTICA DEL MODELO DE LA OMS PARA EL ANÁLISIS DE NECESIDADES DE LA FUERZA DE TRABAJO Y PROYECCIONES DE LA OFERTA

El modelo de proyección de la OMS es una de las herramientas más útiles para la planificación y proyecciones de la mayoría de los países con bajos y medianos ingresos. Los elementos del método basan su proyección en el desarrollo de los servicios e instituciones. Operativamente, el modelo consiste en un conjunto de tablas que cuantifican elementos referidos al servicio de salud actual y la situación laboral, y un número de proyecciones de cambios futuros. En última instancia, todo ello da lugar a la proyección de las futuras necesidades de recursos humanos. Además al hacerse en formato electrónico se facilita exploración de diferentes escenarios futuros. Esta característica es importante ya que a menudo hay una gran variedad de puntos de vista, tanto políticos como técnicos.

La aplicación de software incorpora dos pruebas sobre la validez de las proyecciones realizadas: la primera prueba es la viabilidad de la propuesta de eventuales acciones de los trabajadores de la salud de acuerdo con los recursos económicos disponibles; en segundo lugar, es la capacidad de los sistemas de salud y educación para producir el tipo y el tamaño de la fuerza de trabajo propuesta. Estas pruebas garantizan que la gestión se presenta con propuestas políticas viables. Si bien todos los modelos de proyección requieren datos para hacer recomendaciones significativas, la cantidad y calidad de los datos determinan directamente la precisión del modelo y por lo tanto la fiabilidad de la proyección de la mano de obra. Habitualmente los datos solicitados son:

40 O'Brien-Pallas L et al. (2001). Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 120-129 (<http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1365-2648.2001.01645.x>)

41 Dioubaté Y et al. (2004). Impact socioéconomique du VIH/SIDA en République de Guinée. Québec: Programme des Nations Unies pour le Développement and Institut IDEA International

- **Demográficos:** Población total en el año inicial (base); distribución de la población por edad y sexo, con un promedio previsto de la tasa de crecimiento de la población para el período de la proyección; distribución urbana / rural de la población y cómo ha ido cambiando.
- **Epidemiológicos:** Causas actuales principales de morbilidad y la mortalidad; cambios esperados en los patrones de mortalidad y enfermedad durante el período del plan.
- **Fuerza laboral/plantilla:** Plantilla total de los sectores de salud públicos y privados; distribución por edad y sexo; porcentaje anual esperado de salida/ jubilaciones para cada categoría de personal sobre el período del plan; número de nuevos graduados para la salud y las instituciones de formación (públicas y privadas); flujo neto de los trabajadores de salud capacitados dentro o fuera de los servicios la salud (públicos y privados).
- **Sueldos y otros gastos recurrentes:** Las bandas salariales para cada tipo de personal (mínimo para el personal del sector público de salud); remuneración media anual para cada uno de las categorías, incluyendo salarios y otros beneficios; los cambios proyectados en los costes salariales reales anuales (excluyendo los cambios que son simplemente la corrección de la inflación).
- **Crecimiento económico:** El producto interno bruto (PIB) para el año base; promedio previsto variación porcentual anual en el PIB durante el período del plan; total gastos corrientes para el sector de la salud pública en su conjunto y desglosados entre los gastos procedentes del gobierno nacional y, si fuere el caso, de donantes; gastos de personal público ordinario; gastos del sector salud no relativos al personal, según la fuente; cambios previstos de estos gastos durante el período del plan.
- **Datos económicos del sector privado:** Gastos estimados del sector privado en la atención de la salud, incluyendo gastos de personal.

A MODO DE CIERRE A través del uso de múltiples enfoques de proyección que se complementan, es posible obtener conclusiones que servirán para la planificación y toma de decisiones. Tal vez esto requeriría de una buena inversión de tiempo y datos, para dar cuenta de la cantidad de tiempo y complejidad que implica la combinación de varios enfoques.

Al seleccionar los enfoques de proyección se deberá tomar en cuenta lo práctico y lo factible y considerar las limitaciones de información y recursos en una situación dada. Los modelos de proyección útiles deberán abordar un objetivo o problema claramente definido y cuantificable, y además, deberán tener la suficiente flexibilidad como para responder a datos nuevos e información actualizada. Por ejemplo, si se utiliza un modelo sofisticado que requiere un volumen considerable de datos, se pueden generar proyecciones inexactas si los datos disponibles no son confiables, mientras que se puede obtener resultados más exactos al recopilar una cantidad menor de datos, menos detallados pero más confiables, y utilizar un modelo de proyección más sencillo.

Los criterios para identificar modelos de proyección apropiados...

- Se basan en objetivos claramente definidos.
- Se centran en problemas concretos, cuantificables.
- Utilizan datos de calidad aceptable (disponibles o recopilados).
- Se actualizan con regularidad para incorporar datos más confiables y reflejar cambios en las tendencias de población y los patrones de uso de los servicios de salud.
- Realizan proyecciones para períodos suficientemente largos para que haya suficiente tiempo para actuar.

Para saber más...

recomendamos visitar:

World Health Organization Models and tools for health workforce planning and projections Geneva 2010, disponible en <http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/index.html>

Uso de la herramienta de planificación

Para este ejercicio

- Seleccione una de las herramientas de software libre relacionadas en esta temática.
- Busque la información necesaria para la realización de un proceso de planificación y de proyecciones futuras, utilizando la herramienta.

Se recomienda realizar este ejercicio, integrando a los equipos de profesionales de su país.

EL CASO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA España es, desde la Constitución de 1978, uno de los países europeos con mayor descentralización política y administrativa, hasta el punto de considerarse su organización territorial como “cuasi” federal. Algunas de las políticas más importantes, como la sanidad o la educación, están transferidas en su práctica totalidad a los gobiernos regionales, reservándose el Gobierno de la Nación el establecimiento del marco general y algunas competencias específicas. Así, la Ley General de Sanidad, promulgada por el Parlamento de la Nación en 1986, constituye el marco básico por el que se conforma, a partir del derecho constitucional del acceso a la atención sanitaria, el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España como un sistema universal, gratuito, financiado por impuestos y articulado en dos niveles: atención primaria y atención especializada. Al transferirse a las regiones las responsabilidades y los recursos sobre la salud y la atención sanitaria, el SNS español viene a conformarse por la suma de los sistemas sanitarios regionales. El Gobierno de la Nación continúa siendo responsable del marco general, que establece a través de leyes de carácter básico, como por ejemplo la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, lidera los órganos de coordinación, como el Consejo Interterritorial del SNS, y mantiene alguna competencia específica, como por ejemplo sanidad exterior o medicamentos.

La Comunidad Autónoma de Andalucía, con 8,3 millones de habitantes, es la más poblada de las 17 Comunidades o Regiones y 2 Ciudades Autónomas que constituyen el Estado español. Desde el año 1984, tiene transferidas por parte del gobierno central las competencias en materia de salud.

MODELO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA La Consejería de Salud es el Departamento de la Administración Pública Regional responsable del diseño y desarrollo de la política de salud andaluza, y dirige los organismos encargados de la gestión y prestación de los servicios sanitarios en Andalucía. El gobierno del Sistema de Salud es responsabilidad exclusiva de la Región.

Andalucía alcanzó la titularidad de las competencias sanitarias con la promulgación de su Estatuto de Autonomía, desarrollado a través de un proceso de transferencias de competencias sanitarias desde el Estado español a la Comunidad Autónoma y complementado a su vez con un proceso de integración de redes asistenciales públicas dependientes de otras Administraciones con implantación en Andalucía.

De esta forma, el Gobierno Regional, denominado “Junta de Andalucía”, ha dado pleno contenido a lo expresado en el Estatuto de Autonomía, gestionando en la actualidad la práctica totalidad de los recursos sanitarios públicos de la Comunidad, con la excepción de los recursos sanitarios dependientes del Ministerio de Justicia (instituciones penitenciarias) y Ministerio de Defensa (hospitales militares), con los que se mantienen sendos acuerdos de colaboración para la mejor utilización conjunta de los recursos sanitarios.

La Consejería de Salud es, en la actualidad, el Departamento que gestiona, directa e indirectamente, el mayor volumen de recursos presupuestarios de la Administración Autónoma (algo más de un tercio), con un volumen de trabajadores en torno a los 100.000, entre los diferentes organismos y empresas públicas responsables de la prestación de servicios sanitarios, y una implantación de la red asistencial que cubre la totalidad de los núcleos poblacionales de Andalucía.

Esta situación condiciona que el Sistema Sanitario Público de Andalucía sea no sólo una extensa red de servicios a la población, sino también un factor generador de riqueza que contribuye, significativamente, al crecimiento económico y al empleo en Andalucía, manteniendo, a la vez, uno de los pilares básicos de nuestro Estado de Bienestar como elemento de solidaridad y cohesión en nuestra sociedad.

La financiación se realiza a través de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma. La provisión de la atención sanitaria pública se realiza a través de 44 hospitales, 1.506 centros de salud y 8 centros regionales de transfusiones sanguíneas, que en su mayor parte componen un organismo autónomo denominado Servicio Andaluz de Salud (SAS). El SAS es directamente dependiente de la Consejería. La Secretaría General de Calidad y Modernización, dependiente de la Consejería de Salud, es la que tiene funciones de evaluación, diseño y planificación estratégica, con el fin de impulsar la modernización del sistema sanitario.

FORMACIÓN MIR Médico Interno Residente (MIR) se refiere a la vía de formación de especialistas médicos que existe en España desde el año 1978.

Se trata de un programa de formación con adquisición de responsabilidades y capacidad de forma progresiva y tutelada, y sólo es posible realizarlo en aquellos centros sanitarios debidamente acreditados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España para asegurar una adecuada formación especializada. Se realiza una evaluación continuada de su formación por parte de tutores y por las Comisiones de Docencia de los centros. La titulación se concede conjuntamente por el Ministerio de Educación y el de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La duración del programa de formación depende de la especialidad en concreto, pero oscila entre cuatro y cinco años.

Se realiza a través de un concurso-oposición, conocido como *examen MIR*, en el que el expediente académico se pondera a un 10%, mientras que el examen contabiliza el 90%. Actualmente existe una sola convocatoria anual para acceder a la formación especializada. La convocatoria de examen y plazos de selección e incorporación a la plaza elegida se publican anualmente en el parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El examen MIR constaba desde su inicio de un total de 250 preguntas tipo test (y otras 10 de reserva en caso de anulación de alguna de las anteriores), que se realizaba en una única jornada de 5 horas de duración. Desde la convocatoria de enero de 2010 se ha reducido el número de preguntas a 225 y, como novedad, varias de ellas se han redactado en relación a imágenes de interés médico, como radiografías, electrocardiogramas y fotografías de rasgos o características físicas de pacientes reales. Debido a que la puntuación de este examen supone el 90% de la calificación global para acceder a la plaza de formación como especialista, la preparación del examen MIR constituye la pieza fundamental del Licenciado en Medicina para continuar su formación.

Los MIR se incorporan como trabajadores en formación con un contrato laboral en los diferentes centros asistenciales acreditados específicamente para la docencia MIR.

ESTUDIO DE NECESIDADES 2009 Este es el último estudio global realizado en Andalucía hasta la fecha, estando prevista una nueva versión a finales de 2011. En él se incluyen las necesidades de médicos en el sector público y se contemplan también las del sector privado. De la misma forma y por primera vez, se aborda el estudio de necesidades de enfermería, y complementariamente, se revisan los datos de otras profesiones sanitarias, aunque en este caso sólo de forma superficial.

Como indicador de medida se utilizan los médicos y enfermeras *en activo*. Si comparamos a Andalucía con el resto de las Comunidades Autónomas españolas, tanto la tasa de los médicos en activo como los que trabajan en el sistema sanitario público son muy similares.

Densidad de Médicos en Andalucía por 100.000 habitantes – año 2008

	Andalucía		España	
	Número	Tasa	Tasa	Numero
Total*	35.716	436	467	213.977
No jubilados*	32.887	399	429	198.119
Activos (practising)	26.959	329	325	144.379
SSPA/SNS (ETC/WTE)	18.194	222	227	104.598

Públicos y privados. Solo con atención directa a pacientes. Incluye MIR y extranjeros. Excluye desempleados, jubilados y médicos que trabajan en puestos no relacionados con pacientes: inspección, salud pública, gestión

Solo Sistema Público. No incluye MIR, inspección médica, salud pública ni gestión. Incluye Empresas Públicas. No incluye Consorcio ni centros concertados (sería 227). ETC es un estándar de comparación internacional (equivalente a tiempo completo)

Datos: elaboración propia a partir de INE, Gerhonte, EESCRI, SICISS y MSPS

*Difieren de los datos INE porque se han estimado los médicos no colegiados en ejercicio

En el caso de enfermería ocurre algo parecido, tanto si se consideran sólo las enfermeras diplomadas como si se observa el total de personal de enfermería.

Número de Enfermeras en Andalucía y Densidad por 100.000 habitantes

	Andalucía		España	
	Número	Tasa	Tasa	Número
DE Total*	40.973	500	546	250.139
Nurses OMS 2007**	57.836	760	768	315.200
Nurses 2008	66.085	806		
DE SNS 2003	22.226	292	277	118.532
DE SNS 2008	25.311	309		

Solo incluye Diplomadas en Enfermería. Incluye jubilados

Incluyen Diplomadas en Enfermería, Auxiliares de enfermería, residentes y otro personal como auxiliares dentales y matronas

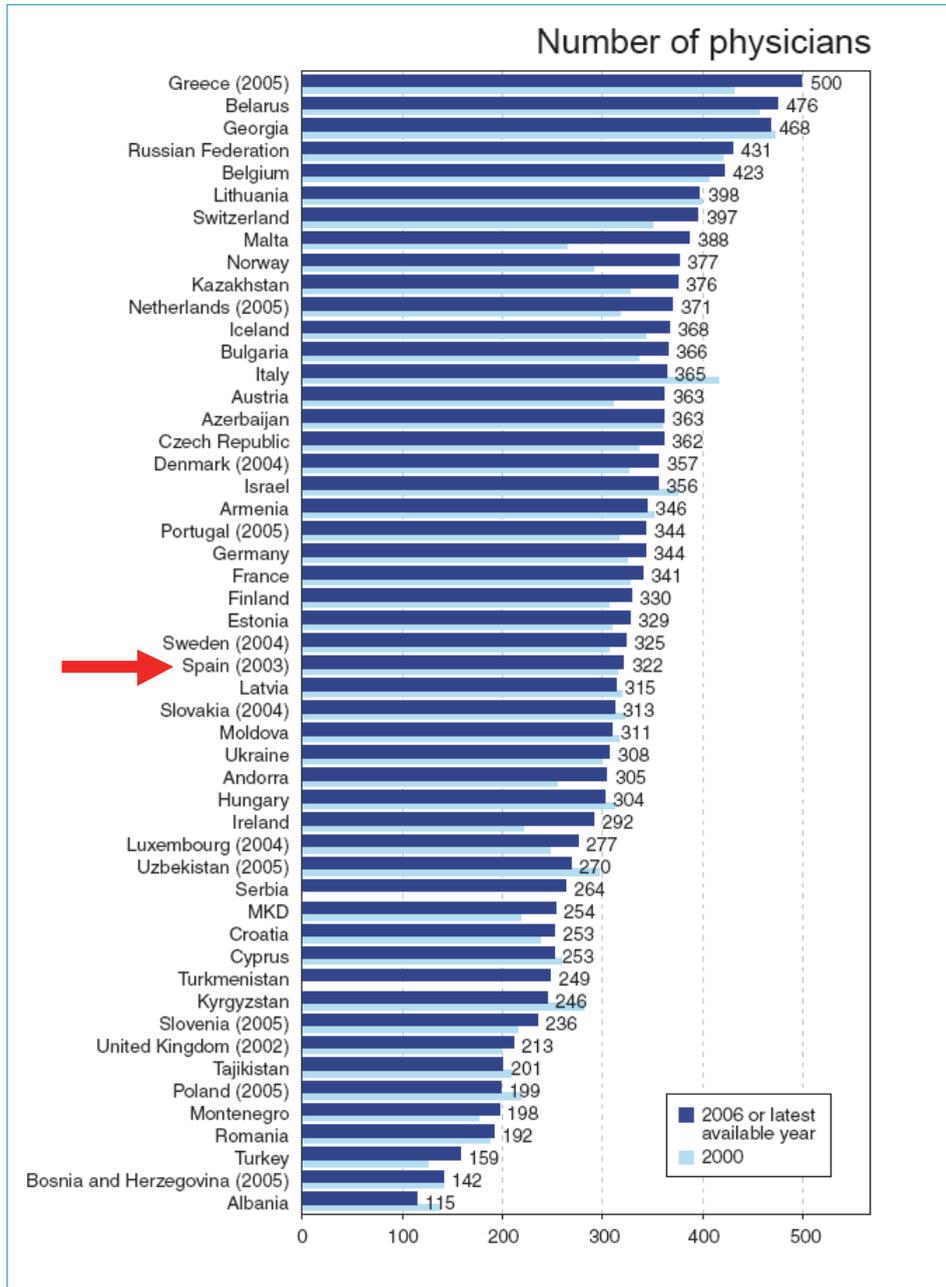
Solo DE en SNS. No incluye auxiliares de enfermería ni residentes. No incluye consorcio ni centros concertados

* Datos 2008 estimados a partir de colegiación

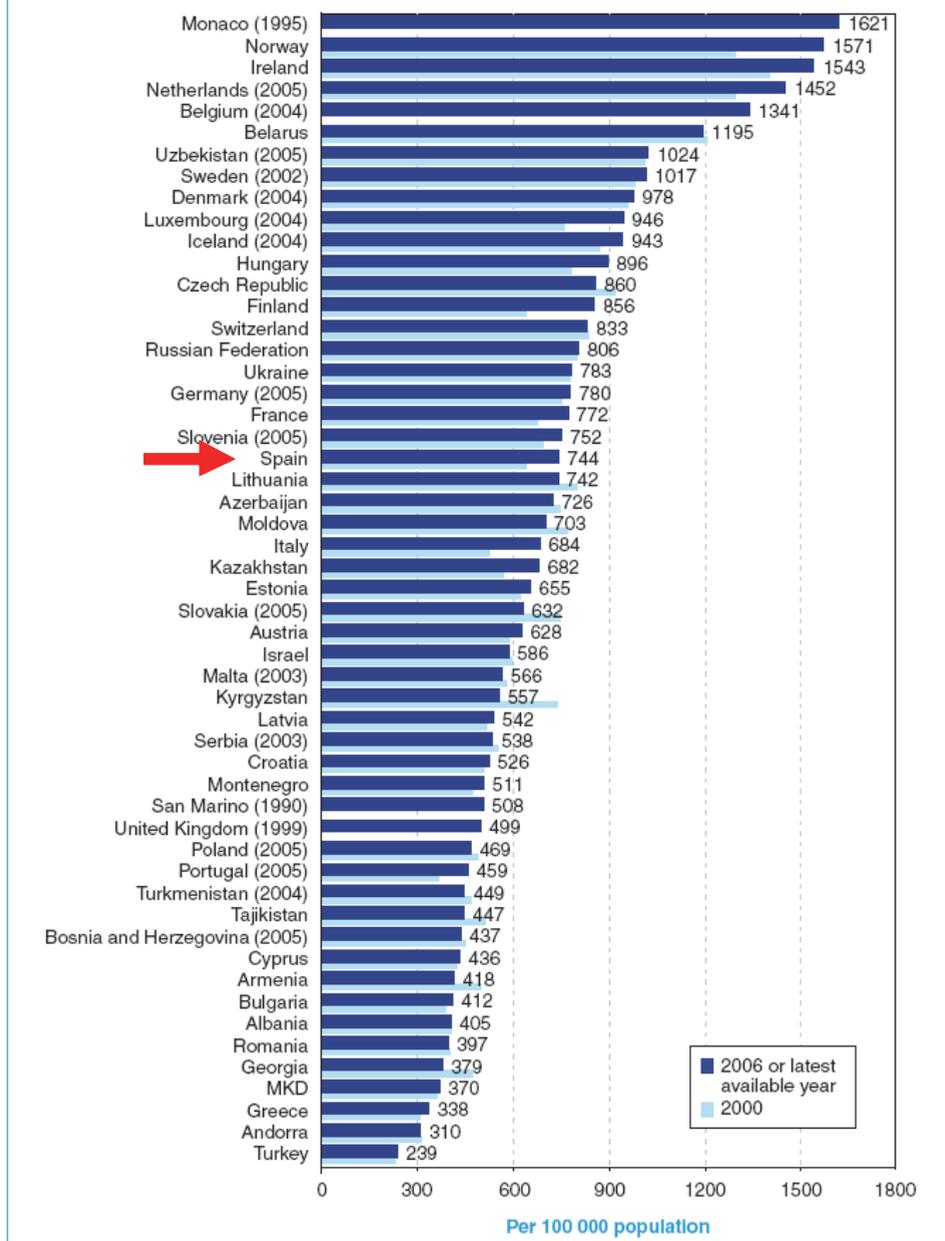
** Datos del informe OMS-2007 que corresponden en España a 2003

Elaboración propia a partir de INE y MSPS

Usando datos oficiales de organismos internacionales, la posición relativa de España con respecto al resto de Europa en lo que se refiere a número de médicos y de enfermeras se sitúa en la media de los países del entorno.



Number of nurses



Se analizaron también los ratios de personal sanitario en las instituciones sanitarias públicas en comparación con la media nacional y con aquellas Comunidades Autónomas que por volumen de población son más comparables a Andalucía (Cataluña, Madrid y Valencia). En lo que se refiere

a la atención primaria de la salud, teniendo en cuenta el número de personas asignadas a cada médico de familia, pediatra, enfermera y personal no sanitario, la razón en Andalucía es en general mejor que en otras regiones españolas (menos personas asignadas a cada profesional), salvo en el caso de la enfermería, como se ve en la siguiente tabla.

Sistema Nacional de Salud: N.º de personas por profesional en AP

	Med Fam	Pediatra	Enfermera	PNS
España	1426	1041	1658	3091
Andalucía	1415	1016	1816	2733
Cataluña	1433	1232	1546	2547
Madrid	1571	1047	1968	4047
Valencia	1594	969	1777	3110

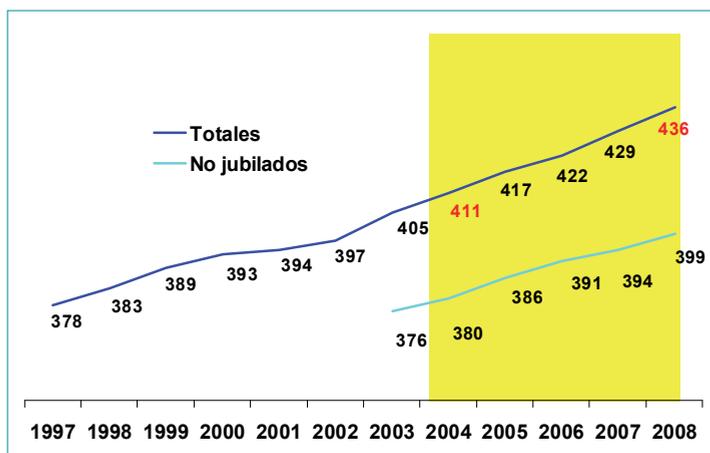
Con respecto a la razón en hospitales, calculada sobre el base de camas asignadas, también se observa una mayor dotación de los centros públicos de Andalucía (más profesionales por cada 100 camas) con respecto a la media nacional y con respecto al resto de regiones comparables antes citadas.

Sistema Nacional de Salud: índices de profesionales por 100 camas hospitalarias en funcionamiento. Año 2005

	Total personal	Médicos	Enfermería	Ayudantes sanitarios	P. No Sanitario
España	437	66	124	118	122
Andalucía	526	73	149	143	154
Cataluña	352	65	101	91	88
Madrid	509	66	140	143	151
Valencia	437	69	132	112	117

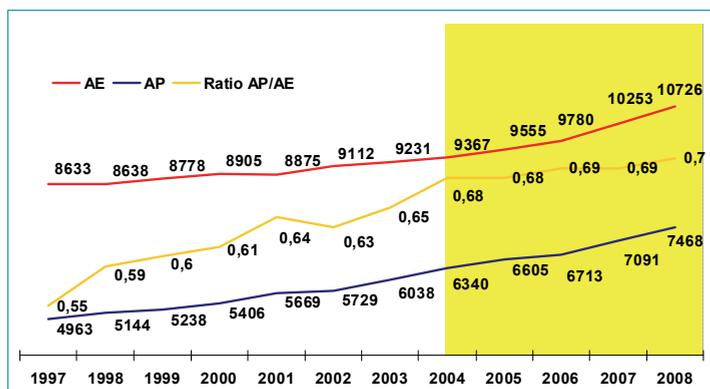
Puede observarse con claridad en la gráfica, que la tasa de médicos por población sigue una tendencia creciente en la última década, tanto si se considera el indicador de médicos colegiados totales (el único disponible hasta 2003), como si se excluye a los médicos no jubilados. Este dato es relevante porque, a pesar del incremento relativo y absoluto, la percepción de déficit de profesionales es cada vez mayor (ya la constatación de la dificultad de contratación), de lo que cabe deducir en principio que este crecimiento es menor que el crecimiento de la demanda de profesionales.

Tasa de médicos en Andalucía/100.000 habitantes

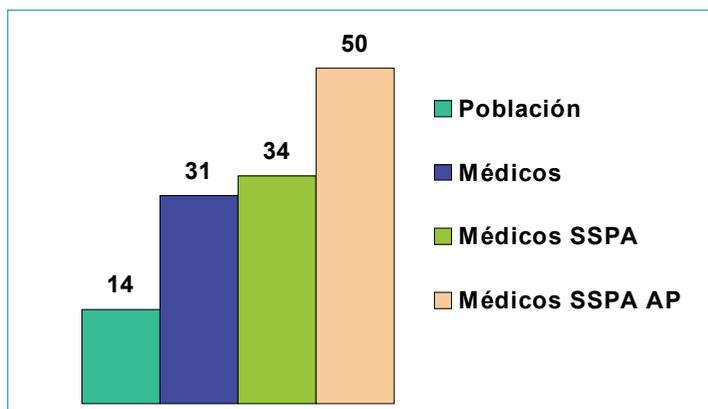


Puede observarse cómo el peso de la atención primaria se ha incrementado, de forma que en 2008 por cada 100 médicos que trabajan en atención especializada en el sector público, hay 70 que trabajan en atención primaria, cuando 10 años antes esta razón era de 55 por cada 100.

Distribución de médicos del SSPA según niveles asistenciales



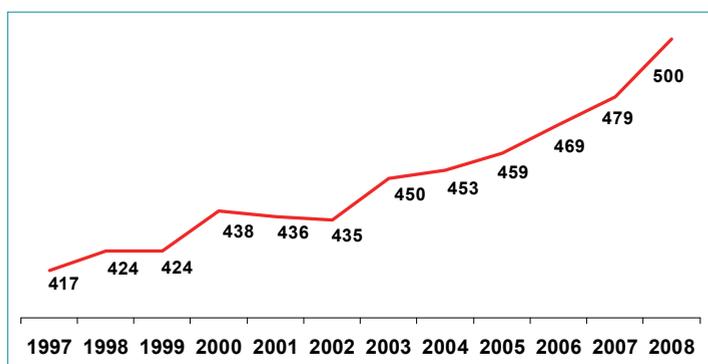
Crecimiento 1997-2008 de la población y el número de médicos en Andalucía



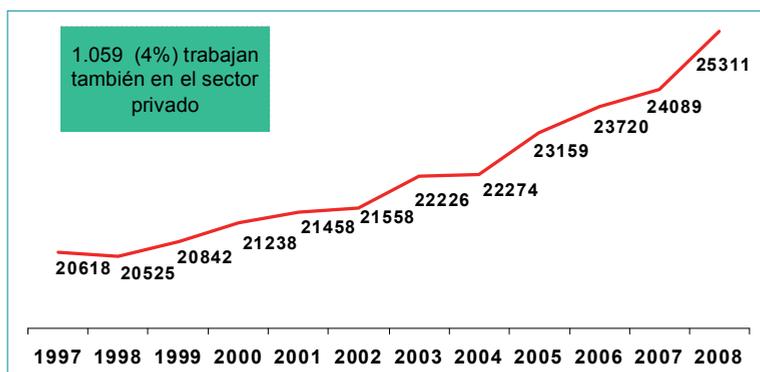
La gráfica superior viene a resumir algunos de los datos previos: en el periodo de tiempo de estudio retrospectivo, ha crecido un 14% la población, un 31% los médicos, un 34% los médicos del sector público y un 50% los médicos de atención primaria.

En lo referente a enfermería, la situación es parecida a la situación de los médicos, tanto en el sector público como en general.

Tasa de diplomadas en enfermería totales en Andalucía/100.000 habitantes

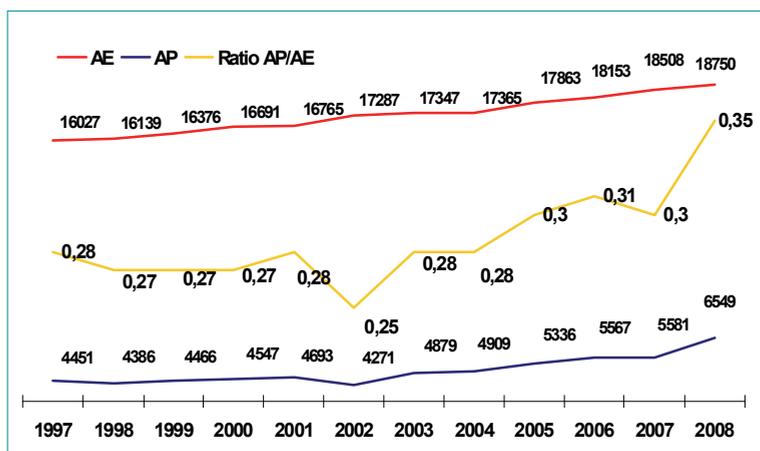


Número de diplomadas en enfermería en el SSPA

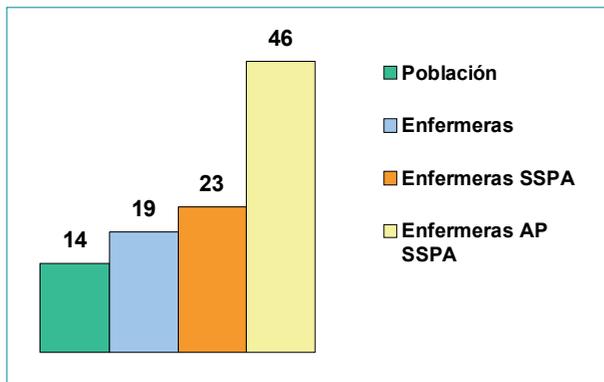


Aunque hay un crecimiento relativo de la enfermería en atención primaria con respecto a hospitales, este aumento es menor que en el caso de los médicos, entre otras razones en relación con la turnicidad en el ámbito hospitalario, aunque también hay que recordar que la dotación de enfermería en primaria en Andalucía estaba algo por debajo de la media nacional, como vimos anteriormente.

Distribución de diplomadas en enfermería del SSPA según niveles asistenciales



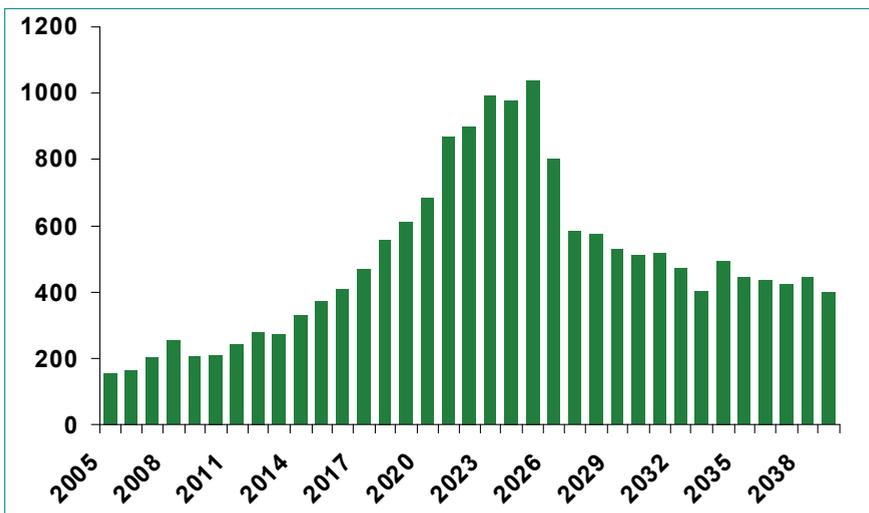
Crecimiento porcentual 1997-2008 de la población y el número de enfermeras en Andalucía



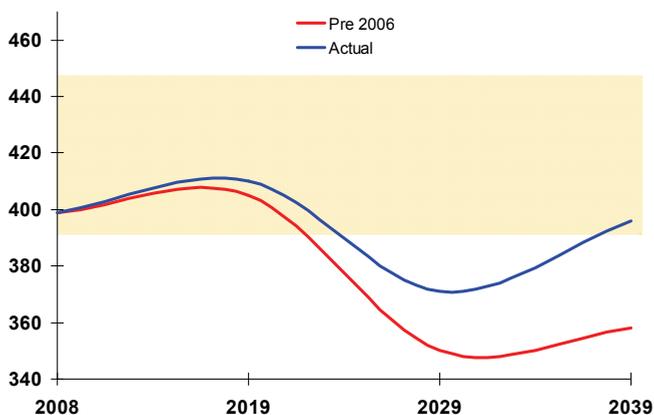
La gráfica superior viene de nuevo a resumir algunos de los datos previos: en el periodo de tiempo de estudio retrospectivo, ha crecido un 14% la población, un 19% las enfermeras diplomadas, un 23% las enfermeras diplomadas del sector público y un 46% las enfermeras diplomadas de atención primaria.

PROYECCIONES PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS En el caso de los médicos, en los próximos años se va a producir una elevada tasa de jubilaciones, que alcanzará su máximo en torno a 2025. Esta tasa se corresponde con las jubilaciones de aquellas promociones de médicos tan numerosas de los años 70 y 80 que vimos al inicio de la presentación.

Jubilaciones de médicos del SAS: proyección hasta 2039

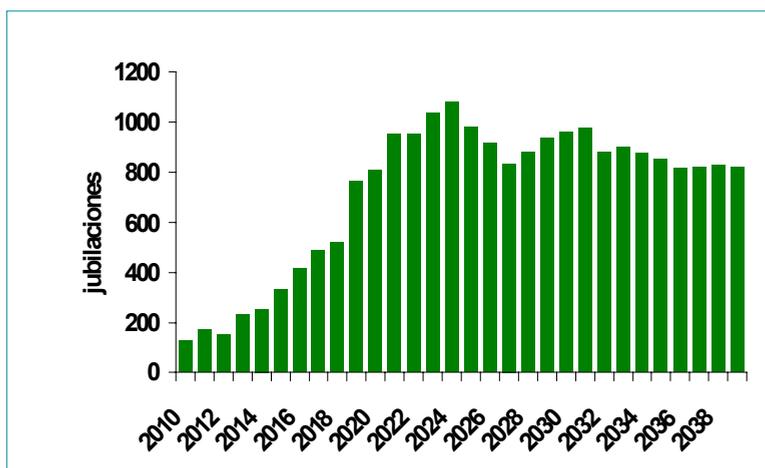


Proyección de la tasa de Médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039



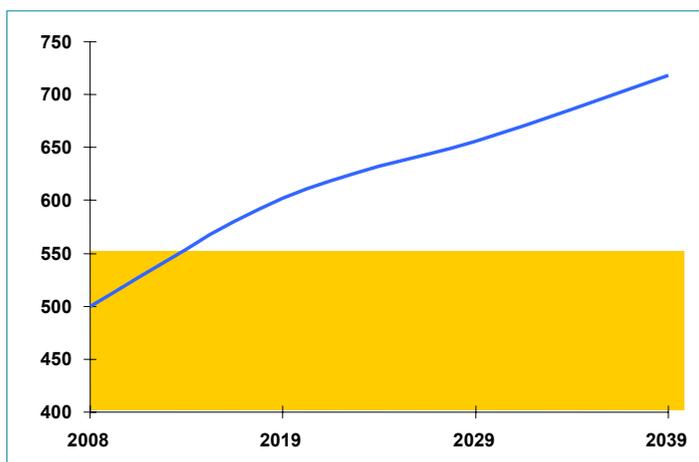
Si observamos la proyección de la tasa de médicos por 100.000 habitantes que se estima para las próximas décadas, una vez incorporadas las medidas a partir del estudio de 2006 (la línea azul), vemos que la situación mejoraría relativamente con respecto a la previsión en las condiciones anteriores a 2006 (línea roja), pero que, aún así, durante prácticamente dos décadas, la tasa de médicos estaría por debajo de la actual y, en el tramo más crítico, incluso por debajo de los niveles que podríamos considerar hoy día mínimos para mantener la provisión de servicios. En el caso de enfermería la situación es distinta. El incremento sostenido de las jubilaciones es debido al incremento de profesionales de enfermería en el sistema de provisión de forma sostenida (por la propia expansión del Sistema Nacional de Salud), pero no ha habido ningún periodo anómalo en el pasado que se traslade ahora al escenario de jubilaciones.

Jubilaciones de enfermeras (DE) en el SSPA: proyección hasta 2039



Ello, unido a que la tasa de formación de diplomadas en enfermería es prácticamente el doble a la de médicos, hace que la proyección de la tasa de enfermeras por 100.000 habitantes para las próximas décadas sea creciente, de forma que se superarán ampliamente las tasas actualmente existentes.

Proyección de la tasa de enfermeras/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039



Análisis Cualitativo: Especialidades médicas deficitarias a 10 años

Si atendemos a las especialidades médicas en las que prevemos déficit a 10 años vista, el mapa ha cambiado con respecto al elaborado en 2006, debido a las medidas de ajuste introducidas. Hay que señalar que, a partir de estudios previos de flujos de profesionales, consideramos ausencia de déficit cuando el volumen de especialistas que acceden al mercado no está al menos por encima del +15% sobre las previsiones de necesidades de esa especialidad.

- En 2006 eran 20 especialidades con déficit, mientras que ahora son sólo 12. Dejan de ser especialidades deficitarias radiodiagnóstico, psiquiatría, oftalmología, obstetricia y ginecología, neumología, medicina física y rehabilitación, dermatología, cardiología y aparato digestivo. Aparece ahora como especialidad deficitaria medicina intensiva, que no constaba como tal en 2006.
- El rango del déficit era mayor, incluso 6 decrecían en números absolutos, lo que ahora sólo sucede en una especialidad.
- La especialidad en 2006 Urología presentaba un máximo con -17%, mientras que ahora el peor dato es el de cirugía general con -4% de especialistas disponibles con respecto a las necesidades mínimas estimadas a 10 años.

Cirugía General y Ap. Digestivo	- 4 %
Pediatría	0 %
Urología	0 %
Medicina Intensiva	1 %
Cirugía Ortopédica y Traumatología	2 %
Otorrinolaringología	2 %
Cirugía Pediátrica	5 %
Hematología	6 %
Neurocirugía	6 %
Medicina Familiar y Comunitaria	8 %
Anestesiología y Reanimación	9 %
Angiología y Cirugía Vascul ar	11 %

MEDICINA: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2009 En principio las conclusiones confirman las del estudio de 2006, constatan una mejoría de las proyecciones con las medidas introducidas, aunque aún insuficientes, fundamentalmente por el incremento de la población por encima de las previsiones que se detalla más adelante. En resumen, las conclusiones serían:

Actualmente

- Hay un ligero déficit de médicos en números absolutos.
- Las tasas de dotación de médicos, tanto globales como por especialidad, en el sistema público son comparables o superiores a estándares nacionales o internacionales (no se ha mostrado este dato en este resumen en aras de la concisión).
- Persiste un déficit selectivo de médicos en:
 - o Ciertas especialidades.
 - o Áreas remotas o puestos de especial penosidad.

Agravado por diversos factores:

- Incremento de la demanda.
- Incremento poblacional mucho mayor del previsto.
- Incremento poder adquisitivo.
- Reducción "carga horaria".
- Directiva CE, feminización, mejoras laborales.
- Alternativas laborales/patrón comportamiento.

Próximos años

- Déficit moderado en varias especialidades: necesidad de ajuste regular.
- Déficit total moderado atenuado por decisiones últimos años.
- Empeoramiento periodo 2015-2025:
 1. Aumento notable de jubilaciones.
 2. Agravado por crecimiento poblacional elevado.

ENFERMERÍA: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO 2009 En lo que se refiere a enfermería, las conclusiones son completamente diferentes:

Actualmente

- No hay déficit de enfermeras, por el contrario hay desempleo, subempleo y cierto grado de emigración laboral (no se han mostrado estos datos) frente a la inmigración médica incipiente.
- El volumen de formación actual es más que suficiente e incluso podría considerarse excesivo para las necesidades actuales.

Perspectivas de futuro

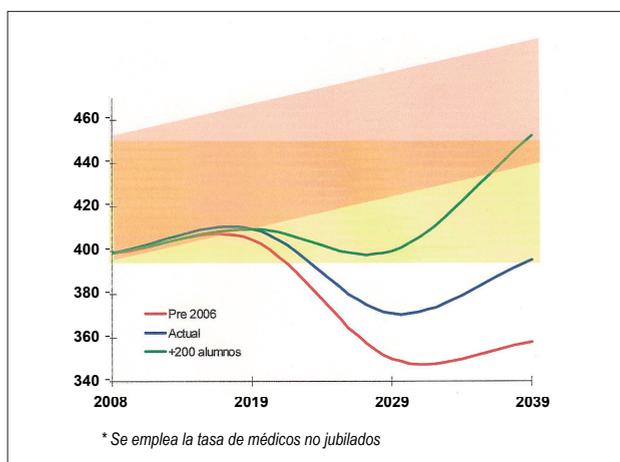
Estimamos que va a producirse un incremento de necesidades por:

- Incremento de población.
- Punto de partida relativamente bajo en recursos.
- Incremento de demanda (renta, envejecimiento...).
- Redistribución de tareas e incremento competencial (grado+especialidades).
- Posible reducción de competencias en otros campos (técnicos, auxiliares...).
- Incremento feminización.
- Incremento progresivo del número de jubilaciones, aunque con escenarios estables.

Al igual que con la profesión médica, para la definición adecuada de las necesidades futuras, haremos primero una incursión en la experiencia internacional y en la literatura especializada, para mostrar finalmente una proyección no sólo de efectivos probablemente disponibles, sino de necesidades reales de la sociedad.

PROYECCIONES A 2039

Proyección de la tasa de médicos*/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039



Por las razones antes expuestas, la ratio de profesionales médicos que actualmente existe en Andalucía, probablemente no será suficiente para absorber no sólo el crecimiento poblacional, sino el incremento de renta —asumiendo que la actual crisis económica se irá resolviendo— y la reducción de disponibilidad horaria.

Desde esta perspectiva, la diferencia entre los profesionales que vamos a tener y los que necesitaríamos será elevada. El futuro desde la perspectiva del planificador se parecerá mas al trapecio salmón, recogido en la gráfica siguiente, que al rectángulo amarillo. Por esta razón se identifica la necesidad de incrementar el número de alumnos anuales en 200 en el conjunto de facultades de medicina de Andalucía, para que al balance global (línea verde) permita seguir la senda del crecimiento más plausible. A priori no es suficiente con el esfuerzo que se ha hecho (línea azul), a pesar de la mejora notable con respecto a la situación basal (línea roja); se va a requerir un incremento adicional que supondría unos 5.000 médicos de diferencia en 2039, con lo que se alcanzaría de persistir el escenario actual.

	Escenario pre2006		Escenario actual		Escenario + 200 al	
	Número	Tasa	Número	Tasa	Numero	Tasa
2008	32.887	399	32.887	399	32.887	399
2019	36.087	405	36.518	410	36.518	410
2029	32.027	350	33.968	371	36.608	400
2039	33.147	358	36.598	396	41878	453

Déficit > 5000 médicos

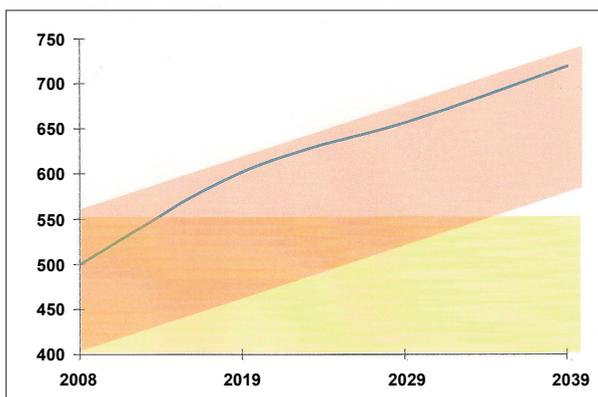
Suponiendo este escenario se proponen las siguientes medidas:

Medicina: medidas propuestas

- Información:
Desarrollar y mantener Registro de Profesionales.
Actualizar el informe cada 2-3 años y ver tendencias.
- Reclutamiento:
Aumentar alumnos de Medicina hasta 1.300 anuales.
Aumentar plazas MIR hasta 1.300 anuales.
- Fidelización:
Continuar estabilización de plantillas.
Continuar desarrollando carrera profesional y acreditación.
Formación personalizada (Long life learning).
- Redistribución:
Incentivos puestos penosos y áreas remotas.
Prolongación jubilación áreas con vacantes sin cubrir.
Optimización periódica de plazas MIR.
Incremento peso relativo AP y enfermería.

Proyección de la tasa de enfermeras/100.000 habitantes en Andalucía hasta 2039

En el caso de enfermería ocurre al contrario. Teniendo en cuenta el número de estudiantes que acceden y salen de las escuelas de enfermería, a priori, podríamos plantearnos que en el futuro existirá un exceso de efectivos. Sin embargo, cuando se analizan las necesidades reales, ahora parece que la demanda y la oferta en enfermería se tiende a ajustar, si bien en el rango alto. Puesto que la estrategia de fondo de la Comunidad Autónoma quiere reequilibrar la ratio enfermera/médico al alza, parece adecuado mantener un cierto nivel de superávit que pueda absorberse en el futuro, por lo que la propuesta es a mantener la oferta actual para dar respuesta a las necesidades reales.





Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo