

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Guillermo Jorge Bourguet

**OBSERVATORIOS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE
SALUD (OPS/OMS, CEPAL Y OIT). REVISIÓN DE LAS
EXPERIENCIAS Y APORTES DE LAS DOS ÚLTIMAS
DÉCADAS EN LA REGIÓN DE AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**

2015

Citar como: Bourguet, G. J. (2015). Observatorios de los Recursos Humanos de Salud (OPS/OMS, CEPAL y OIT). Revisión de las experiencias y aportes de las dos últimas décadas en la Región de América Latina y El Caribe. [Trabajo Final de Especialización]. RID ISALUD

Índice

1.- Introducción.....	3
2.-Objetivo General.....	4
3.-Objetivos Específicos.....	4
4- Problemática y Tendencias Reportadas.....	5
4.1.-Situación Sanitaria de la Región.....	10
4.2.-Tendencias de los Sistemas de Salud.....	12
4.3.-Tendencias de las Condiciones y Relaciones Laborales.....	15
4.4.-Tendencias en Materia de Educación.....	21
5.-Breve Reseña Histórica.....	25
6.-Consulta OPS (2005). Sobre los 5 Desafíos Críticos.....	27
7.-Metas Regionales para el período 2007-2015.....	45
8.-Conclusiones.....	59
9.-Referencias Bibliográficas.....	63
10.-Anexo I.....	68
11.-Anexo II.....	69

1.-Introducción

Según Brito Quintana, la gestión de recursos humanos en salud (RHUS) hace referencia a la teoría y práctica de los procesos (económicos, políticos, técnicos, culturales, etc.) inherentes al trabajador así como a su contribución a la atención de la salud de la población, en una institución especializada que es también un lugar de empleo¹. Esa función 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 sanitarias de la población, en un marco de políticas y de modos de organización y gestión sectorial vigentes.

El presente trabajo consiste en una revisión del material publicado por los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS², a fin de identificar situaciones, problemas y tendencias del desarrollo del personal, en los sistemas sanitarios de los países que conforman la Región de América Latina y el Caribe, y a fin de estudiar las políticas y estrategias de gestión de personal orientadas a su desarrollo equitativo, efectivo, eficiente y de calidad.

Esta Revisión resulta interesante para la economía y gestión de los RHUS pues toma una dimensión propia que interesa a los diferentes actores públicos, privados, usuarios-clientes, y en especial a los trabajadores afectados al sector, con un gasto que puede desfinanciarlo.

Se agruparán y ordenarán por jerarquías los problemas más frecuentes y que mayor impacto generan en el desarrollo de los RHUS y las políticas propuestas, como

también los planes de desarrollo que hubieren demostrado a la fecha algún resultado positivo luego de implementados.

2.-Objetivo General

Revisar y analizar la bibliografía correspondiente a los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS, publicada durante las dos últimas décadas por los países de la Región de América Latina y el Caribe.

3.- Objetivos Específicos

3.1. Identificar la problemática y tendencias reportadas por los Observatorios más relevantes de la Región.

3.2. Identificar los cinco desafíos críticos a los que se han enfrentado durante la última década los países de la Región en el área de RHUS.

3.3. Identificar las metas regionales propuestas en respuesta a los cinco desafíos críticos para el período 2007-2015.

3.4. Analizar las similitudes, particularidades, experiencias y reflexiones sobre los diferentes programas de desarrollo de RHUS en los países de la Región.

4.- Problemática y Tendencias Reportadas

Según Brito Quintana, el concepto de RHUS comprende a aquellos individuos involucrados en la "producción de servicios de salud", a partir del desarrollo de un proceso particular de trabajo, con cierta complejidad de la organización institucional. Es una actividad mano de obra intensiva, con participación mayoritaria de profesionales y técnicos, a quienes se les asigna un doble rol: como factor productivo y como agente social (OPS)¹.

Varios autores sostienen que los RHUS son el elemento esencial de los servicios de salud como también su principal ventaja competitiva³. Resultan, además, un factor clave en las reformas del sector indispensables para el logro de la calidad y la eficiencia de la atención. Desde una perspectiva política permiten asegurar la sostenibilidad de los cambios que impulsan.

Si bien en un principio, las cuestiones relacionadas con los RHUS han estado ausentes de las agendas políticas de los países de la Región de América Latina y el Caribe, ya se han comenzado a apreciar evidencias de su impacto, más directamente en el ámbito laboral.

Desde 1994 la cooperación técnica en las reformas del sector salud, en relación con los recursos humanos, responde a un mandato a la OPS, formulado en la Cumbre de los jefes de Estado de las Américas, con respecto al reconocimiento creciente de la importancia de los temas de la fuerza laboral en el desarrollo de los servicios de salud⁴.

En 1998, aquello se convirtió en parte de una iniciativa colaborativa de la OPS/OMS con el apoyo de dos agencias de las Naciones Unidas, la Comisión Económica

Gestión de Recursos Humanos en Salud para América Latina (CEPAL), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), fomentando la recopilación de la información sobre los procesos de reforma que estaban siendo desarrollados por muchos de los Estados Miembros de la OPS. Con el objeto de dar respuesta a esta solicitud de los países de la Región, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud⁵ implementó la estrategia de instalación de Observatorios de RHUS en los procesos de reforma. Esta estrategia busca apoyar el funcionamiento de foros nacionales permanentes de recopilación, análisis y difusión de información sobre procesos de recursos humanos, que pueda servir de base para la formulación de políticas y que fortalezca la capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria. Los Observatorios resultan una herramienta útil para los países que están enfrentando problemas de RHUS y de relaciones laborales en el sector, que pueden valorar la utilidad y conveniencia de disponer y mantener una sistematización de la información de calidad, intercambiar experiencias, identificar nuevos instrumentos de gestión y evaluar la eficacia de los mismos en contextos nacionales diferenciados. No se trata de un sistema de información convencional, exhaustivo y descriptivo, sino de una plataforma ágil de información estratégica, altamente relevante y trabajada, que no sustituye sino que fortalece y afina el uso de los sistemas de información existentes en los países.

La necesidad de producir toda esta información se basa en el reconocimiento de las características específicas de los RHUS, con el objetivo final de mejorar el uso del conocimiento por los encargados de adoptar las decisiones y los agentes sociales pertinentes. A saber:

Gestión de Recursos Humanos en Salud

- Una fuerza laboral extensa (hoy en día el sector salud emplea entre el 3 al 5% de la población mundial total), mayoritariamente femenina, en actividades mano de obra y conocimiento-intensivas.
- Un Sector Público como empleador más importante.
- Gasto elevado de personal: 60-80% del presupuesto de servicios de salud pública.
- Alta dinámica tecnológica con repercusión sobre la estructura de trabajo.
- Relaciones laborales complejas con alta tasa relativa de sindicalización y fuerte representación de asociaciones profesionales.
- Nivel alto de conflicto en las relaciones laborales.
- Debilidad en la formulación y planificación de políticas.
- Separación entre los objetivos de los organismos de educación y los servicios de salud. La necesidad de RHUS cada vez mayor y mejor capacitados presenta un desafío actual y dinámico, que impacta tanto al sector público como al privado.

Los distintos Observatorios han definido consiguientemente cuatro áreas-problemas en las que se ha venido manifestando con mayor agudeza el desfase o insuficiente articulación sinérgica entre los procesos de reforma sectorial y las políticas de los RHUS. La información recabada, construida en un set de datos básicos, apuntaría a sistematizar lo siguiente:

1.-*La calidad del empleo y el régimen laboral*, problemática relacionada con la asignación no óptima de RHUS y las dificultades para el mejoramiento de la disponibilidad, distribución y flujos intrasectoriales, lo cual exige modificaciones en el viejo status laboral, propulsor de actitudes pasivas y desequilibrios crónicos entre oferta y demanda. Dentro de los principales problemas están la insuficiencia de la disponibilidad e inadecuación de la distribución de la fuerza de trabajo, los flujos intrasectoriales de personal no regulados, la tendencia a la flexibilidad laboral sin protección y el retraso normativo y legal.

2.-*La productividad del trabajo y la calidad de los servicios*. La búsqueda de más servicios con menos costos por unidad de producto pero con mayor calidad de los mismos, obliga a cambios en los procesos de trabajo, a calificaciones del personal y mejores condiciones laborales, a transformaciones de los regímenes salariales y de incentivos, y a sistemas de evaluación del desempeño, entre otros aspectos.

3.-*La formación (educación y adiestramiento) de los RHUS*, que se relaciona con los perfiles de los egresados de las entidades formadoras aún no pensados en términos de las visiones-objetivo que orientan las reformas. Los problemas más relevantes identificados se refieren al déficit de educación, la baja calidad de la educación en salud,

la falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia de la educación en salud, la educación para perfiles profesionales inadecuados y la necesidad de reconversión de prácticas del personal.

4.-*La gobernabilidad y conflictividad de los sectores salud*, problemática referida al fortalecimiento de los ministerios y a dimensiones colectivas de las relaciones laborales como el establecimiento de mecanismos de participación y/o de resolución de conflictos.

El mapeo de los problemas prioritarios en los países condujo a orientar los esfuerzos de cooperación técnica y la producción de conocimientos en áreas que, en los países participantes han incidido en mayor medida en la generación de bloqueos en los procesos de mejora de los servicios. Al mismo tiempo, las intervenciones en estas áreas son consideradas como oportunidades para la intervención efectiva que permita una relación renovada y constructiva entre las instituciones de salud y sus trabajadores.

Lo expuesto pone de manifiesto el problema cuanti- y cualitativo que implica el desarrollo de RHUS así como la necesidad de políticas a corto, mediano y largo plazo, tanto del sector público, como del privado. Se desprende que el principal problema radica en la existencia de una demanda creciente de RHUS y de una oferta limitada que impacta en la cantidad y en la calidad de los servicios. Este dilema, desde hace varios años, plantea un desafío estratégico inmediato: “mejorar calidad vs. cantidad”. Ello toma en la actualidad fuerza individual y colectiva dentro de un proceso amplio y complejo de reforma del sector, donde la gestión de recursos humanos eficiente y equitativa es prioritaria, para los principales actores: usuarios e instituciones públicas y privadas.

El propósito de este trabajo es estudiar la bibliografía publicada desde la década del noventa hasta la fecha por los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS, con el objeto principal de identificar los problemas críticos y las soluciones propuestas para los países de la Región de América Latina y el Caribe.

Previo a la revisión bibliográfica, se considera necesario describir la situación sanitaria de la Región así como las tendencias de los sistemas de salud, de las condiciones y relaciones laborales, y en materia de educación.

4.1.-Situación Sanitaria de la Región

Kohn y colaboradores sostienen que el panorama de salud en la Región se caracteriza por la coexistencia de daños debidos a enfermedades transmisibles, con enfermedades de tipo crónico–degenerativo, violencia, trauma, enfermedades laborales y enfermedades mentales⁶. Las últimas han reemplazado a las transmisibles como causas principales de muerte y enfermedad en la totalidad de los países. Entre las enfermedades transmisibles persisten las amenazas tradicionales, como la malaria, han aparecido nuevas amenazas (como el VIH/SIDA), han reemergido otras (como la tuberculosis) y se han producido cambios en las características de algunos agentes, tales como los virus de la influenza, cuyas variantes provocarían una pandemia de graves consecuencias (como la gripe A H1N1). Junto a esto, subsiste un grupo de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los países en desarrollo y que son consecuencia de la pobreza y, en general, están cargadas de estigma (como la elefantiasis, la lepra y la leptospirosis). Aunque estas enfermedades son prevenibles y curables con medicamentos de fácil administración, su control sigue siendo un reto. Pese a que en los últimos años ha sido

Gestión de Recursos Humanos en Salud

posible apreciar mejoras en la mayoría de los indicadores de salud tradicionales (por ejemplo en el periodo 1980-2005 la mortalidad infantil pasó de 56,6 a 24,8 por 1000 nacidos vivos) especialmente cuando se trata de promedios nacionales, la característica principal de la Región es la gran diferencia que muestran los indicadores de salud tanto entre los países como al interior de cada país.

Según la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2005), las desigualdades en salud están relacionadas a importantes diferencias geográficas, de edad, de género, de etnia, de educación y de distribución del ingreso⁷. En la Región, más de 45 millones de habitantes pertenecen a las etnias originarias, pero los sistemas de información no destacan suficientemente las variables raciales y culturales, lo que dificulta el desarrollo de estrategias apropiadas para intervenir sobre los daños a la salud de esta importante población.

Los logros en reducción de la mortalidad precoz y evitable han sido obtenidos en gran medida por acciones específicas del sector salud, especialmente de atención primaria de la salud (APS)^{*}, como el aumento de la cobertura de inmunizaciones, la planificación familiar y la rehidratación oral. De acuerdo a indicadores básicos de la OPS (2005), aún cuando la mortalidad materna ha disminuido, en el año 2005 la Región tenía una tasa de 71,9 por 100.000 nacidos vivos, alcanzando el valor máximo de 523 en Haití y el mínimo de 13,4 en Chile⁸. Los embarazos de adolescentes, en su mayoría no deseados, alcanzan el 20% del total de embarazos en muchos países constituyendo un desafío evidente para las futuras madres, los padres y sus hijos. La mortalidad por cáncer del cuello uterino, cáncer de mama, septicemias, desnutrición e infecciones respiratorias

* Atención Primaria de Salud es definida por la Conferencia de Alma Ata como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Al formar parte integral del sistema nacional de salud es la puerta de entrada y el lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población.

Gestión de Recursos Humanos en Salud

agudas (todas causas evitables de muerte) pueden ser reducidas con mayor efectividad y cobertura de la APS. En muchos casos, el avance que se puede lograr con acciones específicas del sistema de salud parece estar llegando a sus límites. Se reconoce cada vez más que los factores de riesgo de las principales causas de enfermedad y muerte, sobre los que hay que intervenir, escapan al control directo del sector salud. Por ejemplo, la mortalidad por causas externas y por algunas enfermedades (como las cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el VIH/SIDA) dependen mucho de las condiciones y estilos de vida, y del comportamiento de las personas. Así entonces, para avanzar más en términos de disminuir la carga de enfermedad evitable, es necesario revisar y actuar sobre los grandes determinantes y factores de riesgo de los principales problemas de salud. Para esto, se requiere del análisis de la evidencia, sobre la base de la experiencia internacional, que provea información útil para la toma de decisiones políticas, así como de alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales, a fin de asegurar la efectividad de las intervenciones.

El Banco Mundial (2006) y la OPS (2002), plantean que en términos de la contribución de la salud al logro de equidad en la distribución de la riqueza, la experiencia muestra que aquellas intervenciones dirigidas a posibilitar el máximo desarrollo de las potencialidades de la infancia mejoran su acceso al empleo productivo, y pueden dar por resultado generaciones con mayor posibilidad de movilidad social, la cual sigue estando seriamente limitada en la mayor parte de los países de la Región^{9,10}. La falta de oportunidades se manifiesta temprano en la infancia. Por ejemplo, de acuerdo a los datos aportados por la OPS-OMS/UNICEF para las Américas (2005), aproximadamente un 40% de los municipios de Latinoamérica y el Caribe no alcanzan la meta de vacunar al 95% de

los niños menores de un año contra la polio, la difteria, el tétanos y la tos ferina, lo que significa que por lo menos 800.000 niños no han sido adecuadamente protegidos contra estas enfermedades al cumplir un año de edad¹¹.

4.2.-Tendencias de los Sistemas de Salud

Con relación a los sistemas de salud, no se ha logrado superar su segmentación en subsectores generalmente público, privado y de la seguridad social, que no constituyen compartimentos estancos, sino que poseen permanentes y mutuas interpretaciones, verificadas en particular en el uso a veces del mismo recurso humano. Persisten además severas deficiencias en el desempeño de las políticas de financiamiento. Se percibe una situación de alta vulnerabilidad reflejada en que algunos países presentan un nivel de gasto insuficiente en salud, otros tienen alta dependencia de recursos externos y el gasto de bolsillo sube en la mayoría de los países. Todo esto afecta con mayor fuerza a las poblaciones más empobrecidas.

La modalidad de asignación de recursos sigue, en general, desvinculada de los resultados y del desempeño de los servicios. A menudo las decisiones no se sustentan en el análisis sistemático del conocimiento y de las lecciones aprendidas, y no considera la diversidad cultural existente.

La gestión clínica es aún insuficiente y no se han privilegiado las acciones de salud pública. La prestación de servicios de salud se caracteriza por el predominio del modelo curativo, centrado en los hospitales y en los cuidados individuales, relegando a un segundo plano la APS y los servicios de salud pública. Este modelo carece de

mecanismos de coordinación de servicios en red y no incorpora adecuadamente la promoción de la salud.

Los procesos de reforma del sector impulsados en la década de los noventa en América Latina y el Caribe centraron su atención en aspectos financieros y organizacionales, marginando aspectos esenciales de la salud pública. Esos procesos debilitaron el papel del Estado en áreas claves, y se registró un deterioro sostenido de la capacidad de los ministerios de salud para el ejercicio de su función rectora y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública.

Según datos de la OPS (2006), alrededor del año 2005 el gasto nacional en salud del conjunto de países de la Región representó aproximadamente 6,8% del PBI de la Región; lo que equivale a un gasto anual de U\$S 500 dólares per cápita. Aproximadamente la mitad de esa cantidad correspondió a gasto público, el cual comprende el gasto en servicios de atención de salud de las instituciones de salud del gobierno central, gobiernos locales, municipales y los gastos en servicios de salud a través de contribuciones obligatorias a fondos de salud de administración privada, o a instituciones de seguridad social. La mitad restante corresponde a gasto privado, el que incluye el gasto directo de bolsillo en la compra de bienes y servicios de salud, y los servicios de salud consumidos a través de esquemas de seguros privados de salud o de esquemas de medicina prepaga¹².

La escasez, mala distribución y falta de adecuación de RHUS a las necesidades de salud está acentuada por la migración de profesionales dentro del territorio nacional y a la emigración a países más ricos. La mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe están siendo afectados por este fenómeno que debe ser enfrentado a nivel nacional y también en el marco interamericano y mundial, ya que un número importante de países de

Gestión de Recursos Humanos en Salud

la Región no cuenta con los requerimientos de personal necesarios para tener una cobertura mínima (25 trabajadores de salud por 10.000 habitantes). La distribución de trabajadores de salud es muy desigual, ya que las áreas urbanas tienen de 8 a 10 veces más médicos que las rurales. Algunos países tienen importantes desequilibrios en su oferta de capacidades, con muy pocas enfermeras por médico y ausencia de otras profesiones imprescindibles. Las mujeres, que ocupan casi el 70% de la fuerza laboral del sector, son minoritarias en los cargos de dirección, tienden a recibir remuneraciones más bajas, y son las primeras afectadas por el desempleo. La formación de los RHUS sigue usando modalidades tradicionales que incentivan escasamente el desarrollo de condiciones de liderazgo y creatividad.

La planificación de los requerimientos de recursos humanos en cantidad y calidad adecuadas sigue siendo una carencia notoria en la Región. Muñoz y colaboradores reportaron que el análisis de la función esencial de salud pública N° 8 (capacidad de formación de los recursos humanos en salud pública) en el ejercicio de medición desarrollado por la OPS y el CDC en los años 2000 y 2001¹³, revela carencias de coordinación entre los ministerios de salud y los centros formadores de recursos humanos para la planificación del número y los perfiles profesionales de las personas necesarias para desempeñarse en los distintos niveles y estructuras de los sistemas de salud de la Región. Junto a esto, las conclusiones de diversas reuniones regionales de los centros formadores, han destacado la necesidad de desarrollar condiciones de liderazgo y capacidades de enfrentar problemas nuevos y solucionar conflictos entre las personas que se desempeñarán en los servicios de salud. Las metodologías docentes para el logro de tales capacidades deben ser más del tipo de solución de problemas que las habituales

basadas en la asistencia a clases teóricas que consideran al alumno como entes pasivos del proceso de enseñanza–aprendizaje.

4.3.-Tendencias de las Condiciones y Relaciones Laborales

Las condiciones de trabajo y las relaciones laborales en el sector salud están influidas por las reformas estatales y sus correspondientes cambios en la administración pública. Tiene que ver con los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a inéditos modos flexibles de empleo público. También los cambios en la situación y en las normas generales de empleo en las economías nacionales, que configuran las llamadas reformas laborales. Los procesos de ajuste económico en América Latina y el Caribe y la búsqueda para configurar economías abiertas, han tenido un efecto importante, sobre la fuerza de trabajo en general, y sobre el personal de salud. Una mirada a las políticas económicas del ajuste (fiscal, monetaria, comercial, productiva) y a las políticas de empleo, reconoce que el empleo ha sido una variable de ajuste muy importante.

Tal lo demuestran los cambios de trabajo formal a informal que en los últimos años han sido testigo de un proceso de crecimiento sostenido de precarización laboral en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir el 85% del empleo global. La OPS-OIT-CEPAL informan que de cada diez nuevos puestos de trabajo en América Latina, en los últimos 17 años, ocho pertenecen al sector no estructurado de la economía¹⁴. El 80% de los nuevos empleos en los últimos años se han creado en el sector servicios.

Otra variable es la demanda sostenida por trabajo de mayor calificación, mano de obra calificada, en contraste con las tendencias de las últimas décadas, donde el mercado optaba por personal de menor calificación. Esto responde a la reingeniería de los procesos productivos tendiente a ajustar costos y mejorar la eficiencia por medio del incremento de la productividad.

Se observa una tendencia creciente a las formas atípicas de contratación bajo los términos de “flexibles” y “convenios colectivos de trabajo”, que dan cuenta de la ausencia del Estado en su rol de regulación de los mercados de trabajo. Tampoco se da la autorregulación y el Estado está ausente con la consiguiente generación de distorsiones y precariedad.

Es de importancia enumerar elementos críticos en el campo de la gestión de RHUS que son consecuencia de los cambios notados en el sistema de atención. Existen múltiples y conflictivos actores sociales e intereses y se tiende a cuestionar al personal y a su trabajo. Esto genera relaciones complejas donde los acuerdos son dinámicos y constantes y donde predomina el concepto del recurso humano y su conocimiento como fuerza productiva por los años por venir.

Existe una encrucijada en la Región por la superposición de los ministerios de salud y educación dando como resultado una insuficiente regulación de la educación del personal de salud en sus diversos niveles (técnica, profesional y superior). En algunos casos la situación es más compleja con la generación de instituciones no gubernamentales con la misma finalidad. Es la situación que se aprecia en los reportes de Chile y México (para la formación de especialistas), por ejemplo. La situación se pone más difícil en aquellos casos en que los ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer mecanismos regulatorios

(sistemas de residencia, por ejemplo), capacidad negociadora, instancias de concertación con las corporaciones, que se había logrado generar (como son los casos de Perú y Ecuador).

En los momentos actuales la búsqueda de marcos y mecanismos de regulación del ejercicio profesional (ligados o no a sistemas de educación continua), o de perfeccionamiento de los actuales (México, Jamaica) es una preocupación general. Hay numerosas, aunque poco conocidas, experiencias de certificación profesional, y, en mucha menor cuantía, de recertificación de especialidades o de competencia profesional.

Con respecto a la regulación de los mercados laborales propiamente dicha, es decir el campo de las relaciones de trabajo, espacio de encuentro del derecho y la economía, parece ser que la actual tendencia a la flexibilidad sin protección expresaría un auge de la desregulación. Tal como expone Brito Quintana, el gran desafío es la generación a corto plazo de nuevos marcos regulatorios, de una nueva regulación, tanto de las relaciones individuales como colectivas de trabajo, explorando las posibilidades de flexibilizar con protección. Ese es el sentido del reciente reclamo de Amartya Sen (Premio Nobel de Economía 1998) ante la Asamblea Mundial de la OIT, al denunciar el peligro de la precariedad en el trabajo y la exclusión social en las economías de la globalización¹.

Los incentivos a la productividad es otra condición común. Esta cuestión es de relevancia no sólo porque está ampliamente difundida, sino sobre todo por las consecuencias en el desempeño efectivo del personal, su contribución a mejorar la productividad de los servicios, la sostenibilidad económica de los propios sistemas de incentivos y la propia gestión del personal.

La búsqueda de una mayor productividad en los servicios de salud, al igual que de la calidad, forma parte indisoluble de las orientaciones y propuestas contenidas en las

reformas, y como parte de estas, los programas de capacitación de los RHUS. La mayoría de los países, resaltan como muy importante los incentivos ligados a productividad: algunos países con experiencias vividas y en pleno curso (Brasil, México, Chile, Perú) y otros en vías de instalar o reclamando o evaluando la instalación de sistemas de incentivos (Panamá, Ecuador, Costa Rica, Jamaica, El Salvador)¹.

El tratamiento de los incentivos es muy complejo y conflictivo, tanto al abordarse como objeto de análisis (en lo teórico, metodológico y operacional), como al definirse como estrategia de intervención: en lo político, técnico y financiero (que como indica la experiencia de Brasil, la sostenibilidad es un problema mayor), como en su efectividad e impacto. Si, además, se refiere a su relación con la productividad, se incrementa su complejidad y su relevancia para el desarrollo de los servicios, incluyendo sus consecuencias para los principales afectados, los trabajadores.

Brito Quintana establece también que la definición y medida de la productividad en salud es uno de los temas más estudiados, por dinámicos y polémicos, de la gestión en Salud. La definición de los productos múltiples y de difícil definición del proceso de producción de servicios de salud, sus factores de producción y el papel del personal, la definición de indicadores y la información de apoyo, son algunos de los grandes problemas a resolver. En la esfera del trabajo propiamente dicho, se expresaron preocupaciones por parte de Chile y México debido a problemas de alta rotación del personal, ausentismo y desmotivación¹. Chile y Panamá expresaron la necesidad de intervenir sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo en los servicios y sobre los problemas de salud que aquejan al personal, resultante de las mismas¹⁵. Se ve claramente que todos los países iniciaron una reforma todavía no concluida y en muchos casos en la dirección errada para el momento y lugar. Queda todavía romper con el

Gestión de Recursos Humanos en Salud

paradigma, ya inmediato, de una nueva práctica de la gestión de RHUS inmersos en procesos sociales e institucionales complejos que comprometen tanto la dimensión técnica como las relacionales sociales, económicas, políticas y culturales. Una condición para ello sería la integración de las diversas dimensiones de la gestión de RHUS en una visión de la decisión y de la autoridad en el servicio: la gestión del desempeño, la educación permanente, la gestión de las relaciones de trabajo y de los conflictos, la administración del personal y la generación de una ética laboral en salud. Según la OPS (1996) todas ellas deben compartir un eje decisorio derivado de los objetivos de mejoría de la atención¹⁶.

Los responsables de la gestión de RHUS no disponen de un cuerpo sistematizado de conceptos y categorías, de saberes específicos, de instrumentos metodológicos y de técnicas para intervenir efectivamente sobre las condiciones, contenidos y resultados del trabajo del personal en los servicios de salud, sin perjuicio de la escasa prioridad que siempre se le ha asignado a esta función. Debido a ambas condiciones, la gestión de RHUS se ha dejado hasta hace muy poco en manos de personal de muy buena voluntad pero sin una formación adecuada. En el contexto previo de estabilidad regulatoria, esa falta de profesionalismo, configuró una práctica exclusivamente centrada en la administración de personal.

Junto a la tarea de construir una teoría del trabajo en salud, para lo cual se hace necesario investigar los problemas laborales en salud en sus distintas dimensiones y determinaciones, es necesario avanzar en la profesionalización del personal responsable de la gestión de RHUS. Para ello se propone un esfuerzo sostenido y compartido de capacitación de personal, basada en los principios de la educación permanente, es decir tomando como necesidades educacionales los problemas de la gestión y las situaciones y

decisiones cotidianas del propio gestor. Este empeño educacional debe constituirse en parte orgánica del desarrollo de capacidades técnicas en los proyectos de desarrollo institucional en las reformas.

El centralismo ha sido y aún sigue siendo muy fuerte en la administración pública en las Américas, a pesar de las fuertes tendencias descentralistas. Esto es más notorio en el sector salud. Frente a esta condición restrictiva de los cambios gerenciales, en algunos países se ha dado una flexibilidad normativa de facto (Perú, Brasil), mientras en otros países esa flexibilidad ha sido mediada por redefiniciones normativas y reglamentarias, como en el caso de Argentina.

La gestión de los recursos humanos es y será tributaria de las normas y regulaciones. Los cambios que se vienen dando en la dimensión legal y política del contrato laboral (y para el presente la necesidad de preservar mecanismos protectores de la calidad del empleo) hacen las normas necesarias porque definen reglas de juego y posibilidades de protección. Es necesario evitar la flexibilidad salvaje precarizante que se impuso en los años noventa en muchos países.

Otra tarea relativamente urgente para apoyar la efectividad de la gestión de RHUS podría ser la generación de técnicas sobre nuevas y más apropiadas bases: evaluación del desempeño, estimado local de necesidades de personal, definición de términos de referencia para contratos o licitaciones, evaluación de programas y proyectos, supervisión, habilidades de comunicación, etc., que a la fecha no se han puesto en marcha de forma sistematizada y que podrían contribuir a la efectividad de las intervenciones.

El desafío es el logro de calidad en el desempeño, con una mayor productividad, con una mayor motivación, con el compromiso institucional y con una mayor participación

en las decisiones que afectan el trabajo en los servicios. La encrucijada es que tales desafíos deben ser enfrentados con un margen precario de condiciones de trabajo, de escasas posibilidades y escasos recursos para la inversión en capital humano⁵.

4.4.-Tendencias en Materia de Educación

La mejora de la capacitación y desarrollo de los RHUS está estrechamente ligada a la calidad. En otras palabras, no se puede escindir mejora de la calidad de mejora en educación de la mano de un programa de desarrollo en la gestión de los recursos humanos.

La calidad de los servicios de salud aparece con mucha fuerza en los países de la Región como un objetivo de los cambios en los procesos de reforma y como una categoría dinamizadora del mejoramiento del desempeño y de la capacitación del personal. Según la OPS-CEPAL-OIT, en casi todos los Estados Miembros se ha puesto de manifiesto, de un lado, la intención de desarrollar o de fortalecer acciones o intervenciones para aumentar la calidad de atención, algunos claramente comprometidos con sistemas de mejora continua, en el contexto de procesos más amplios a nivel estatal o de la administración pública (como en los casos de Chile y México), y del otro, la necesidad de evaluar y comparar experiencias nacionales, con objetivos de aprendizaje institucional⁵.

La educación de los RHUS aparece en dos dimensiones principales: la educación para la preparación de profesionales y técnicos y la educación para el desempeño del personal en actividad.

Algunas reformas educacionales hicieron cambios en las regulaciones sobre la apertura de escuelas y programas educacionales de salud. Las reformas en la educación superior y las nuevas relaciones entre el estado y la universidad pública han generado importantes cambios de política educacional y de gestión institucional que afectan la formación profesional y técnica.

De manera unánime la formación educativa del personal profesional y técnico se definió históricamente sobre todo en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos de los servicios de salud. Estos requerían de personal generalista para la extensión de la cobertura y desarrollo de nuevos modelos de atención. Ejemplo de ello son los programas de médicos de familia y/o médicos de cabecera que llevan más de una década implementados en la región, con más experiencia en países europeos (Inglaterra y España) y con resultados dispares. Brasil, en su momento, resaltó además la dimensión económica de este problema: durante 1998 se gastaron 106 millones de dólares en becas para residencias médicas. Ante una tendencia por parte de las escuelas profesionales a cambiar los currículos como principal estrategia de cambio, se reclama, desde los otros actores del campo, la evaluación y la mejora de la calidad educativa, la regulación de la oferta educacional y un mayor compromiso institucional con los requerimientos de educación continua (y su articulación con mecanismos de regulación como certificación y recertificación) y de recalificación o de profesionalización para mejorar la calidad del desempeño del personal auxiliar y técnico en actividad.

En respuesta o en apoyo a la descentralización y a la instalación de nuevas formas de organización y de gestión, se generan proyectos o componentes de proyectos de desarrollo institucional para responder a necesidades de nuevos perfiles

ocupacionales, de nuevas competencias en los perfiles actuales, con una cobertura masiva y con impacto local. Estos proyectos han requerido la adopción de nuevos paradigmas educacionales y de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

Davini y colaboradores expresan que la gestión educacional bajo criterios de mercado, con cobertura masiva, impacto local y buscando la transformación de prácticas para sistemas descentralizados y nuevos modelos de atención es un enorme desafío para las tradicionales unidades de capacitación en el sector público. Se explican así nuevas modalidades de gestión educacional como son los fondos concursables (Costa Rica, Chile, Perú), la generación de redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Perú, Brasil), licitaciones internacionales y nacionales, y nuevas modalidades como educación a distancia y por encuentros, etc¹⁷.

5.-Breve Reseña Histórica

En 1999, la OPS respondió con el lanzamiento de la Iniciativa Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, en Santiago de Chile, con el objetivo inicial explícito de vigilar la repercusión de las reformas del sector en su fuerza laboral¹⁸. En septiembre de 2001, el 43º Consejo Directivo aprobó la resolución CD43.R6¹⁹ sobre el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los RHUS, por la cual instó a los Estados Miembros a otorgar carácter prioritario a las políticas para la formación de recursos humanos en sus procesos de reforma sectorial y a participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos. En 2004, 21 países se habían sumado a la iniciativa y participaban activamente usando la mejor información disponible y

Gestión de Recursos Humanos en Salud

estableciendo, con los interesados directos pertinentes, la factibilidad de las políticas y las intervenciones necesarias. El 45° Consejo Directivo (2004) aprobó la resolución CD45.R9 sobre el Observatorio de Recursos Humanos de Salud²⁰, por la cual solicitó a los Estados Miembros que lideraran eficazmente el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de RHUS que respaldase la estrategia de APS y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, y que explorasen maneras de abordar mejor la contratación activa de profesionales de la salud provenientes de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada. En respuesta a estos mandatos, la OPS realizó en 2005 una consulta para caracterizar los retos fundamentales a los que se encontraban enfrentando los países de la Región en el ámbito de los RHUS²¹. Los cinco retos fundamentales identificados se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud, durante la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005²². Aprovechando el Llamado a la Acción, muchos países iniciaron o intensificaron el proceso de formulación de planes de acción nacional y subregional con una perspectiva a 10 años. Los avances logrados se compartieron con los 31 países participantes en la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Lima en noviembre de 2006²³. En septiembre de 2006, el 47° Consejo Directivo promovió un debate sobre estos temas²⁴. La VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud en la reunión celebrada en Colonia del Sacramento (Uruguay), en octubre de 2006²⁵. La XXII Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), celebrada en la Ciudad de Guatemala en septiembre de 2006, reconoció la urgente necesidad de aprobar medidas y establecer un observatorio

Gestión de Recursos Humanos en Salud
subregional. En marzo de 2007, en La Paz, la Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSA) estuvo de acuerdo con la formulación de un plan de acción a 10 años²⁶.

6.-Consulta OPS (2005). Sobre los 5 Desafíos Críticos.

6.1.-Identificación de los cinco desafíos críticos a los que se han enfrentado durante la última década los países de la Región en el área de RHUS. (Ver Anexo I).

Como se mencionó anteriormente la consulta de la OPS realizada en el año 2005, permitió identificar los cinco desafíos críticos que se encontraban enfrentando los países de la Región en el ámbito de los RHUS. En efecto, cada país manifestó tener problemas particulares y desequilibrios en su fuerza de trabajo en salud que, muchas veces, afectaban de forma diferente regiones distintas en el mismo país²¹, a saber:

- Pocos países consiguieron definir de forma satisfactoria un diagnóstico de la situación de los RHUS y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados;
- Muchos de los países de la Región, con diferentes fases de desarrollo, consideraron insatisfactoria la cantidad, la adecuación y la capacidad del personal de acuerdo con las necesidades del país;
- La escasez y los desplazamientos de los trabajadores de salud, en especial de profesiones críticas para los servicios de salud, superaron en muchos casos,

Gestión de Recursos Humanos en Salud

la capacidad de los países de garantizar niveles mínimos de atención, muchas veces en las zonas o actividades más necesitadas;

- Inclusive en aquellos casos en que los países tienen cantidades suficientes de trabajadores de salud, los sistemas de gestión del trabajo no siempre posibilitaron a estos trabajadores brindar los mejores servicios de forma productiva y con calidad;
- A pesar de la existencia de muchas experiencias de aproximación entre los organismos de formación de profesionales y los servicios de salud, no suele existir una compatibilidad entre los perfiles educacionales y las competencias requeridas por los servicios;
- La planificación y regulación de los RHUS parece una atribución del Estado siempre que los servicios de salud conformen un sistema sobre el cual el Estado, o más concretamente, los Ministerios de Salud, mantienen un control y capacidad de decisión directa. Sin embargo, este puede no ser el caso en un buen número de países, donde el mercado tiene una influencia preponderante en el funcionamiento de los servicios de salud.

La consulta tuvo como objetivos evidenciar la importancia de los temas presentados para los actores consultados a fin de que el programa de colaboración conjunta (interna en los países, entre los países, y entre ellos y las agencias y organismos de cooperación internacional) sea construido sobre la base de las recomendaciones resultantes de los procesos de consulta realizados y señalar los caminos posibles para superar los desafíos críticos considerados.

Es en éstas cinco áreas que enfocaron su trabajo los Observatorios.

1.-Definir políticas y planes de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades sanitarias de la población y a los cambios previstos en los sistemas de salud. 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 la salud de manera que se garantice atención sanitaria a toda la población. Al mismo tiempo, desarrollar sistemas que les permitan beneficiarse de la inmigración de profesionales de la salud al país.

4.-Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promuevan ambientes de trabajo saludables y posibiliten 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, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades sanitarias de la población.

Los desafíos antedichos se convirtieron entonces en la plataforma común para el Llamado a la Acción de Toronto²², por medio del cual el Observatorio Regional se comprometió a una década de voluntad política, acción enfocada, y recursos financieros hacia el desarrollo y mejora de los RHUS en América Latina y el Caribe. Se buscó evaluar la importancia de los desafíos presentados para los actores consultados; determinar cómo se encontraban en ese momento los países, en relación a cada uno de estos desafíos; e identificar posibilidades de formulación de estrategias comunes para los países de la Región, con el fin de superar a cada uno de ellos.

6.2.-Análisis de las similitudes, particularidades, experiencias y reflexiones sobre los diferentes programas de desarrollo de RHUS en los países de la Región.

A continuación se analizarán las similitudes existentes, así como algunas particularidades, experiencias, reflexiones y comentarios²⁶ de los países de la Región.

En cuanto al primer desafío, existen mecanismos para que la disponibilidad de trabajadores se corresponda con las necesidades de salud de la población en cantidad, competencias y calidad, siempre y cuando:

1.-Haya una previsión de las tendencias de cambios demográficos y epidemiológicos que afectan las necesidades del personal de salud. Sin perjuicio de ello, debe tenerse en cuenta que:

País	Planteo
Bahamas	“El análisis de estas tendencias para tratar las necesidades a largo plazo de la población no ha sido ejecutado, y es necesario hacerlo.”
Perú	“Sin una mirada más prospectiva, el país estará condenado al inmediatismo. Corresponde a una institución nacional, con la participación de actores clave, asumir esta función. La adecuación o disponibilidad de recursos humanos debe ser realizada en función de las prioridades de salud, pero también debe estar asociada a otras estrategias, tales como disponibilidad de equipos y materiales.”
Surinam Trinidad & Tobago	“El análisis de estos datos no tiene una función activa para alimentar la discusión en esta área.”

2.-Haya información sobre la actual fuerza de trabajo en salud, en las diferentes profesiones y ocupaciones, y los perfiles y competencias que son necesarios para dar respuesta a los principales problemas de salud. No obstante:

País	Planteo
Argentina	“Es especialmente estratégico contar también con sistemas de gestión por competencias que permitan conocer el inventario real de capacidades, conocimientos y destrezas con las que contamos para enfrentar los desafíos de la salud.”
Bahamas	“A pesar de que existan, los datos no son utilizados para desarrollar proyecciones científicas de la oferta y demanda futura.”
Barbados	“Estos datos no son centralizados y en gran medida son realizados en un formato manual.”
Chile	“En general, se conoce el número de profesionales médicos y enfermeras, fundamentalmente aquellos que pertenecen al sector público. Para las otras profesiones y ocupaciones los esfuerzos han sido menores.”
Mexico	“La información no es homogénea para todas las disciplinas de la salud. La información más completa y sistemática proviene del área educacional y la menos completa y sistemática de los mercados de trabajo.”
Perú	“El Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud desempeña esta tarea, aunque el trabajo todavía es incipiente y lento por falta de recursos humanos, tecnológicos y financieros.”
República Dominicana	“La importancia de tener este tipo de información es evitar la saturación de un tipo de profesión o especialidad que no responda a las necesidades y demandas de salud de la población.”

Gestión de Recursos Humanos en Salud

Surinam	“Los datos sobre el número de trabajadores de salud existen, pero no están consolidados en un único lugar.”
---------	---

3.-Se conforme una unidad/dirección del Ministerio de Salud que se encargue de reunir las informaciones y proyecciones de oferta y demanda de la fuerza de trabajo y de proponer políticas generales para adecuar la disponibilidad nacional de trabajadores a las necesidades del país. Sin embargo, no basta con que exista una unidad/dirección, puesto que:

País	Planteo
Argentina	“Debe también poder enfrentar de forma convincente las líneas de política sectorial y sostenerlas en el tiempo.”
República Dominicana	“Debe existir una dirección técnicamente sólida y con liderazgo para poder articular el proceso con las demás acciones estratégicas del sistema.”

4.-Existan mecanismos de regulación del ejercicio profesional que permitan asegurar el mantenimiento de competencias y de calidad de la práctica. Para que dichos mecanismos tengan efectos positivos, ha de considerarse que:

País	Planteo
Bolivia	“Esta regulación debe ser establecida también a través de evaluaciones del desempeño del personal de salud. Es necesario un proceso que evalúe las competencias y la calidad de la práctica con el propósito de mejorar la atención a las personas.”
Cuba	“La participación social es un insumo importante en los procesos de evaluación de la atención y de los servicios de salud.”
Ecuador	“El establecimiento de estrategias y normas para el desarrollo integral del personal de salud debe impulsar los valores éticos, morales y mejorar las capacidades del sector salud.”
Guatemala	“No basta tener legislación y reglamentación, se deben desarrollar los mecanismos eficientes para supervisión del ejercicio profesional.”
Perú	“Los mecanismos de regulación deberán estar dentro de un Plan Nacional, en una carrera pública y una supervisión por un consejo o instituto técnico no politizado. Debe existir una instancia representada por la universidad,

5.- *Haya planificación presupuestaria del Estado que permita el empleo estable en la cantidad y tipo de trabajadores adecuados a las necesidades demográficas y epidemiológicas. Esta Condición no siempre es posible de ser alcanzada, dado que:*

País	Planteo
Bolivia	“Existe una contracción económica del Estado, ya que hay un desequilibrio entre las necesidades reales de personal de salud del sector, de acuerdo con las necesidades demográficas y epidemiológicas frente a la capacidad del Estado de contratación de nuevo personal de salud.”
Chile	“Es necesario y relevante conocer y proyectar el costo fijo, variable e incremental de las dotaciones de los establecimientos de salud, de forma de ir planificando y adecuando las necesidades presupuestales y financieras directas e indirectas.”
Guyana	“La información no está armonizada y analizada, lo que se traduce en un resultado subóptimo en la realización de los planes y proyecciones. El resultado está relacionado a la capacidad inadecuada de recoger la información pertinente.”
Perú	“Existe un creciente aumento de participación del sector privado en el sector salud y es indispensable que exista planificación, ya que la falta de planes genera distorsiones en dos extremos. Por un lado, condiciones de trabajos inadecuados e ilegales por su inestabilidad, en el otro extremo, estabilidad absoluta aunque el trabajo se efectúe de forma ineficiente. Por lo tanto, no deberían existir solamente políticas de estabilidad, sino también de recertificación, de rotación obligatoria para áreas menos desarrolladas y obligación de trabajar no sólo en un servicio (hospital, por ejemplo), sino en la toda la red de asistencia en sus diferentes niveles.”

En cuanto al segundo desafío, la disponibilidad de trabajadores de la salud en relación a los habitantes/usuarios permite el acceso de la población a los servicios de salud de forma igualitaria, incluyendo una mayor disponibilidad para poblaciones que tienen necesidades mayores. Este es el desafío que mejor está desarrollado en la Región. Se cuenta con información sobre distribución de cantidad de trabajadores en relación a la

Gestión de Recursos Humanos en Salud

población que cubren y en relación a las metas sanitarias, que es la condición más completamente desarrollada en promedio. Todos los países consultados consideran necesarias las condiciones indicadas, pero sugieren u observan lo siguiente:

1.-Debe existir información de distribución de cantidad de trabajadores en relación a la población que cubren, para el país en conjunto, en relación a las unidades geográficas (Estados, Municipios), en relación a los sectores públicos y privados y a las metas sanitarias, tales como las Metas de Desarrollo del Milenio²⁷. Esto no parece ser una condición suficiente, ya que:

País	Planteo
Argentina	“No será fácil mejorar la equidad en la distribución de personal de salud si los responsables de las áreas de salud no comprenden el modo en que se planifican los recursos humanos (no solo los médicos), como se calculan las dotaciones, como se proyectan puestos y perfiles por competencias, en sincronía con las metas sanitarias.”
Haití	“El Ministerio puede controlar y verificar el sector público, pero no existe un mecanismo para controlar la fuerza de trabajo del sector privado.”
Perú	“Se debe tener un mapa poblacional, un mapa epidemiológico y un mapa de distribución de trabajadores de la salud para poder delinear las políticas que hoy no existen. Sin embargo, la eficiencia y la distribución no deberían ser los criterios más importantes, y sí las necesidades y la magnitud de las necesidades. No necesariamente el criterio poblacional ayuda a satisfacer necesidades de salud. Es preferible la elección adecuada (o equitativa) de estrategias de salud y trabajo para los problemas dispersos.”
Trinidad & Tobago	“Esta información está disponible, pero no es usada de una manera significativa cuando se evalúan los resultados en salud, así como las Metas de Desarrollo para el Milenio.”

2.-Debe existir información sobre el uso de la fuerza de trabajo en diferentes niveles de atención y en programas prioritarios (por ejemplo: % de trabajadores en atención primaria y comunitaria en relación al % de trabajadores en hospitales ó % de

Gestión de Recursos Humanos en Salud

trabajadores en servicios de atención individual en relación al % de trabajadores en servicios de salud pública). La distribución de personal es importante ya que permite analizar problemas, tales como:

País	Planteo
Belice	“Alcanzar un equilibrio en los recursos humanos entre la atención preventiva y curativa, ya que es más económico emplear recursos en acciones preventivas que en estrategias curativas.”
El Salvador	“Estos porcentajes todavía no son considerados de forma significativa, ya que el modelo de atención predominante es el curativo. Las brechas son conocidas, pero continúa pendiente el fortalecimiento del nivel primario.”
Guatemala	“Algunas veces no es un problema de número, sino de localización el que se enfrenta y la falta de información puede incrementar innecesariamente el número de trabajadores en determinado nivel o dependencia, mientras que en otro está subutilizado.”
Perú	“Es preciso tener un sistema de información que permita generar este tipo de información.”

3.-Debe existir decisión política y planes efectivos para movilizar y atraer los trabajadores de salud a las regiones con mayores necesidades. Para ser efectiva necesita de otras circunstancias:

País	Planteo
Bahamas	“Es difícil atraer los profesionales de salud a las zonas rurales. Hay necesidad de mayor creatividad en términos de incentivos para abordar este problema.”
Belice	“Los profesionales de la salud, principalmente las enfermeras están migrando a los Estados Unidos, Reino Unido y Canadá en función de mejores formas de compensación. Hay necesidad de encontrar incentivos más atractivos para ofrecer a los profesionales de la salud que deberían ser alentados para quedarse en casa y en la región.”
Cuba	“Los profesionales de salud de mayor rendimiento son los seleccionados para desempeñar sus actividades en las zonas de difícil acceso y mayor complejidad, con resultados satisfactorios.”

Gestión de Recursos Humanos en Salud

Guatemala	“Es fundamental la decisión política y la existencia de planes efectivos para movilizar a los recursos necesarios a las regiones con mayores necesidades, las cuales son generalmente las de condiciones de vida más precarias y de mayor índice de marginalidad. Deben existir incentivos que vayan más allá de lo económico, como pueden ser los de desarrollo profesional.”
México	“No es sólo importante, es urgente.”
Perú	“Es necesario tener programas de capacitación, perfeccionamiento, pero deben ser articulados con otros sectores: educación, saneamiento, comunicación, transporte. La mayoría de los trabajadores viven en lugares aislados y necesitan desplazarse para estos programas.”

4.-Deben existir recursos y posibilidades de readecuar los presupuestos de gastos de personal de los Ministerios (o Secretarías) de Salud y de otros servicios públicos de acuerdo con las principales necesidades de la población. Ello depende de los sistemas de financiamiento de los servicios de salud en cada país:

País	Planteo
Brasil	“En Brasil hay leyes que determinan inversiones mínimas para los aportes federales, de estados y de municipios”
Costa Rica	“Algunas veces las planillas de presupuesto están adecuadas a las posibilidades económicas y no necesariamente a las necesidades del país.”
Honduras	“Está vinculado al alto costo del trabajo, ya que los gastos de pago de personal representan el 70% del presupuesto de salud y los gremios y sindicatos no lo aprobarían.”

En relación a las inversiones que están siendo realizadas por los países o a las acciones que ya iniciaron para superar este desafío, cabe resaltar las observaciones que siguen:

Gestión de Recursos Humanos en Salud

País	Planteo
Guyana	“El Estado invirtió, en grados variables, en todos los procesos anteriores. El éxito de las iniciativas, no está necesariamente relacionado con el funcionamiento del sistema como un todo. El éxito depende enormemente del liderazgo local (regional). Por ejemplo, en algunas regiones administrativas con un liderazgo mejor capacitado en el sector de salud, el desempeño en el área de los recursos humanos es mejor. En otras palabras, con limitaciones semejantes, las diversas Regiones presentan resultados diferentes. El descuido en el fortalecimiento del liderazgo sectorial local de una manera uniforme, refuerza estas deficiencias. Por otra parte, el fortalecimiento del liderazgo local permitirá una mejor utilización de los recursos ya invertidos, dentro del ambiente de contención presupuestaria. Pero sin una adecuada y regular supervisión del nivel central, las mejoras en este sentido podrían perderse rápidamente.”
Barbados	“Barbados ha invertido bastante, a lo largo de los años, en el desarrollo del sistema de APS gratuita para todos los barbadenses. En este sentido, esas instituciones funcionan con profesionales bien entrenados. Sin embargo, con el cambio del perfil epidemiológico resulta necesario asegurar que estos profesionales tengan las habilidades y los conocimientos constantemente mejorados para asegurar que puedan estar preparados para las afecciones médicas emergentes.”
Paraguay	“Se han invertido recursos técnicos y financieros en la implementación de los procesos anteriores, pero no se han informado y difundido suficientemente y no son ejecutados conforme lo establecido en las políticas. No se ejecutan los presupuestos para satisfacer las necesidades. No existe distribución ni localización de los recursos humanos conforme al perfil, idoneidad y a la capacidad profesional.”
Trinidad & Tobago	“El estado invirtió la atención y los recursos en todos los procesos mencionados arriba. Sin embargo, la información no es usada para el análisis crítico, como está siendo sugerido.”

En cuanto al tercer desafío, si bien se constatan desplazamientos y migraciones de profesionales de salud entre países y regiones, son conocidas sus tendencias y existen mecanismos que permiten ajustar la cantidad de formación de profesionales, los sistemas de incentivos y la creación de empleos, a fin de compensar dichos movimientos de manera que no perjudiquen los servicios en las zonas más necesitadas. Dado que es el desafío con menor desarrollo, es el de mayor prioridad para los países de la Región. Sugieren tener en cuenta lo siguiente:

1.-Debe existir un monitoreo de desplazamientos internos y migración internacional del personal de salud.

País	Planteo
Bahamas	“Se ha observado que han ocurrido transferencias internas de los médicos y de las enfermeras entre diversos organismos en el sector público. La migración externa (particularmente en el servicio de enfermería) también tuvo un impacto en los sectores de personal.”
Barbados	“La migración externa debe ser monitoreada, ya que es importante evaluar de forma completa los factores y las fuentes de esa situación. Es necesario mantener registradas las pérdidas y la repercusión de las mismas para el sector salud, ya sea en relación a las necesidades de salud de la población, o en relación a la planificación necesaria para la reposición de estos puestos vacantes. La pérdida en relación a la inversión en formación y desarrollo de personal también debe ser reconocida, particularmente a favor de los países pequeños. Para compensar esta pérdida, los países desarrollados que reciben estos trabajadores deberían dar mayor asistencia técnica a los países de los migrantes, dado que están consiguiendo ganancias substanciales por no tener que invertir en la formación de los expatriados, cuyos servicios utilizan.”
Chile	“No existen esfuerzos destinados a diagnosticar o conocer estos procesos.”
El Salvador	“Es un aspecto que se considera de mucha relevancia especialmente cuando los servicios son afectados con la migración interna o externa del personal calificado.”
Guatemala	“Es importante también comprender los motivos para la migración, los verdaderos incentivos y compensaciones que promueven estos movimientos para realizar acciones en algún sentido. Si no fuera comprendido así, se estaría en un papel de espectadores fáciles que no contribuyen en nada. El seguimiento de la migración interna debe ser motivo de preocupación especial, tratando de adecuarla a las necesidades de la población. Esta requiere que profesionales y técnicos formados en las principales ciudades emigren donde más se los necesita: regiones distantes del país, con carencias en muchos sentidos. Por otro lado, existen migraciones de personal en servicio del área rural para la urbana, en busca de mejores oportunidades. Esta tendencia produce mucho impacto en los servicios, ya que buena parte del país posee zonas rurales.”
República Dominicana	“Es importante realizar estudios para establecer una línea de base del flujo migratorio y del desplazamiento interno, para poder monitorear el comportamiento de este fenómeno; debe basarse en las informaciones y sensibilizar todos los actores para crear estrategias que impidan el éxodo y la pérdida de capital humano.”

2.-Deben existir acuerdos internacionales que regulen la actividad profesional de los trabajadores y que regulen los movimientos más habituales o frecuentes de trabajadores desde o hacia su país.

País	Planteo
Barbados	“Los acuerdos deben permitir la colaboración y la cooperación mutua entre los países.”
Bolivia	“Deberían existir tratados para evitar el excedente de recursos humanos en aquellos países que pueden recibir una gran oferta de recursos humanos. Este mecanismo permitiría un intercambio ordenado de profesionales de salud. Por otro lado, contar con instrumentos reguladores, podría evitar la discriminación de la cual son objeto los profesionales bolivianos en el exterior. Deben buscarse mecanismos para regular el ejercicio profesional de los extranjeros residentes en el país.”
Cuba	“La hipótesis de conseguir una mayor amplitud en la aceptación de los títulos profesionales (acreditación de los procesos de formación) puede contribuir para aumentar la cobertura de servicios de salud en los países con dificultades en distribuir los profesionales de salud.”
Ecuador	“Los acuerdos deben ser respetados de acuerdo con las normas vigentes en el país, sin dejar de lado el proceso de la globalización. Se debe dar protección a la fuerza de trabajo local, como una forma de garantizar la acreditación del recurso humano y proteger la población.”
República Dominicana	“Estos acuerdos deben ser igualitarios en el sentido de dar ventajas a los países involucrados, independientemente de su situación social, política y económica.”
Chile	“Es necesario distinguir las situaciones en las cuales el país estableció acciones y ha destinado recursos institucionales para su cumplimiento: autorización para el ejercicio profesional; revalidación del título profesional; y fiscalización del ejercicio profesional en el territorio nacional.”
Jamaica	“Actualmente, parte del control es hecho a través de registros del personal que sale del Ministerio. Sin embargo, esto no siempre indica las razones para la salida ni donde el individuo está actualmente. Además, para preparar el informe anual de salud se hacen contactos con algunas de las respectivas embajadas para determinar los números de profesionales que migraron.”

Gestión de Recursos Humanos en Salud

En cuanto al cuarto desafío, existen mecanismos y reglas de juego en materia de contratación, incentivos, evaluación del desempeño y educación permanente que permiten a los trabajadores comportarse en forma productiva, con un mantenimiento de su capacidad técnica, y buena calidad en el trato humano. Las organizaciones sindicales y profesionales comparten en líneas generales este comportamiento. Este desafío está siendo relativamente desarrollado en los países de la Región, especialmente en los del Conosur. Para alcanzarlo:

1.-Deben existir sistemas de contratación, incentivos y evaluación (contratos, carrera, plan de cargos y salarios) que promuevan la identificación de los trabajadores con la misión de dar buenos servicios de salud.

País	Planteo
Bahamas	“Se podría conseguir un mayor compromiso a través de la motivación en forma de oportunidades de entrenamiento, progreso de carreras y desarrollo de planes de incentivos.”
Colombia	“Los procesos de flexibilización en el trabajo implementados en las reformas de los últimos quince años incidieron negativamente en las condiciones de los trabajadores de la salud y por lo tanto, en desestimular la identificación del trabajador con la misión de dar buenos servicios de salud.”
Ecuador	“Sólo una profunda identificación de los trabajadores con su organización eleva la calidad y la productividad del trabajo. Es fundamental optimizar la efectividad, la eficiencia, la equidad y la satisfacción del usuario en los servicios, por ética, calidad y equidad.”
Jamaica	“El Ministerio reconoce las limitaciones en algunas de sus dotaciones y hace numerosas propuestas para ampliarlas. Pero por implicaciones monetarias, el Ministerio de Hacienda y Planeamiento no ha aprobado esas recomendaciones.”
México	“Aunque en la última década ha existido una fuerte tendencia a la precarización del empleo, con base en fórmulas flexibles de contratación, se ha mantenido un programa de estímulos a la productividad que fue actualizado y ampliado en la presente administración.”

Gestión de Recursos Humanos en Salud

República Dominicana	“Es necesario que se aplique el reglamento de recursos humanos, la carrera administrativa en salud y la carrera sanitaria. Estas tres cosas y la recertificación de profesionales son fundamentales para mejorar la prestación de servicios de salud y la calidad de vida de la fuerza de trabajo en salud.”
----------------------	--

2.-Debe existir un ambiente participativo y han de desarrollarse acciones que posibiliten una relación con las organizaciones de trabajadores que permite asegurar continuidad en la prestación de los servicios. Parece estar bien desarrollada en muchos países.

País	Planteo
Brasil	“El sistema de salud brasileño tiene en su estructura de gerencia la presencia de consejos municipales, estaduais y nacional de salud. En los tres niveles existe garantía de la presencia de representantes de trabajadores, usuarios y gerentes de salud.”
Colombia	“La capacidad de las organizaciones de trabajadores fue reducida radicalmente y ahora ellas tiene poca incidencia en la prestación de servicios, a través de huelgas y conflictos. En contraste, se presentan conflictos de tipo individual generados por la flexibilización del trabajo, que desestimula el desempeño de los trabajadores y afecta la calidad en la prestación de los servicios de salud.”
Costa Rica	“Es necesario contar con personal debidamente preparado para la negociación y establecimiento de los diferentes intereses de los trabajadores en salud, por medio de las organizaciones de trabajadores, tratando siempre de llegar a acuerdos saludables para ambas partes. Se concluye que si se ofrecen mejores condiciones laborales a los trabajadores, mejores serán los servicios que se brindan. Debe tenerse en cuenta que el conocimiento y buen manejo de aspectos legales y presupuestarios para la buena negociación, son también muy importantes para llegar a acuerdos positivos y reales.”
Ecuador	“La existencia de un ambiente participativo es fundamental para el desarrollo de la fuerza de trabajo y para evitar conflictos (o al menos disminuir los conflictos laborales más comunes), para el empoderamiento de la gestión y el fortalecimiento de los apoyos estratégicos. Se pueden realizar muchos cambios y mejorar el compromiso para cumplir los objetivos sanitarios, ya que la participación genera compromiso. El trabajo es potenciado mediante un buen clima organizacional.”
Perú	“Es necesario establecer mecanismos de participación en la modalidad de cogestión (proveedores, usuarios, sociedad civil) que permitan, al estar involucrados en las decisiones, estar también comprometidos con los

Gestión de Recursos Humanos en Salud

	resultados.”
Trinidad y Tobago	“Las prácticas constructivas y un ambiente participativo entre el sistema de servicios de salud y las organizaciones de trabajadores son importantes. Pero la relación es a veces forzada, en función de la desconfianza del sistema por los trabajadores y sus entidades representativas.”

3.-Deben existir sistemas de selección y capacitación de los gerentes/gestores que permitan desarrollar capacidades de gerencia de los equipos de trabajo que estimulan a los RHUS a brindar buenos servicios de salud a toda la población. En relación a esto, resultan necesarias ciertas condiciones básicas:

País	Planteo
Argentina	“La capacitación de los gerentes es vital ya que en parte la reforma sectorial está en las manos de los gestores o gerentes de áreas. Estos funcionarios frecuentemente no disponen de la formación técnica y del liderazgo que promueva la adhesión de los trabajadores a proyectos de calidad en salud. Es un hecho ampliamente comprobado que 70% de las buenas estrategias fracasan en la implementación.”
Bahamas	“Es importante, para un proceso de selección y capacitación de gerentes, que existan por lo menos dos requisitos previos: la objetividad en el proceso de selección y una selección basada en la capacidad en lugar del tiempo en servicio.”
Bolivia	“La formación en gerencia en las universidades no está contextualizada con los requerimientos del sistema de salud, por lo tanto los gerentes/gestores deben ser capacitados con enfoque en la APS en salud y preferentemente, con una metodología de capacitación en servicio.”

4.-Deben existir sistemas de educación permanente/educación en servicio que ayuden a mantener la capacidad técnica acorde a los cambios tecnológicos y a los cambios en las necesidades de salud.

Gestión de Recursos Humanos en Salud

País	Planteo
Guatemala	“Las dificultades existen, dado que no siempre hay un concepto claro de lo que es educación permanente y no existe la capacidad local para desarrollarla. La definición de necesidades educacionales que realmente respondan a las necesidades en la prestación de servicios continúa siendo un gran desafío, así como el adecuado acompañamiento y evaluación de las actividades educacionales. La cooperación externa que no es realizada mediante el enfoque de educación permanente contribuye a la distorsión del sistema.”
Guyana	“Hay ausencia de sistemas de registro de los profesionales capacitados, lo que lleva a que un número restringido de personas participe siempre en los mismos programas y se excluyan a otros.”
Bolivia	“En general, no existe un control sobre quien participó, si hubo cambios en el lugar de trabajo, o un proceso de evaluación que permita medir el impacto de la capacitación.”
Ecuador	“Salvo pocas experiencias locales "de laboratorio" no hay resultados, y además no se evalúa lo poco que existe.”

En cuanto al quinto desafío, si bien las instituciones de formación profesional se relacionan con los servicios de salud, conocen y proyectan las demandas de los RHUS en términos de cantidad y capacidades, y existen mecanismos nacionales para ajustar la formación de profesionales a las demandas de un modelo de servicios de salud de carácter universal, equitativo y de buena calidad. Las condiciones necesarias para la superación de este desafío y tratadas a continuación fueran consideradas como medianamente desarrolladas:

1.-Deben existir mecanismos que favorezcan la relación entre las instituciones de formación y los servicios de salud para el análisis de nuevas necesidades, planes y proyectos de cambios en los sistemas de salud.

2.-La necesidad de mantener relaciones continuas y planes conjuntos entre las universidades y los servicios de salud es reconocida por los países consultados, pero este proceso resulta difícil por algunas características:

País	Planteo
Belice	“La Universidad necesita conocer las necesidades prioritarias para que pueda elaborar los programas que suplirán estas necesidades. Este proceso no puede ocurrir espontáneamente, necesita coordinación y comunicación.”
Bolivia	“La planificación de recursos humanos en salud, no es una atribución exclusiva del Ministerio de Salud o de las Universidades. Deben intervenir diferentes instituciones, que en conjunto deberán definir el perfil y las competencias para la formación, y también la previsión de la cantidad de recursos humanos necesarios. Esto permitirá evitar el excedente de recursos humanos, pero también deberían existir mecanismos de regulación y acreditación en el nivel de pos-graduación.”
Costa Rica	“Es necesario y urgente vincular los planes de estudio con las necesidades del país, de tal manera que exista congruencia y adecuación del perfil educacional con el perfil de trabajo.”
Cuba	“En Cuba los servicios de salud y las instituciones de formación están integrados en un único sistema. Todos los servicios de salud funcionan simultáneamente como centros de formación de personal.”
Ecuador	“Debe haber acreditación de las instituciones y programas de formación en conformidad con la Ley de Educación Superior y garantizar la calidad de la atención a través de un proceso continuo de perfeccionamiento del talento humano. La integración docencia-servicio-investigación debe ser un eje del sistema.”
Perú	“Es importante para el Ministerio de Salud, que es el principal empleador, pero puede no ser tan importante para las universidades que son autónomas y buscan que sus productos estén de acuerdo con las necesidades externas, de modo de obtener más poder.”
Trinidad & Tobago	“Los mecanismos que son usados para analizar y prever las necesidades futuras deben ser ajustados al ambiente en transformación. Un proceso de planificación estratégica debería ser realizado para que las acciones se ejecuten de acuerdo con las necesidades existentes y puedan ser ajustadas a los programas nacionales de educación y formación profesional.”

3.-Deben existir regulaciones generales del Estado e incentivos a la formación profesional que conduzcan al diseño de planes de formación adecuados a la realidad de salud (como por ejemplo: currículos basados en los problemas de salud más frecuentes y

Gestión de Recursos Humanos en Salud

cargas horarias importantes para la formación en salud pública). Esta acción del Estado (como regulador e incentivador de cambios en el sistema de formación de trabajadores del sector salud) es claramente visible en países descentralizados o federales, así como en aquellos donde la universidad tiene autonomía. Algunos comentarios ilustran este punto:

País	Planteo
Bolivia	<p>“El Estado no es el único empleador y el crecimiento de los recursos humanos incorporados en el Estado es cada vez más bajo. Se debería establecer un currículo de formación basado en competencias mínimas que el Ministerio de Salud establezca, con base en sus políticas y estrategias y a partir de estas bases el desarrollo de un currículo adecuado a las condiciones del mercado profesional. Por otra parte, el currículo de las universidades no ha sido actualizado, y da énfasis en contenidos científicos y no al desarrollo de competencias que son importantes para el cumplimiento de las metas de salud del país. Los ámbitos de práctica son predominantemente hospitalarios, por lo que el Estado debería regular este proceso de formación a través de un sistema, que permita un control más adecuado, en especial de las universidades privadas.”</p> <p>“La existencia de mecanismos que favorezcan la relación entre las instituciones de formación y los servicios de salud para el análisis de nuevas necesidades, planes y proyectos de cambios en los sistemas de salud parece tener un grado de desarrollo mayor del que tienen las regulaciones e incentivos concretos por parte del Estado para favorecer estas interacciones; lo que lleva a pensar que probablemente estas interacciones sean producto de circunstancias más que de los sistemas institucionales. Varias carreras del sistema público desarrollaron procesos de acreditación, lo que significa que hay preocupación por mejorar la calidad de formación de los recursos humanos. Ninguna carrera de salud de alguna universidad privada fue todavía acreditada, lo que demuestra la falta de un sistema de reglamentación de la calidad de formación.”</p>
Brasil	<p>“En Brasil existe una regulación nacional para la orientación de currículos básicos para profesiones de salud, llamada “Directivas Curriculares.”</p>
Chile	<p>“Para la elaboración de un nuevo marco de regularización deberían ser considerados los siguientes elementos y procesos: 1. Redes de servicios; 2. Normas ministeriales; 3. Garantías explícitas; 4. Derechos de los usuarios; 5. Padrones docentes; 6. Acreditación de la capacidad formadora; 7. Evaluaciones periódicas de las referidas capacidades.”</p>
Costa Rica	<p>“Se debe coordinar con diferentes centros de formación de carácter público y privado e instituciones estatales que controlen la calidad en la formación.”</p>
Trinidad & Tobago	<p>“Cuando el Estado reglamenta el diseño de programas de formación profesional y los requisitos de certificación, no puede garantizar que estos</p>

Gestión de Recursos Humanos en Salud

	<p>procesos estarán constantemente en armonía con las necesidades de salud actuales y futuras de la población, ya que los niveles de investigación y desarrollo necesarios para esto no se realizan normalmente dentro del sistema.”</p> <p>“En relación a este desafío, el efecto negativo es que muchos de los que son capacitados migran para el exterior, lo que conduce a la escasez de profesionales de la salud.”</p>
Uruguay	“Este tema fue incluido en la negociación con el Ministerio de Salud Pública, de Trabajo, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto y los Sindicatos de Trabajadores de la Salud.”
Guatemala	“Es necesario realizar planes de trabajo para los próximos cinco años para cada una de las líneas de trabajo: desarrollo de Fuerza de trabajo en Salud; Integración Docente-asistencial; Investigación.”

En general, resulta necesaria para todos los países de la Región, una mayor atención respecto a la previsión de las tendencias de transiciones demográficas y epidemiológicas que afectan las necesidades de los RHUS, así como la planeación presupuestaria del Estado que permita el empleo estable en la cantidad y con el tipo de trabajadores adecuados a las necesidades demográficas y epidemiológicas. La gran mayoría de los países afirman que están realizando inversiones o bien que ya iniciaron acciones para superar este desafío. Dentro de las respuestas enviadas, algunas iniciativas particulares fueron resaltadas:

País	Planteo
Cuba	“En relación a la sistematización de la información de recursos humanos todavía existen desafíos pendientes, en el campo del análisis, de la difusión y del desarrollo de la red tecnológica de información de recursos humanos.”
Guatemala	“El Observatorio de Recursos Humanos se constituye en un espacio de análisis y consenso para la planificación nacional e institucional.”

7.-Metas Regionales para el período 2007-2015. (Ver Anexo II)

Las metas regionales en materia de RHUS para el período 2007-2015^{26,28} son una respuesta a la disposición de los países de la Región de actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los cinco desafíos que afrontan los que a diario trabajan para mejorar la calidad de vida de otros. El primer elemento indispensable del Plan de Acción Regional es la convicción común de la dirección que deben tener los cambios esenciales en la situación de RHUS, requeridos para producir un impacto sustancial en el desempeño general de los sistemas de salud, incluyendo el acceso a servicios de salud de calidad y las intervenciones de salud pública, para mejorar el estado de salud y bienestar de las poblaciones, con una atención especial a los grupos subatendidos y en riesgo. Estos cambios se expresan en las 20 metas regionales, presentadas a continuación y entendidas como un emprendimiento colectivo basado en el desarrollo de planes decenales de acción nacional encaminados a alcanzarlas, y guiados por los principios de equidad y panamericanismo y apoyado mediante cooperación activa entre países.

Meta 1: Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de RHUS de 25 por 10.000.

El sentido de esta meta es demostrar cuál es la relación entre la población de habitantes de un país y el número de RHUS para llamar la atención sobre posibles déficits o sobre la producción de estos recursos. Proviene de estudios globales que muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes, muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Con el fin de mejorar la salud de la población muchos países están concentrándose en el concepto renovado de sistemas de APS y en fortalecer la infraestructura general de salud pública. La característica clave de la reforma de APS es un cambio de dirección de la práctica individual centrada en el hospital, hacia equipos de profesionales de la comunidad responsables de brindar servicios de salud integral y coordinada a sus pacientes. Por tanto, resulta indispensable que la fuerza de trabajo esté apropiadamente preparada para encarar los cambios esperados en el sistema de salud. Dado que generalmente los médicos de APS solo representan el 25% de la fuerza de trabajo total de la Región, deberá incrementarse significativamente la cantidad de médicos. Tendrá que proporcionarse una respuesta más amplia, flexible y efectiva frente al universo entero de necesidades y prioridades de la comunidad.

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.

El Equipo de APS se refiere al grupo de profesionales que entregan servicios de salud en la comunidad en puntos “primarios” o de primer contacto entre el paciente y el sistema de entrega de salud. Sus miembros pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden. Su eficiencia está relacionada con su habilidad de llevar a cabo su trabajo y manejarse como un equipo de entrega de salud independiente, coordinada y autosuficiente. El Trabajador de Salud

Gestión de Recursos Humanos en Salud

Comunitario como miembro clave del Equipo de APS generalmente tiene familiaridad con la población que él o ella sirve, y por lo tanto proporciona un lazo más directo entre el sistema de entrega de la salud y las necesidades de salud identificadas en la comunidad. Brinda educación, referencia y seguimiento, manejo de casos y servicios de visitas al hogar de grupos vulnerables, a menudo las mujeres, quienes son el grupo de más alto riesgo para nacimientos con resultados desfavorables, particularmente bajo peso y mortalidad infantil.

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.

El sentido de esta meta es demostrar cuál es la desproporción que existe entre la producción del personal médico y de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. En algunos países se espera que por cada médico existan por lo menos 4 enfermeras en un país, pero la meta mínima en este caso ha sido referida a 1 médico y una enfermera. La meta espera llamar la atención sobre los déficits o sobre producción de estos recursos.

Meta 5: Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de RHUS responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.

El sentido de esta meta es llamar la atención sobre la importancia que los tomadores de decisión del más alto nivel asignan al RHUS. Este compromiso se concreta en la existencia de una unidad institucional específica de recursos humanos que marca la

Gestión de Recursos Humanos en Salud

dirección estratégica del tema para todo el sector salud y que, además, haya transformado su papel de administrador de personal al de gestor de políticas de RHUS. Esta dirección (también llamada Unidad, Oficina o Secretaría) de recursos humanos (puede tener otros nombres, tales como Gestión del Trabajo, del Talento, de las Personas) debe estar localizada en un alto nivel de comando del Ministerio de Salud Pública para que pueda ejercer poder con sus decisiones o su asesoría a la autoridad sanitaria nacional. Esta unidad debe tener la capacidad de: desarrollar políticas específicas de RHUS, contar con una unidad de Planificación de RHUS, realizar la conducción estratégica del RHUS, tener capacidad de negociación intersectorial tanto con las instancias formadoras como empleadoras de recursos humanos y gremiales, contar con un sistema de información nacional y de localización de la dirección de recursos humanos en los niveles de dirección de la estructura organizacional.

Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.

En los pasados veinte años la tasa de crecimiento de la población para muchas áreas urbanas de la Región ha doblado la de las áreas rurales. Igualmente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo a la tendencia hacia un mayor desequilibrio en la distribución urbana-rural de la fuerza de trabajo de la salud. Mientras las razones de médicos con respecto a la población puede ser hasta cuatro veces mayor en las áreas urbanas que en el país como un todo, las razones de médicos con respecto a la población puede ser más de ocho veces mayor a la cantidad de médicos en algunas áreas rurales. Por tanto, las comunidades rurales continúan teniendo un acceso muy limitado a los servicios de la salud requeridos comparados a sus contrapartes urbanas. Alcanzar una distribución

Gestión de Recursos Humanos en Salud

geográfica más equitativa de profesionales de la salud en la Región, particularmente dentro del contexto de equipos extendidos basados en la comunidad de APS, puede mejorar el acceso de la comunidad a servicios de la salud y contribuir a mejorar los resultados de salud y el estatus de salud general.

Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de APS tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

La eficiencia del Equipo de APS depende en gran parte de que los miembros posean las habilidades clínicas necesarias, conocimiento de salud pública y competencias interculturales para diagnosticar a los pacientes, administrar el tratamiento y monitorear los resultados, que sean apropiados y reflejen las necesidades de salud de las diferentes comunidades (étnicas, lingüísticas, religiosas, socio-económicas, etc.) que sirven. Las competencias amplias de salud pública pueden realzar la capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar atención integral, basada en la comunidad que responde a un rango más amplio de necesidades de salud de la población. Estas competencias incluyen las habilidades involucradas en prevenir enfermedad, prolongar la vida y promover y mantener la salud por medio de vigilancia de la población y promoción de hábitos saludables.

Las estrategias de salud pública deben ser sensibles a los contextos culturales en que se llevan a cabo. Además de incrementar el tamaño de la fuerza de trabajo, realzando las competencias interculturales de los trabajadores de la salud que estarán brindando los servicios, mejorará el acceso de los diferentes grupos culturales a los servicios de la salud necesarios.

Meta 8: 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

Además de brindar el primer punto de entrada a los sistemas de salud y proporcionar la función coordinadora para otros servicios de salud y comunitarios, la APS reconoce los determinantes más amplios de la salud. Esto incluye coordinar, integrar y expandir los sistemas de salud y servicios para mejorar la salud de la población, evitar la enfermedad y promover la salud. Fomenta el mejor uso de todos los proveedores de la salud, por medio de los enfoques que profundicen en la práctica, relaciones de trabajo cambiantes y posibles nuevos roles dentro de equipos multidisciplinarios, para maximizar el potencial de todos los RHUS. Es importante que todos los miembros del Equipo de APS tengan las habilidades apropiadas y trabajen a su nivel completo de competencia dentro de entornos multidisciplinarios para responder a las necesidades de las comunidades y a los requisitos técnicos de los sistemas cambiantes de entrega de la salud.

Meta 9: El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

Históricamente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo al continuo desequilibrio en la distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud como fue mencionado en la Meta 6. La razón urbana médico/habitante para algunos países de la Región es más de ocho veces mayor que el número de médicos en las áreas rurales. Muchos países han adoptado incentivos para atraer los profesionales de la salud a las áreas rurales, pero la mayoría solo han alcanzado logros modestos o de corto plazo. Aunque salarios

apropiados y entornos de trabajo estable y seguro son consideraciones claves en atraer a los trabajadores de la salud a las áreas rurales, colocar al individuo idóneo en el lugar apropiado parece ser igual de importante. Los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local favorece mucho más al Equipo de APS al tener un individuo que ya posee las sensibilidades culturales requeridas y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades.

Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.

En vista al déficit global que existe de RHUS en el 30% de los países, se prevén incrementos sustanciales en la demanda en los países más desarrollados, mientras que la migración cada vez más competitiva de trabajadores de la salud tendrá un impacto significativo en las fuerzas de trabajo de los países de menores ingresos. La OMS aboga por un código global de práctica para el reclutamiento internacional y el manejo del personal de la salud. Se les alienta a los países desarrollados a adoptar códigos de conducta sobre las prácticas éticas de reclutamiento (para compensar a los países desde donde son reclutados los profesionales de la salud) y al compromiso con políticas oficiales de autosuficiencia de la fuerza de trabajo a nivel país. Se espera que la emigración de RHUS constituya un serio problema para muchos de los países de Latinoamérica y el Caribe. Las inequidades en su producción no sólo varían a través de la Región, sino que la brecha entre los países con altas y bajas densidades de trabajadores de la salud

continúa creciendo. La adopción de un código de ética podría ser un importante primer paso para el desarrollo de políticas amplias y estabilizadoras de la fuerza de trabajo.

Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHUS.

Generalmente es concordado que cualquier estrategia a largo plazo de sostenibilidad de recursos humanos requiere de una gran inversión en la autosuficiencia nacional de RHUS para los países subdesarrollados (fuente) y países desarrollados (destino).

Los países subdesarrollados necesitarán trabajar (con el apoyo de políticas fiscales de otras naciones) en reducir los factores de empuje con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud, mientras los países desarrollados necesitarán reducir los incentivos e incrementar las barreras para disminuir los factores de atracción para los trabajadores de la salud migrantes. Un compromiso para ser más autosuficiente requiere que los países desarrollados entrenen y retengan más profesionales de la salud de acuerdo con las necesidades identificadas, mientras ponen énfasis particular en cumplir las demandas de la población por medio de programas apropiados de incentivos.

Se reconoce que la autosuficiencia es una meta a largo plazo para la mayoría de países que como política de primera respuesta de la planificación de RHUS, sin embargo, puede ayudar a estabilizar las fuerzas de trabajo del país al promover la inversión en la infraestructura de la fuerza de trabajo y al utilizar a los trabajadores migrantes como un buffer de demanda más que como la fuente primaria de trabajadores de la salud. La autosuficiencia enfatiza la inversión estratégica en el desarrollo de infraestructura de país para mejorar su capacidad general de lograr una fuerza de trabajo más óptima, estable y

Gestión de Recursos Humanos en Salud
apropiadamente distribuida por medio de reclutamiento más efectivo y políticas y programas de retención de recursos humanos.

Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Es importante incrementar el talento y las habilidades de la Región al asegurar la integración adecuada de los nuevos inmigrantes a la economía y a sus comunidades. La introducción de normas comunes y mecanismos para la evaluación de credenciales y competencias de trabajadores de la salud extranjeros quienes buscan certificarse puede asegurar el reconocimiento más acelerado de credenciales extranjeras y experiencia de trabajo previa y facilitar la asimilación de trabajadores de la salud inmigrantes a la fuerza de trabajo. Este enfoque puede fortalecer la capacidad de los RHUS para entregar servicios de salud al asegurar que los trabajadores migrantes sean aceptados a la fuerza de trabajo tan pronto como sea posible y al permitirles trabajar a sus mayores niveles de competencia. Un enfoque estandarizado que apoya el reconocimiento de credenciales extranjeras ayuda a estabilizar la fuerza de trabajo al mejorar el despliegue y la retención a largo plazo de los trabajadores de salud inmigrantes.

Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Un sistema de entrega de salud efectivo y funcional es uno de los muchos factores que determinan la salud de la población. Como tal, promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población. Trabajadores con empleo precario, tales como

Gestión de Recursos Humanos en Salud

empleados a medio-tiempo y personas trabajando en puestos de bajo pago con prospectos inciertos para el futuro, encaran altos niveles de inseguridad laboral y empleo de corto plazo frecuente. Condiciones de trabajo inseguras con riesgo de heridas, sobrecarga de trabajo y estrés en el lugar de trabajo también son comunes en muchos sectores de la entrega de atención de salud.

La reducción de empleo precario y sin protección para los proveedores de la salud incrementará el éxito a largo plazo del reclutamiento de la fuerza de trabajo y las estrategias de retención. Incrementará también la estabilidad, manejabilidad y efectividad general de los RHUS.

Indicadores de empleo estable, protegido en el sector salud puede incluir puestos de empleo con: seguro de empleo, planes de retiro y pensión, seguros de accidentes, seguros de servicios de salud, ausencia por embarazo, pagos por invalidez, cobertura de invalidez, condiciones seguras de trabajo, externalización de trabajo limitado, mecanismos de negociación establecidos y la mayoría de trabajos con contratos o condiciones de trabajo definidas.

Meta 14: El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

Deben ser desarrollados e implementados los programas de empleados de salud y seguridad, políticas y legislación para proporcionar garantías formales de protección consistente, protección de empleo a largo plazo para todos los trabajadores de la salud con respecto a las condiciones generales de trabajo y seguridad del lugar de trabajo. Los programas de Salud y Seguridad deben ser desarrollados de acuerdo a las demandas

Gestión de Recursos Humanos en Salud

específicas de los lugares de trabajo individuales. Los programas formales incrementarán la seguridad en los lugares de empleo, resultando en mayor satisfacción del trabajador, mejor desempeño y mayor estabilidad por medio de menores tasas de ausentismo, rotación y abandono del trabajo en general. Políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud incluyen cualquier medida proporcionada para asegurar la calidad y seguridad del lugar de trabajo de los servicios de la salud, tales como: equipo actualizado y reparado, entornos limpios, áreas estructuralmente seguras, la provisión de entrenamiento de seguridad, cobertura de seguro de salud y la provisión de servicios de la salud.

Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

El sentido de esta meta es profesionalizar la conducción de los servicios de salud en miras a lograr mayor eficiencia en la gestión junto a una gran capacidad de entrega por el trabajo.

Se espera poder demostrar cuántos gerentes cuentan con certificación formal que acredite esta profesionalización. Profesionalizar no es sinónimo de título universitario sino que también se lo entiende como entrenamiento en servicio. Los requisitos son garantizados a través de la certificación en salud pública y gestión, sean éstos a través de un curso universitario o de entrenamiento en servicio. Los contenidos de estos cursos desarrollan competencias para la salud pública y la gestión, e integran principios de carácter ético para el desempeño de dichas funciones.

Meta 16: El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

La entrega de servicios esenciales de salud debe ser considerada un servicio fundamental para la población. Como tal deberán crearse legislación efectiva y mecanismos de negociación laboral para resolver conflictos de trabajo y garantizar que no exista una interrupción de esos servicios de salud. El propósito de la iniciativa no es minimizar los temas laborales sino garantizar que el diálogo mejorado con las organizaciones de trabajadores permita la entrega de servicios esenciales de la salud que pueden ser necesarios mientras el conflicto laboral sea resuelto. Este mecanismo protegería los derechos de los trabajadores, consistente con las leyes locales laborales y prácticas sindicalistas, y garantizaría al paciente acceso a servicios de salud críticos. Los mecanismos de negociación deben ser designados, incluyendo la opción de arbitraje forzoso que equilibre los intereses de la gerencia y laborales, y a la vez cumplir con las necesidades críticas de atención a la salud de los pacientes.

Meta 17: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

Esta meta se inserta en el concepto renovado de APS que llama la atención hacia fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Por tanto, parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio y reafirmación de paradigmas

juegan los RHUS. La formación del personal en los espacios universitarios con este enfoque cobra una nueva e importante dimensión.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Esta meta pretende indagar si las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud han extendido su oferta educativa a otras áreas donde exista población que tradicionalmente no ha accedido a servicios sociales, entre ellos la posibilidad de estudiar alguna carrera de ciencias de la salud. El concepto renovado de atención primaria de salud se inserta en una dimensión filosófica que parte de los derechos humanos. Ergo las condiciones que reducen las posibilidades de garantizarlos, son motivo de atención para poder resolver estas exclusiones.

Los programas específicos se refieren a un diseño de currículo y formas de ejecución de los planes de estudio que permitan acercar a la universidad a las poblaciones tradicionalmente excluidas, en especial a aquellas excluidas por etnia, por recursos económicos y por distancias e inaccesibilidad geográfica.

Se han operado reformas curriculares en los últimos veinte años para integrar el concepto renovado de APS y contenidos sobre salud comunitaria con el fin de prestar atención integral, tomando a las familias y a la comunidad como base para la planificación y la acción. La APS no debe constituir un módulo conceptual y de reflexión sino que debe contemplar una práctica específica dentro de la formación, por ejemplo a través de estadías prolongadas en centros comunitarios y de atención primaria.

Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Esta meta pretende demostrar cuál es la magnitud de la deserción de estudiantes de medicina y enfermería que mide en definitiva la calidad del proceso educativo y las dificultades para la retención de los estudiantes en las carreras de salud, frente a los costos que implican su formación, su repitencia y abandono. Algunos estudios de países de la Región de las Américas muestran tasas de abandono mayores al 50 %, lo que implica un alto fracaso del sistema educativo para retener posibles futuros profesionales de salud.

Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Esta meta intenta incorporar la dimensión de la calidad de la educación que se imparte en las escuelas de ciencias de la salud y en las escuelas de salud pública y su certificación por parte de una entidad reconocida. La orientación de los servicios hacia la calidad es uno de los principios de los sistemas de salud basados en la APS y son la base para las políticas de salud y formación del personal sanitario.

Por último, respecto a las 20 metas analizadas anteriormente, se considera de suma importancia el desarrollo de un sistema de seguimiento y evaluación de los planes decenales. La Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos determinará los valores de la línea de base y vigilará el progreso logrado.

8.-Conclusiones

En los últimos años viene observándose un consenso mundial en torno a la crisis actual de los RHUS y un sentido creciente de urgencia a fin de realizar un esfuerzo colectivo que aborde algunos de los problemas más apremiantes. Las implicaciones de esta crisis son bien reconocidas por sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados. A pesar de una movilización sin precedentes de recursos financieros por parte de la comunidad internacional dirigidos a controlar la propagación de la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades prevenibles por vacunación, reducir la mortalidad materno-infantil y mejorar el estado nutricional de poblaciones en riesgo, existe gran preocupación de que estas inversiones no logren los resultados previstos ni sean sostenibles con el transcurso del tiempo a menos que se realicen esfuerzos sistemáticos para estabilizar una fuerza laboral competente, culturalmente apropiada y motivada. En muchas situaciones, la presión para actuar proviene de sectores amplios de la población que, con razón, exigen acceso básico al personal de asistencia sanitaria.

Prácticamente todos los países de la Región, sin dejar de reconocer su gran diversidad, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas en cuanto a los RHUS: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios

profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos.

Hacia finales de los años noventa, estos problemas (algunos de los cuales son parte de la agenda inconclusa, dada su persistencia con el transcurso del tiempo, y otros han surgido en el contexto de las reformas del sector salud) recibieron progresivamente mayor atención de la OPS y de sus Estados Miembros. La repercusión de las reformas en la gestión de la fuerza laboral de salud se convirtió en un motivo cada día mayor de preocupación ante la multiplicación de los conflictos laborales en la Región, algunos con consecuencias desastrosas para la población²⁹. De esta manera surgió la iniciativa de la OPS/OMS de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud con los propósitos de: a- generar conocimiento e información para la formulación de políticas integrales de RHUS en los países de la Región y b- evaluar y monitorear los procesos de reforma sectorial en lo que corresponde a los procesos de desarrollo de RHUS. En el año 2005 se identificaron cinco desafíos críticos que sirvieron de plataforma para elaborar las 20 metas regionales a superar durante el período 2007-2015, con el fin de mejorar el desempeño de los sistemas de salud y lograr los resultados de salud deseados.

Las presiones financieras ejercidas en los gobiernos y por los individuos por la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas, las discapacidades, los problemas sociales y conductuales y el envejecimiento de la población exigen un aumento sustancial de la eficiencia y cambios audaces en la planificación, organización y gestión de la fuerza laboral.

Problemas complejos que caracterizan el incremento, la distribución, la composición y el desempeño de la fuerza laboral exigen enfoques integrales y ponen en entredicho el establecimiento de compartimentos estancos y la actuación aislada. Se

Gestión de Recursos Humanos en Salud

reconoce que el desarrollo exitoso de los RHUS resulta del esfuerzo multisectorial, especialmente de Salud, Educación, Trabajo y Finanzas, que promueva la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales.

Los cambios radicales e intervenciones innovadoras serán más probables y sostenibles si la autoridad sanitaria nacional asume un liderazgo fuerte y elabora los planes de acción colaborativos que corresponda. A fin de lograr la máxima repercusión en los resultados de salud, los países consideran que estos planes deben centrarse esencialmente en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria y el fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública.

Albert Einstein en los años 30, escribió:

No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo.

Las crisis y los momentos difíciles son una bendición, una ocasión, una oportunidad en tanto nos permitirá debatirnos con los problemas que la provocan y aportar soluciones en forma de progresos.

La creatividad nace de la angustia como el día nace de la noche oscura. Es en la crisis que nace la inventiva, es entonces donde la imaginación puede dar el máximo de sí misma, es entonces donde la creatividad puede lucir por encima de los que repiten aquello de "siempre se ha hecho así..."

Los descubrimientos y las grandes estrategias nacerán de momentos de dificultad y de superación.

Quien atribuye a la crisis sus fracasos y penurias violenta su propio talento y da por buenos los problemas sin buscar sus soluciones. La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El inconveniente de las personas es la pereza, el conformismo para encontrar las salidas y soluciones.

Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Un paseo turbio y tedioso que no mereceríamos fuera contado.

Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada

Uno. Hablar de crisis es promoverla, es poner sobre la mesa de operaciones, desguazarla, diseccionarla, reventarla...por el contrario, no afrontarla, acallarla es avivarla.

En vez de esto trabajemos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora que es la tragedia de no querer luchar por superarla.

Depende en gran medida de nuestra voluntad y de nuestro talento estar en la lista de supervivientes. "

Durante las últimas dos décadas ha podido identificarse, en la Región de América Latina y El Caribe, problemas en cuanto a la (1) la calidad del empleo y el régimen laboral, (2) la productividad del trabajo y la calidad de los servicios, (3) la formación (educación y adiestramiento) de los RHUS y (4) la gobernabilidad y conflictividad de los sectores salud. Asimismo se han descripto tendencias en relación a la situación sanitaria de la Región así como de los sistemas de salud, las condiciones y relaciones laborales, y en materia de educación. Todo ello ha conllevado a identificar 5 desafíos críticos, 5 desafíos alcanzados y una serie de condicionantes para alcanzar tales desafíos por parte del país miembro. A partir del análisis de las similitudes, particularidades, experiencias y reflexiones sobre los diferentes programas de desarrollo de RHUS, han surgido consiguientemente las metas regionales para el período 2007-2015 a modo de soluciones para enfrentar los 5 desafíos críticos.

Considero que la política de recursos humanos debe evolucionar dinámicamente con los objetivos del sistema de salud a fin de responder apropiadamente a un ambiente sociodemográfico y epidemiológico en rápido cambio. Algunos aspectos de la intervención en materia de RHUS necesitan varios años para producir los resultados deseados por lo que la política de recursos humanos debiera contemplar una combinación de intervenciones a corto, mediano y largo plazo.

9.-Referencias Bibliográficas

¹ Brito Quintana PE. Desafíos y Problemas de la Gestión de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

²Véase la página web <http://www.observarh.org>

³Brito Quintana PE. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000; 8(1/2): 43-54.

⁴Rigoli F. Los Observatorios de Recursos Humanos en América Latina. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Washington DC, USA, 2003.

⁵Propuesta Interagencial OPS-CEPAL-OIT. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Quito, Ecuador, Marzo del 2000.

⁶Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM y Col. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005;18(4/5):229–40. Indica que “la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora y se estima que el número de personas con estos trastornos en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010.”

⁷Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, Chile, 2005.

⁸Organización Panamericana de la Salud. Género, Salud y Desarrollo en las Américas – Indicadores Básicos. OPS, Washington D.C., USA, 2005.

⁹Banco Mundial. Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina. Documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Banco Mundial, Mayo de 2006.

¹⁰Bedregal P., Margozzini P. y Molina H. Revisión sistemática sobre eficacia y costo de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., USA, 2002.

¹¹Informes anuales de los países a la Unidad de Inmunización de la Oficina Sanitaria Panamericana mediante las tablas PAI/ Formularios Conjunto para la Notificación de la OPS–OMS/UNICEF para las Américas (datos de 2005).

¹²Organización Panamericana de la Salud. Base de datos de gasto en salud, 2006.

¹³Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P y col. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2000;8(1/2): 126-134.

¹⁴Martínez D. (OIT). Presentación en la Reunión de Constitución del Observatorio de los RRHH en las Reformas Sectoriales de Salud. OPS-OIT-CEPAL. Santiago de Chile, Chile, Junio de 1999.

¹⁵Quijivix Rivera VS, Concuá Hernández JM, Moino Castillo MJ y col. Caracterización del Recurso Humano Médico en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Región de Salud Sur. Guatemala, Mayo de 2008.

¹⁶ Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades. OPS. Washington D.C., USA, 1996.

¹⁷Davini MC, Nervi L, Roschke MA. La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Abril de 2002.

¹⁸Véase: <http://observatoriorh.rog>

¹⁹Resolución CD43.R6. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el Sector de la Salud. OPS/OMS. 43.^{er} Consejo Directivo. 53.^{er} Sesión del Comité Regional. Washington D.C., USA, Septiembre de 2001.

²⁰Resolución CD45.R9. Observatorio de Recursos Humanos de Salud. OPS/OMS. 45.º Consejo Directivo. 56.ª Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.,USA, Septiembre de 2004.

²¹Consulta Regional de Recursos Humanos en Salud: Desafíos Críticos. OPS/OMS. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos Críticos para una Década de Recursos Humanos en Salud en las Américas. Toronto, Canadá, Octubre de 2005.

²²Llamado a la Acción de Toronto. Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas. OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Ontario y Long Term Care. Toronto, Canadá, Octubre de 2005.

²³Planes Decenales de Recursos Humanos en Salud: Hacia una visión común. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, Noviembre de 2006.

²⁴Prioridades y estrategias en los recursos humanos para la salud, 47.º Consejo Directivo, Debate de las mesas redondas. OPS, Septiembre de 2006.

²⁵La Migración del Personal de Salud en la Región de las Américas, Situación, Perspectivas y Sugerencias para la Acción. Ministerio de Salud de Uruguay, OPS, Septiembre de 2006.

²⁶Resolución CSP27/10. Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.^a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C.,USA, Octubre de 2007.

²⁷Metas del Desarrollo del Milenio. Véase la página web:

<http://www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf>

²⁸Indicadores de las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015. Manual para Medición de Líneas de Base. OPS/OMS.

²⁹Scavino J. La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas en 2003. Véase: <http://observatorisp.org>

10.-Anexo I

Tabla I: Desafíos críticos, alcanzados y condicionantes para alcanzarlos.

Desafío Crítico	Desafío Alcanzado	Condicionantes
1.-Adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población.	Existen los mecanismos para que la disponibilidad de trabajadores se corresponda con las necesidades de salud de la población en cantidad, competencias y calidad.	-Previsión de tendencias epidemiológicas y demográficas. -Información sobre existencia de fuerza de trabajo en salud. -Existencia de una Unidad o Dirección para información en políticas de RHUS. -Mecanismos de regulación profesional. -Planificación presupuestaria que permite empleo estable.
2.- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los RHUS en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.	La disponibilidad de trabajadores de salud en relación a los habitantes/usuarios permite el acceso de la población a los servicios de salud de forma igualitaria, incluyendo una mayor disponibilidad para poblaciones con mayores necesidades.	-Información sobre distribución de la fuerza de trabajo en salud en relación a la población y a los niveles de atención. -Decisión política, recursos y capacidades para la redistribución de los RHUS.

<p>3.- Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud, ya como movimientos internos (dentro del país) como en migraciones internacionales, de manera que permitan garantizar la atención a la salud para toda la población.</p>	<p>Existen desplazamientos y migraciones de profesionales de salud entre países y regiones, pero se conocen las tendencias de los mismos y existen mecanismos que permiten ajustar la cantidad de formación de profesionales, los sistemas de incentivos y la creación de empleos, que permite compensar estos movimientos de manera que no perjudiquen los servicios en las zonas más necesitadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitoreo de la migración interna y externa. -Acuerdos internacionales para regular las migraciones.
<p>4.-Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.</p>	<p>Existen mecanismos y reglas de juego en materia de contratación, incentivos, evaluación del desempeño y educación permanente que permiten a los trabajadores comportarse en forma productiva, con un mantenimiento de su capacidad técnica, y buena calidad en el trato humano. Las organizaciones sindicales y profesionales comparten en líneas generales este comportamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sistemas de gestión que favorezcan el compromiso con la misión institucional. -Ambiente participativo y relaciones de trabajo positivas. -Sistemas de selección y capacitación de gerentes/gestores que garanticen buenos resultados. -Educación permanente en salud para desarrollar y mantener competencias.
<p>5.-Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los profesionales de salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.</p>	<p>Las instituciones de formación profesional se relacionan con los servicios de salud, conocen y proyectan las demandas de personal de salud en términos de cantidad y capacidades y existen mecanismos nacionales para ajustar la formación de profesionales a las demandas de un modelo de servicios de salud de carácter universal, equitativo y de buena calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mecanismos establecidos de relación entre las instituciones de formación de profesionales de salud y los servicios de salud para el análisis de nuevas necesidades, planes y proyectos de cambios en los sistemas de salud. -Regulaciones generales del Estado e incentivos de la formación profesional que conducen a diseñar los planes de formación adecuados a la realidad de salud.

11.-Anexo II

Tabla II: Metas Regionales para el período 2007-2015.

<p>Meta 1</p>	<p>Todos los países de la Región habrán logrado una razón de densidad de RHUS de 25 por 10.000.</p>
<p>Meta 2</p>	<p>Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.</p>
<p>Meta 3</p>	<p>Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.</p>

Meta 4	La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la Región.
Meta 5	Todos los países de la Región habrán establecido una unidad de RHUS responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.
Meta 6	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
Meta 7	Al menos el 70% de los trabajadores de APS tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.
Meta 8	70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
Meta 9	El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.
Meta 10	Todos los países de la Región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud.
Meta 11	Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHUS.
Meta 12	Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.
Meta 13	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países.
Meta 14	El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.
Meta 15	Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.
Meta 16	El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Meta 17	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.
Meta 18	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.
Meta 19	Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.
Meta 20	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.