

REUNIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD BUENOS AIRES: Los equipos de salud frente a nuevos y renovados desafíos

Mejorando la disponibilidad y la distribución
de los RHS – Buenos Aires 02/09/2015

Jacques E. Girard

 ma Faculté pour la vie

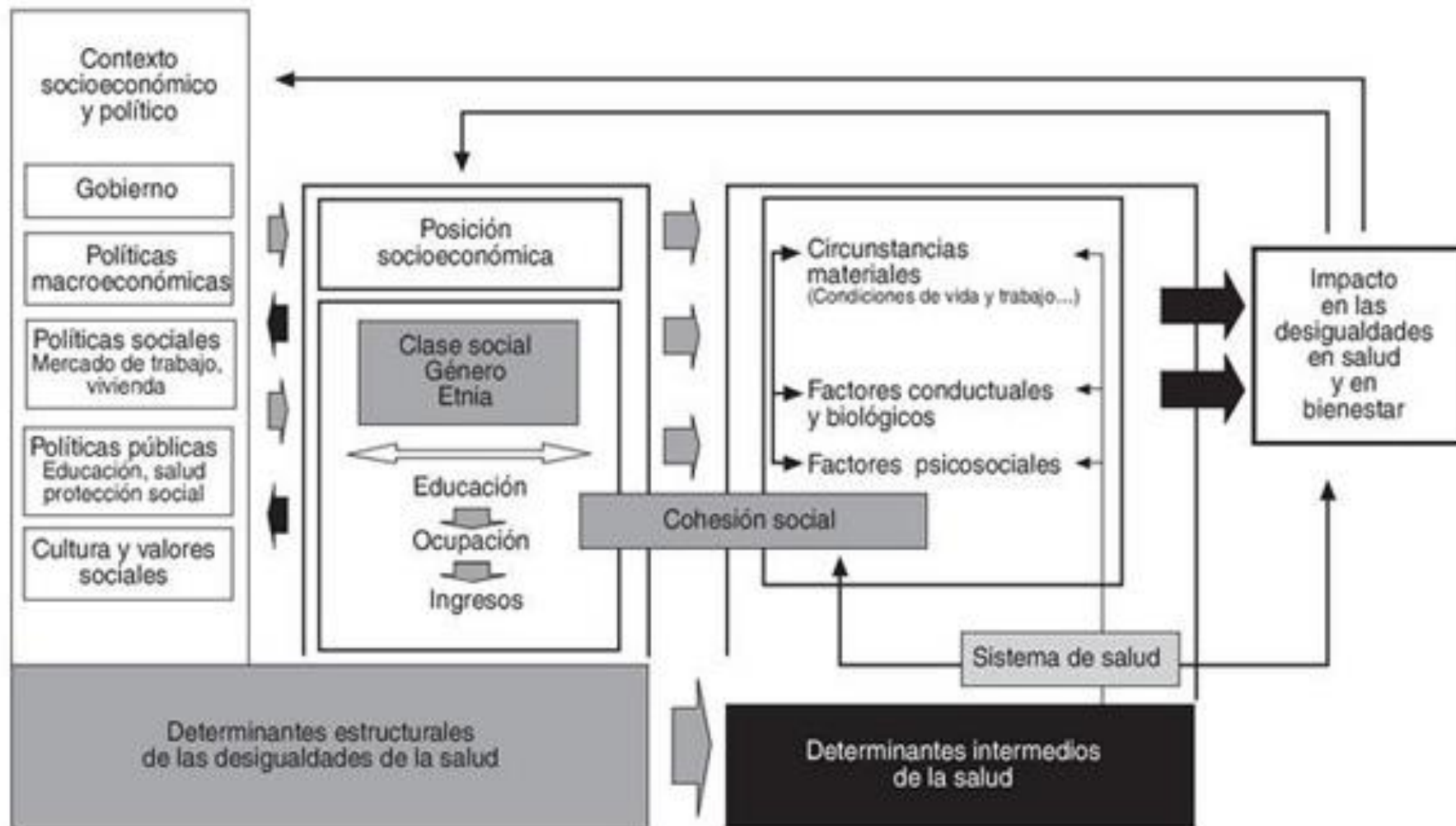
CITACIÓN DE LLONA KICKBUSH (OMS, 2014)

La naturaleza política de la salud global

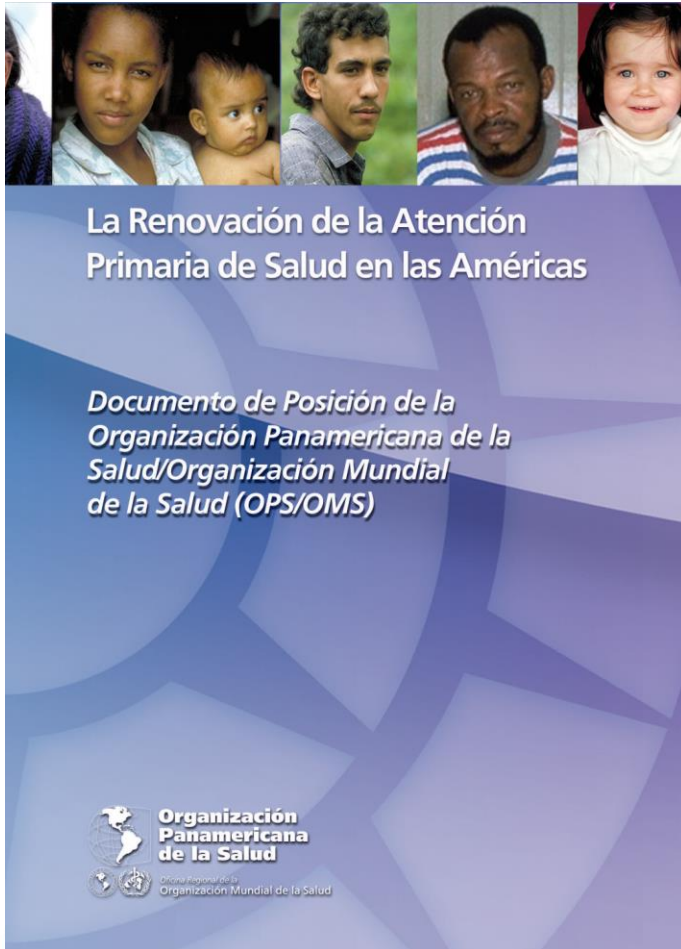
« Nos interpela para desarrollar un enfoque de salud pública que responde al mundo globalizado. La crisis de la salud global hoy en día no es por la enfermedad sino por la gobernanza »



UN ENFOQUE CLAVE ANTE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



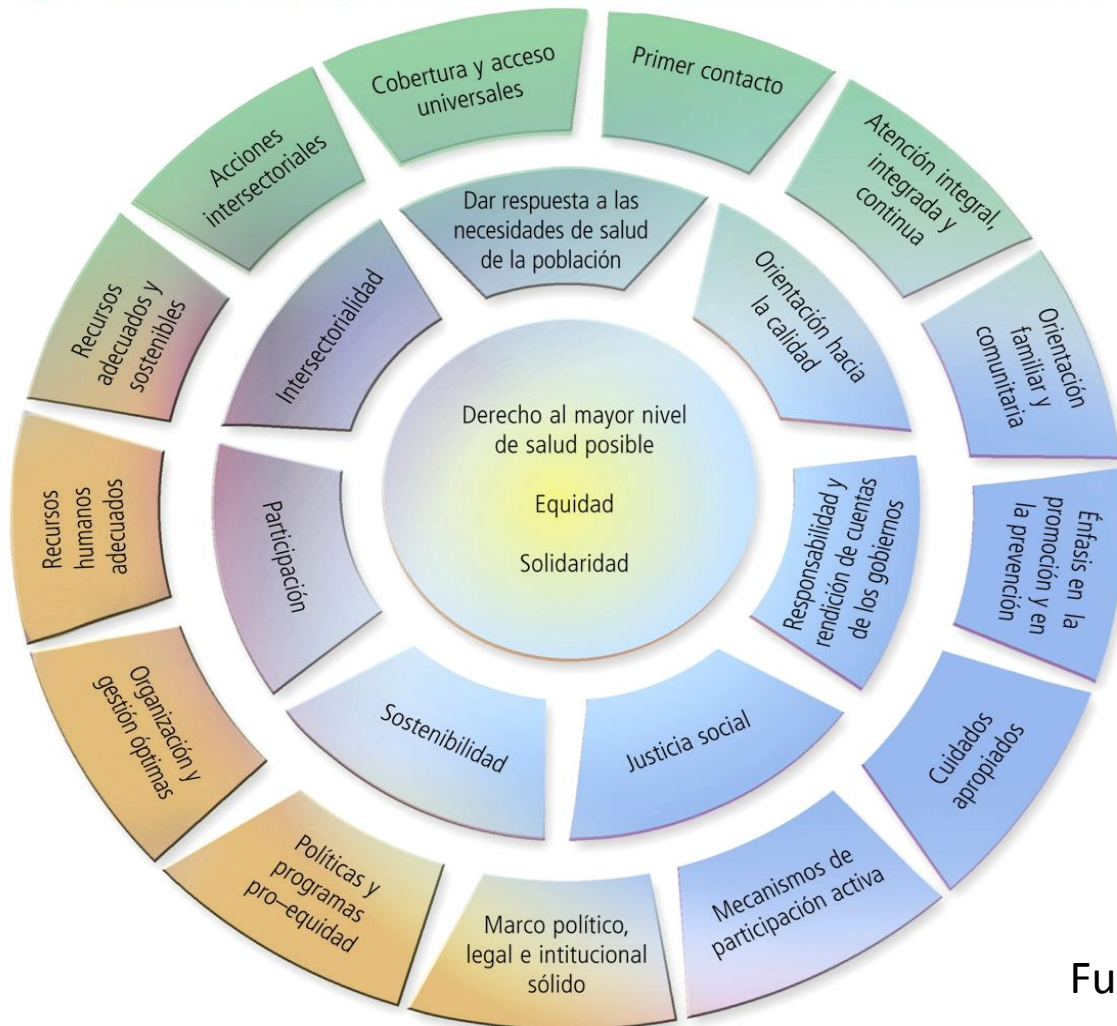
CUANDO ESPEREMOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS



ma Faculté pour la vie

LA APS RENOVADA ES MUCHO MÁS QUE EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS



INFORME DE LA SALUD EN EL MUNDO (OMS, 2008)



Figura 1 Reformas necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos



LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



SERIE

La Renovación de la Atención
Primaria de Salud en las Américas

No. 4

Redes Integradas de Servicios de Salud

*Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta
para su Implementación en las Américas*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

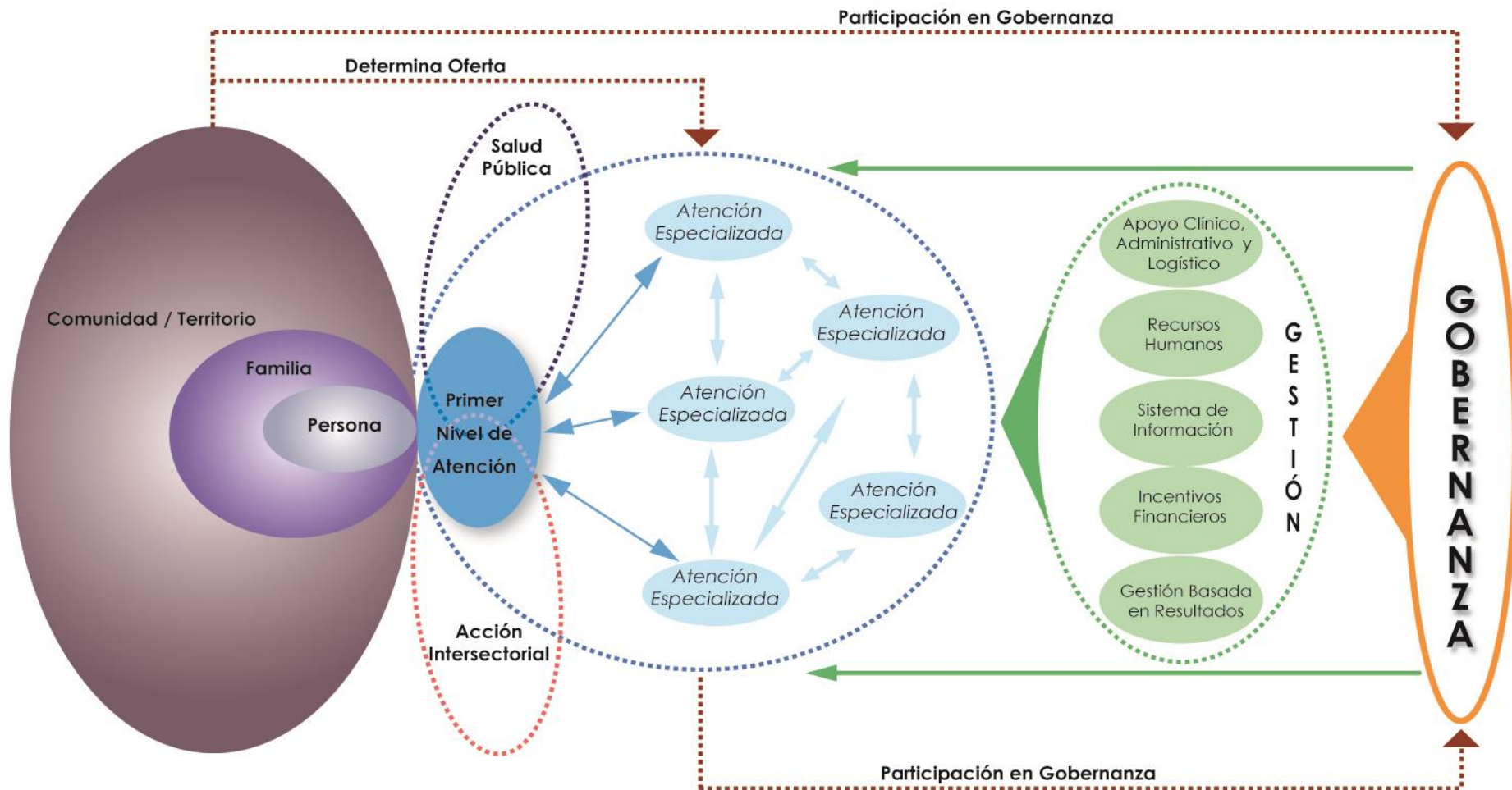
Centro Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Centro Regional de la
Organización Mundial de la Salud

PRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS ATRIBUTOS ESENCIALES DE LAS RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

UNA RED LOCAL DE SALUD: EL EJEMPLO DE QUEBEC



UNA RED LOCAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES

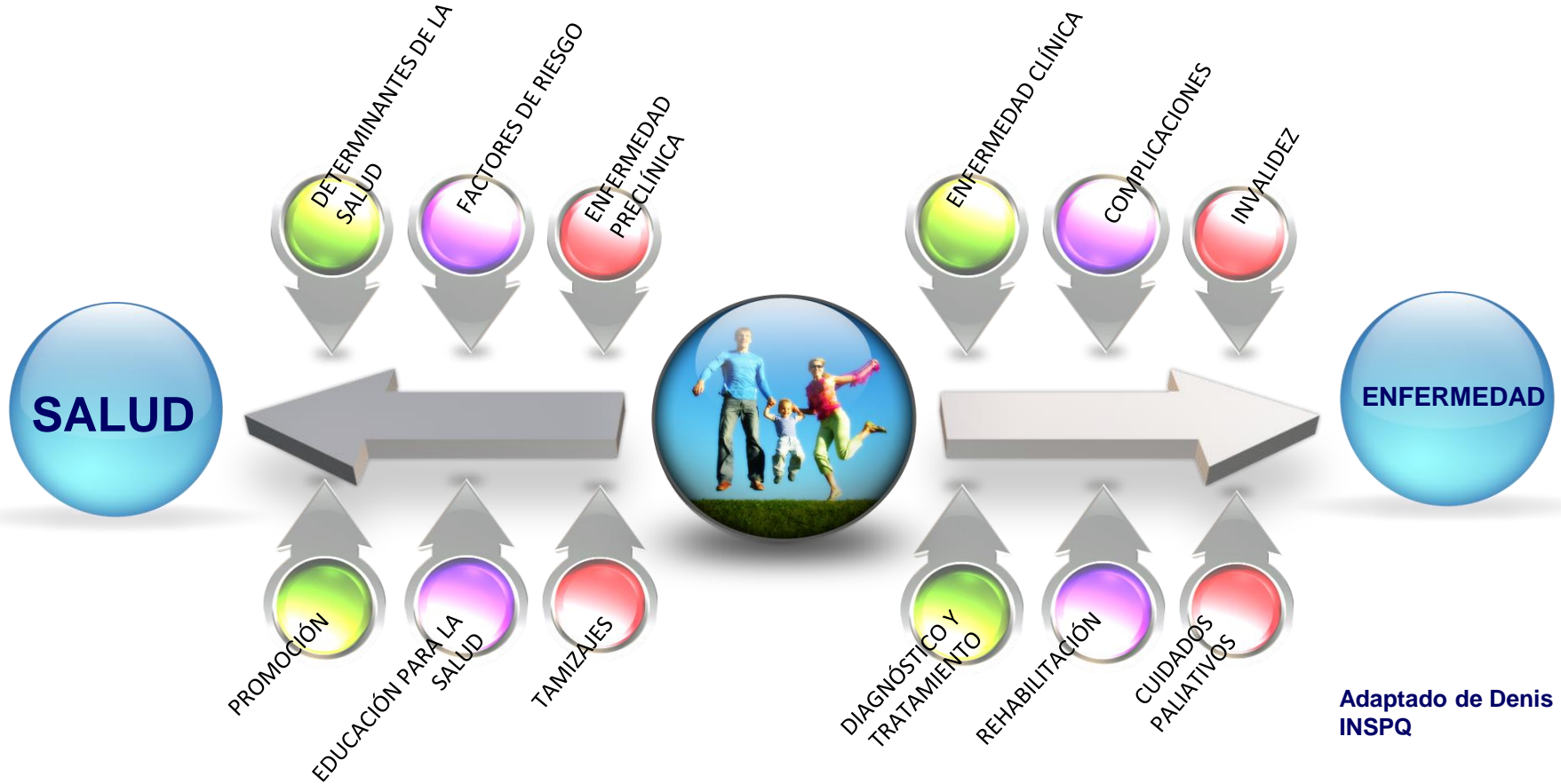


* Puede ser que un CSSS no incluya un centro hospitalario debido a la ausencia de tal estructura de servicios en un territorio, o de la complejidad de la integración o del reagrupamiento de estos servicios.

EMPODERAMIENTO SOCIAL Y ACCIÓN INTERSECTORIAL: DOS LLAVES

- Dos espacios que permiten las Redes Locales de Salud
- **Empoderamiento social** como proceso de construcción salud-enfermedad por vínculos entre ciudadanos e instituciones locales para mejorar las condiciones de vida a nivel social, cultural, económico y ambiental con el foco de reducir las desigualdades sociales de salud
- **Acción intersectorial** como un espacio de diferentes sectores y tipos de actores que apunta un resultado convenido colectivamente, cuyos esfuerzos resultarán mejor que la sola adición de las contribuciones por la influencia y el actuar sobre los determinantes sociales de la salud...

EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN SALUD / BIENESTAR



Adaptado de Denis Roy
INSPQ

**PROMOCIÓN Y
PREVENCIÓN**

CURACIÓN

CUIDADOS

PERSPECTIVA POBLACIONAL: EJES DE INTERVENCIÓN



Fuente: J. Rochon, IPCDC 2014

Individuo

Población

Sociedad

Atención en
salud

Funciones de
salud pública

Políticas públicas

Promoción de la salud
Prevención

Acciones
intersectoriales

Tratamiento
Readaptación

Vigilancia
Protección

Participación
ciudadana

ma Faculté pour la vie



EL DESAFÍO DE LOS SISTEMAS DE SALUD A TRAVÉS DE UNA MIRADA COMBINANDO APS Y RHUS

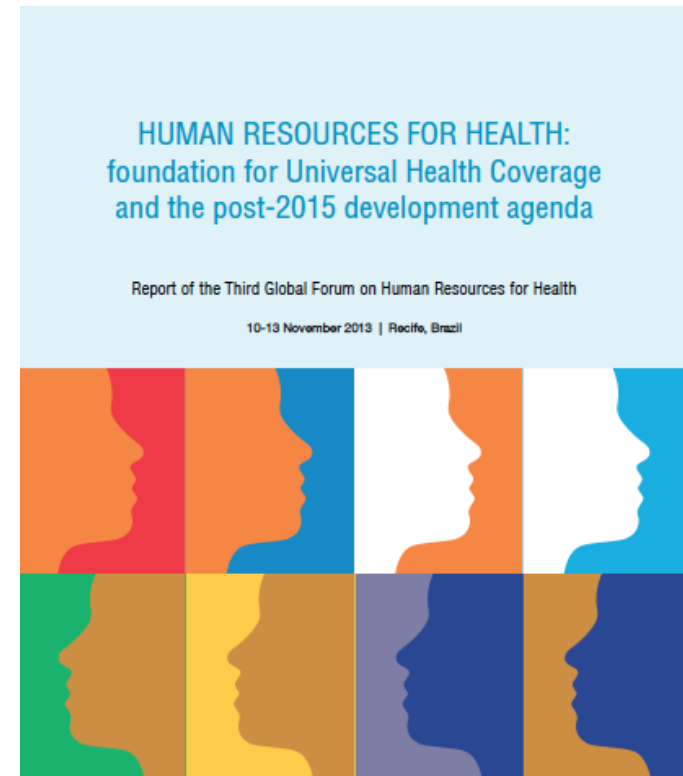
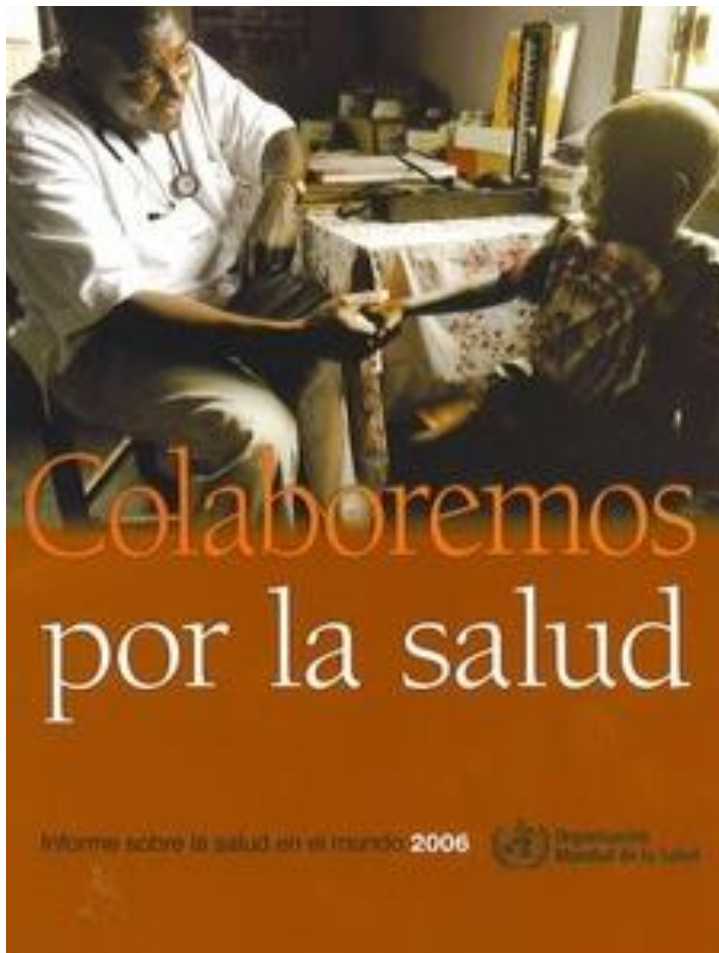


LOS OBJETIVOS DEL DECENIO DE LOS RECURSOS HUMANOS 2006 - 2015



- 1- Políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud y a los cambios en los sistemas de salud.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y acorde a las necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud para garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Asegurar condiciones de empleo y de trabajo adecuadas, relaciones laborales justas y asegurar ambientes de trabajo saludables
5. Mecanismos de interacción entre instituciones de formación y servicios de salud para adecuar la formación de los trabajadores de la salud a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

LA OMS: DEL INFORME 2006 AL ENCUENTRO DE RECIFE



ma Faculté pour la vie

VISIÓN 2006: LOS MERCADOS EN MATERIA DE RHUS (OMS)



RECIFE 2013: ENCUENTRO RHS VISIÓN EN POS DE 2015



“This requires long-term strategic planning, realistic forecasting, and political commitment, combined with adequate policy dialogue and related funding to make a whole-a government agenda on universal coverage a reality. It is critical to foster an inclusive environment conducive to a shared vision with other stakeholders.”

Fuente: OMS (2013) Report of the Third Global Forum on Human Resources for Health, 10-13 November 2013, Recife, Brazil

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE RHS PARA EMPEZAR

- Los RHS no son un variable de ajuste, sino un elemento clave para la transformación de nuestros sistemas de salud de tal manera que respondan mejor a las necesidades de la población
- Los RHS son unos requisitos para hacer posible sistemas de salud basados en la APS renovada como énfasis
- No se pueda lograr una cobertura universal sin acceso universal, ya que la atención con personal calificado y pertinente sigue ser un determinante de la salud potente
- Si hablemos de equidad, los RHS participan a este logro definiendo el equilibrio en el sistema de salud, cual sea su articulación como sistema mixta o público

ESTE CONTEXTO OBLIGA A CONTEMPLAR UNA PRIMERA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA

- Fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza a nivel de las autoridades de RHS supone capacidades nuevas para
 - Planificar con anticipación
 - Gestionar con una visión
 - Monitorear el desempeño del modelo de atención apropiado
 - Asegurar el dialogo permanente entre los actores, en particular entre la academia, la red de servicios, los gremios profesionales, etc.

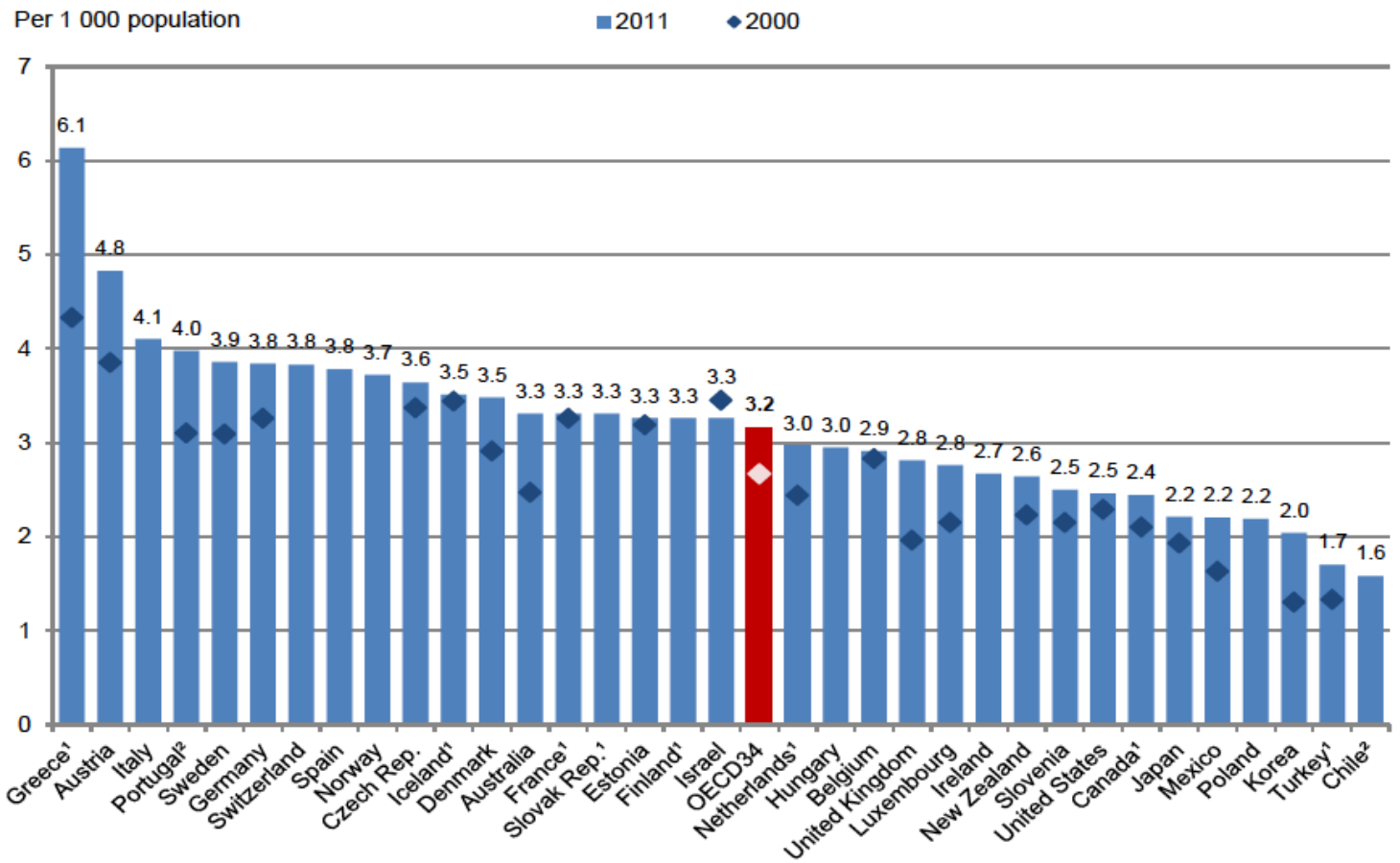
LA OCDE A LA BUSQUEDA DE UN REFERENTE METODOLÓGICO

Marco de referencia para la planificación de la fuerza laboral en salud



Fuente: OCDE, Health working papers No 62 (2013)

NÚMERO DE MÉDICOS EN EUROPA Y PAISES DE LA OCDE

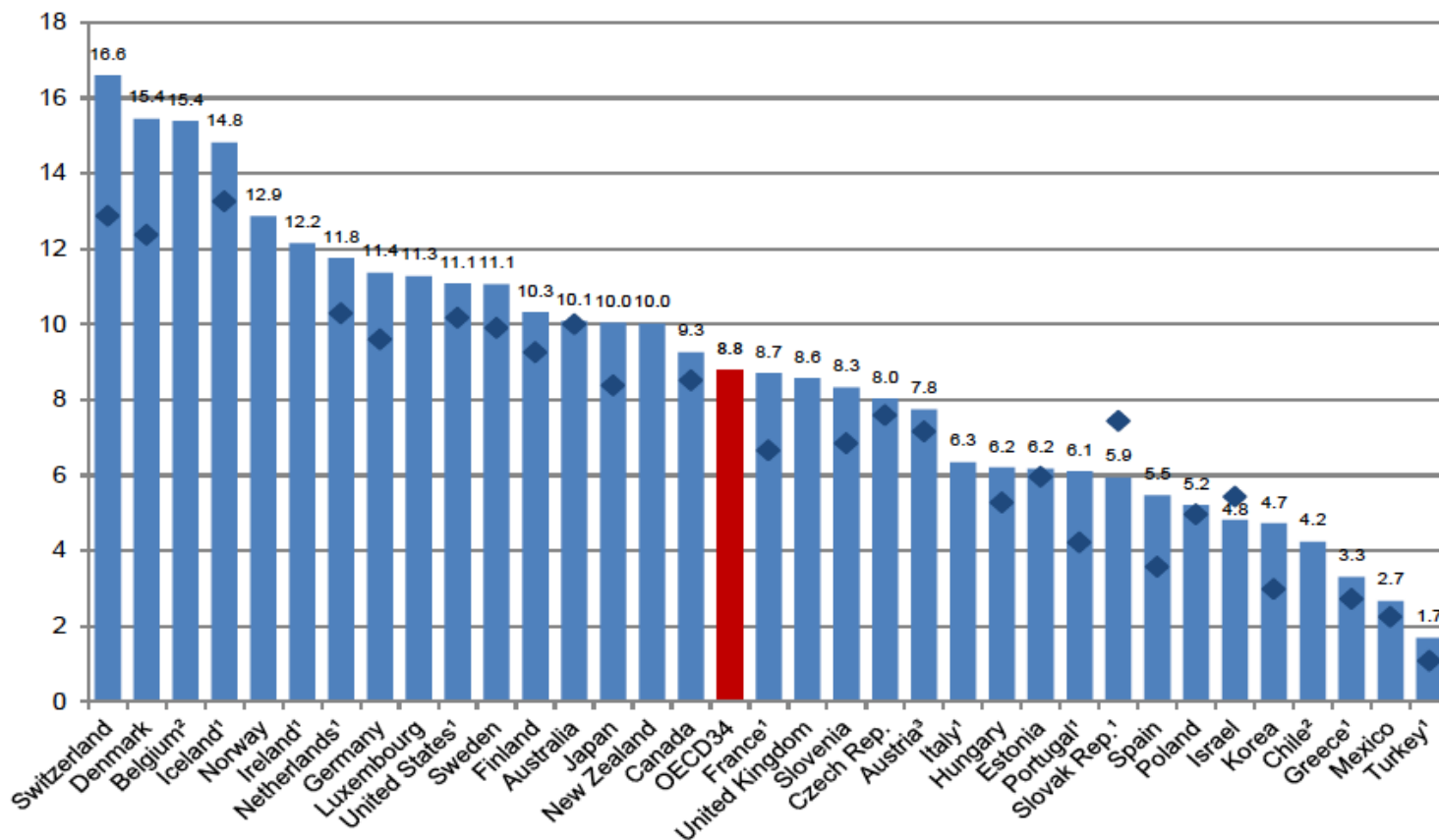


NÚMERO DE ENFERMERAS EN EUROPA Y PAISES DE LA OCDE



Per 1 000 population

■ 2011 ◆ 2000



OBSERVACIONES METODOLOGICAS

(Gaetan Lafortune, OCDE 2014)



- La planificación de la fuerza laboral en salud necesita ajustes permanentes
- Es imprescindible documentar la situación vigente antes de hacer proyecciones
- Proyectar permite no caer en la trampa de fluctuaciones cíclicas, sino mantener una mirada a largo plazo ante los retos estructurales
- La oferta se tiene que enfocar los padrones de retención y jubilación, además de los flujos migratorios
- La demanda falta todavía de supuestos sólidos en términos de rigor metodológico

PROYECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD (18 PAÍSES)



Country/Institution/Year	Coverage	Projection period
Australia, Health Workforce Australia (2012)	Physicians, nurses and midwives	2010 – 2025
Belgium, Federal Public Service (2009)	Physicians	2004 – 2035
Canada, Health Canada (2007)	Physicians and nurses	2005 – 2025
Canada, Canadian Nurses Association (2009)	Nurses	2007 – 2022
Canada, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and Ontario Medical Association, (2010)	Physicians	2008 – 2030
Chile, Ministry of Health (2009)	Medical specialists in public hospitals	2009 – 2012
Denmark, National Board of Health (2010)	Physicians	2010 – 2030
Finland, Ministry of Employment and the Economy, Ministry of Education and Culture (2011)	Overall workforce	2008 – 2025
France, Ministry of Social Affairs and Health (2009)	Physicians	2006 – 2030
France, Ministry of Social Affairs and Health (2011)	Nurses	2006 – 2030
Germany, Federal Statistical Office (2010)	Nurses in health care and long-term care	2008 – 2025
Germany, Joint Federal Committee (2012)	Physicians in ambulatory care	Annual decisions
Ireland, Training and Employment Authority (2009)	Physicians, nurses, and other healthcare workers	2008 – 2020
Israel, Ministry of Health (2010)	Physicians and nurses	2009 – 2025

Source: OECD Health Working Papers No. 62, 2013

PROYECCIONES DEL PERSONAL DE SALUD (18 PAÍSES)

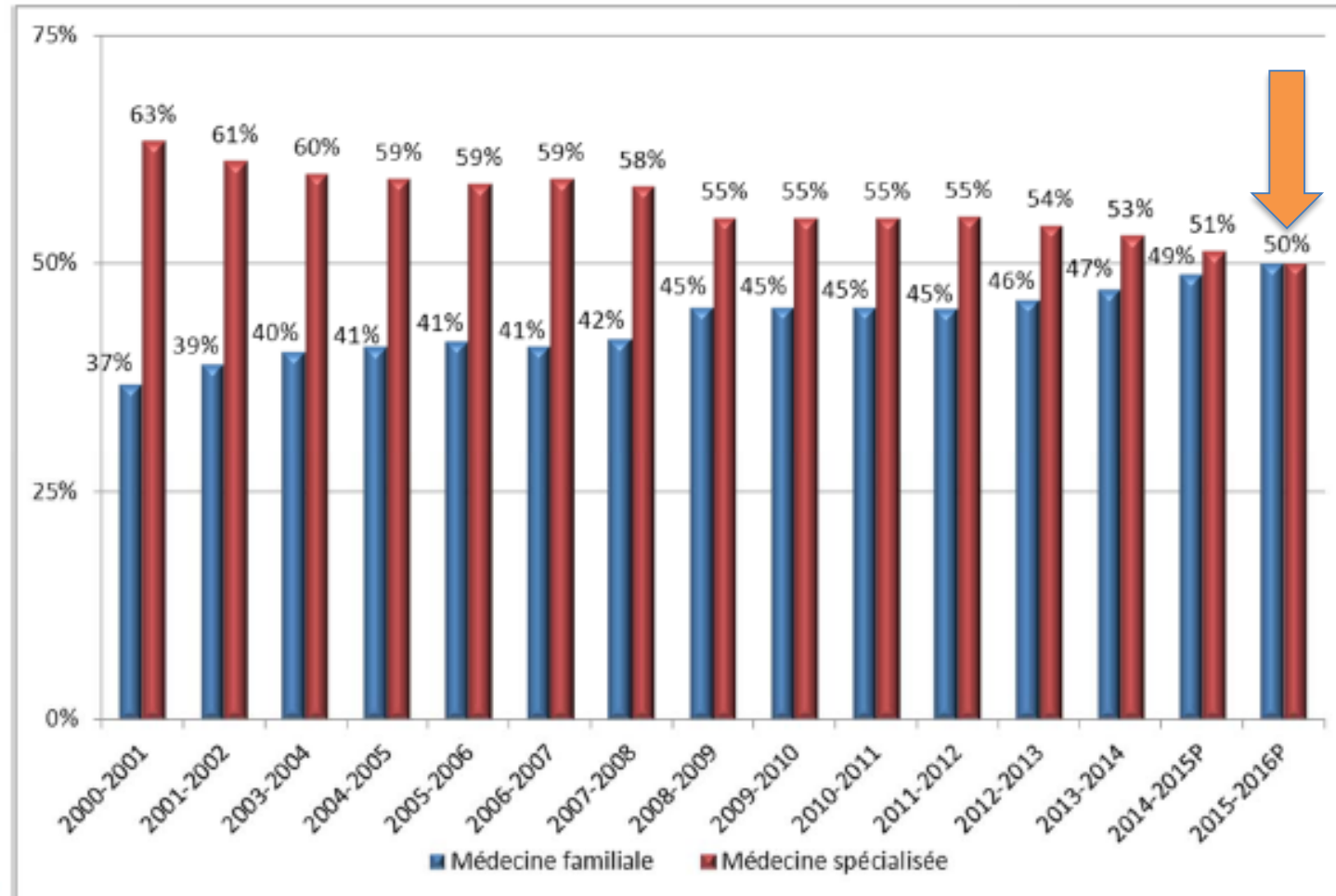


Country/Institution/Year	Coverage	Projection period
Italy, Ministry of Health	22 health workforce occupations	Annual decisions
Japan, National Commission on Social Security (2008)	Physicians, nurses, long-term care workers, pharmacists and other health workers	2007 – 2025
Japan, Physicians Supply/Demand Expert panel, Ministry of Health, Labour and Welfare (2006)	Physicians	2005 – 2040
Japan, Nurses Supply/Demand Expert panel, Ministry of Health, Labour and Welfare (2010)	Nurses	2011 – 2015
Korea, Korean Institute for Health and Social Affairs (2012)	15 health workforce occupations (including physicians and nurses)	2010 – 2025
Netherlands, Advisory Committee on Medical Manpower Planning (2010)	Physicians and dentists	2010 – 2028
Norway, Statistics Norway (2012)	Health care personnel	2010 – 2035
Switzerland, Swiss Health Observatory (2008)	Physicians in ambulatory care	2005 – 2030
Switzerland, Swiss Health Observatory (2009)	Physicians, nurses and other healthcare workers	2006 – 2020
United Kingdom, Centre for Workforce Intelligence (2012)	Physicians in NHS England	2011 – 2040
USA, National Center for Health Workforce Analysis (forthcoming)	Physicians, Nurse Practitioners, Physician Assistants	2012 – 2030

Source: OECD Health Working Papers No. 62, 2013



EVOLUCIÓN DE LA BRECHA DE PLAZAS PARA LA MEDICINA FAMILIAR



UNA ESTRATEGIA EFECTIVA PARA PROYECTAR LA PROFESIÓN MÉDICA EN EL FUTURO (QUEBEC)



- La Mesa permanente de concertación o como asegurar una representatividad de los actores médicos claves por sus integrantes:
 - Sub-Ministro de los asuntos médicos y universitarios (MSSS) y su equipo técnico
 - 18 Autoridades regionales de salud (ASSS)
 - Asociación de los establecimientos de salud (AQESSS)
 - Colegio de médicos de Quebec: protección del público y control de la práctica médica (registros confiables)
 - Académicos en la esfera estratégica: decanos de medicina (CDFMQ), rectores y presidentes de universidades (CREPUQ)
 - Gremios médicos (sindicatos), incluyendo a los estudiantes y residentes médicos: FMSQ, FMOQ, FMRQ, FEMQ
 - Ministerio de Educación Superior, Investigación y Tecnología
 - Ministerio de comunidades culturales

UNA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA CLAVE COMO SEGUNDO PILAR

- Mejorar la disponibilidad y la distribución de un personal calificado y pertinente
 - Mecanismos de incentivos para cubrir áreas desatendidas que se conjugan con intereses, motivaciones y condiciones laborales para lograr la atracción y la retención de RHS
 - Desarrollo de equipos multiprofesionales de APS a través de la regulación del ejercicio profesional para el despliegue de las potencialidades del personal de salud, la organización del trabajo para que sean efectivos y el uso de la telemedicina y de redes de aprendizaje

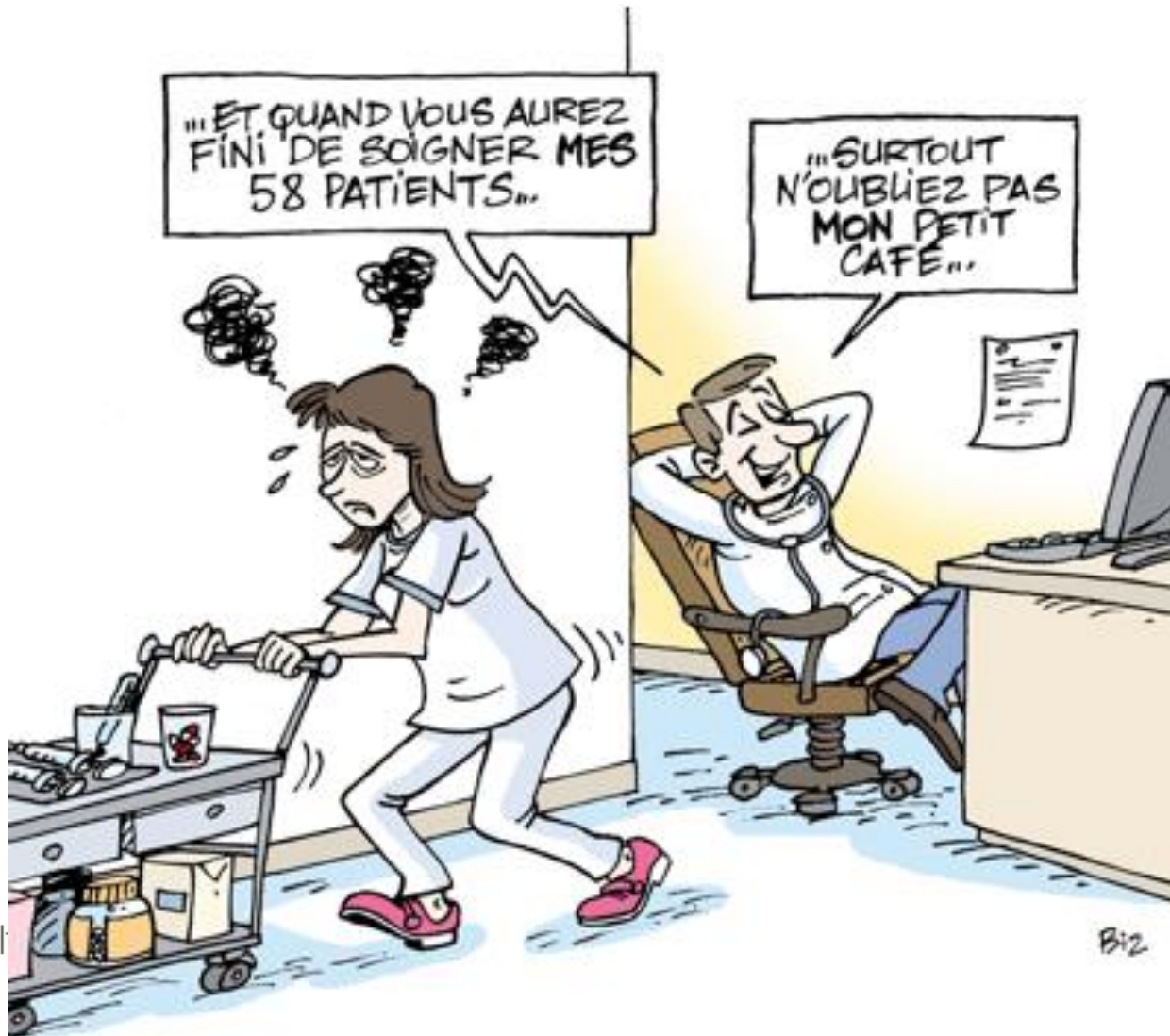
DESAFÍO DE ZONAS DESATENDIDAS: LA EXPERIENCIA DE QUEBEC

- General para todos los ciudadanos: beneficios fiscales (credito o deducción), reembolso de deudas en algunas profesiones, gastos de mudanza y transportes para la salud, reducción de tarifas aereas en regiones muy remotas, etc.
- Tres momentos: medidas hacia la atracción, instalación y/o retención
- Atracción e instalación en zonas remotas: la variable más potente es la procedencia del alumno, de tal manera que se pueda privilegiar cuotas para indigenas por ejemplo o personas procedentes de contextos de alta vulnerabilidad

DESAFÍO DE ZONAS DESATENDIDAS: LA EXPERIENCIA DE QUEBEC

- Medidas que tienen un efecto positivo en la atracción, instalación y retención de médicos en zonas remotas
 - Remuneración diferenciada
 - Mobilización de los actores protagonistas en la región que acoge a los médicos jóvenes
 - Pasantías del pregrado y posgrado en zonas remotas
 - Valoración de la carrera de medicina familiar como estrategia en regiones universitarias con una visibilidad académica
 - Medidas para enfrentar el aislamiento y la sobrecarga de trabajo
 - Valores generacionales distintos a tomar en cuenta

CUANDO USTED VAYA A TERMINAR A CUIDAR A MIS 58 PACIENTES... SOBRE TODO QUE NO OLVIDE MI CAFECITO



LA PRÁCTICA AVANZADA: UNA REALIDAD EN CIENCIAS ENFERMERAS

- La práctica avanzada se desempeña con enfermeras y enfermeros que asumen los conocimientos, habilidades y actitudes para tomar decisiones complejas, además que competencias clínicas cuyas características dependen del contexto legal del ejercicio profesional » (CII, 2008)
- Es la expresión emblemática de la modernización de la organización profesional a través de un nuevo compartimiento de los diferentes campos de ejercicio entre profesionales de la salud

MARCO JURIDICO DEL ROL PROFESIONAL DE LA ENFERMERA COMO EJEMPLO

La enfermera en practica avanzada en Quebec, con un nivel de formación de maestría, puede:

- Recetar exámenes para el diagnostico
- Utilizar técnicas diagnosticas que puedan ser invasivas
- Recetar medicamentos u otras sustancias
- Recetar tratamientos médicos
- Utilizar técnicas o aplicar tratamientos médicos

LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ENTRE MÉDICO DE FAMILIA Y ENFERMERA ES EMBLEMÁTICA EN APS

El médico es un socio para la enfermera que sabe cuando pedirle la consulta mientras que el médico establece una receta colectiva para actos médicos que la misma ejecuta de manera autónoma, si sea una práctica avanzada APS

- La literatura científica ha demostrado que es un modelo muy eficiente
- Esta colaboración interprofesional aumenta el acceso a la atención de manera significativa
- Los servicios están enfocados mejor a través de estrategias de prevención y de promoción de la salud
- Se encuentra un aumento de la calidad y de la seguridad en la atención, lo que va a contribuir a mejorar la salud

APS Y EQUIPO DE SALUD: UNA QUÍMICA POSITIVA PARA LA SALUD MENTAL (2012)

Consolidar la APS en salud mental por la colaboración interprofesional, adaptando los servicios para los jóvenes y valorando la participación procedente de la comunidad

La colaboración interprofesional en la atención y los médicos de familia :

- 3.1 Completar el despliegue de los equipos de salud mental a nivel de la APS y de las ventanillas de acceso
- 3.2 Incrementar el número de psiquiatras « acompañantes » activos en las zonas atendidas por los CSSS y los médicos de familia en salud mental
- 3.3 Sistematizar la implementación de mecanismos formales de vinculación eficaces

EL PROBLEMA DE DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN (Abramzón et al, 2015)

- El ciclo vicioso que mantiene brechas, en particular en zonas rurales, contextos vulnerables y al primer nivel de atención
- Falencias en la articulación entre los procesos de formación y empleo por la falta de dialogo generando una fragmentación:
 - Escasez de ciertas especialidades
 - Migración de RHS
 - Zonas desatendidas
 - Perfiles profesionales inconsistentes con necesidades sociales

EL PROBLEMA DE DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN (Abramzón et al, 2015)

- Una rectoría deficiente ante el mercado educativo, con planes de estudio no orientados al modelo de atención y ausencia de competencias para atender necesidades básicas
 - Distorsiones y efectos perversos (farmacias con consultas)
- Un mercado laboral que no conforma condiciones adecuadas, una remuneración digna de tal manera que algunas carreras se vean poco atractivas (enfermeras, residencia en medicina familiar, etc.),
 - Frecuentemente con plazas inexistentes para la inserción laboral

EL PROBLEMA DE DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN (Abramzón et al, 2015)

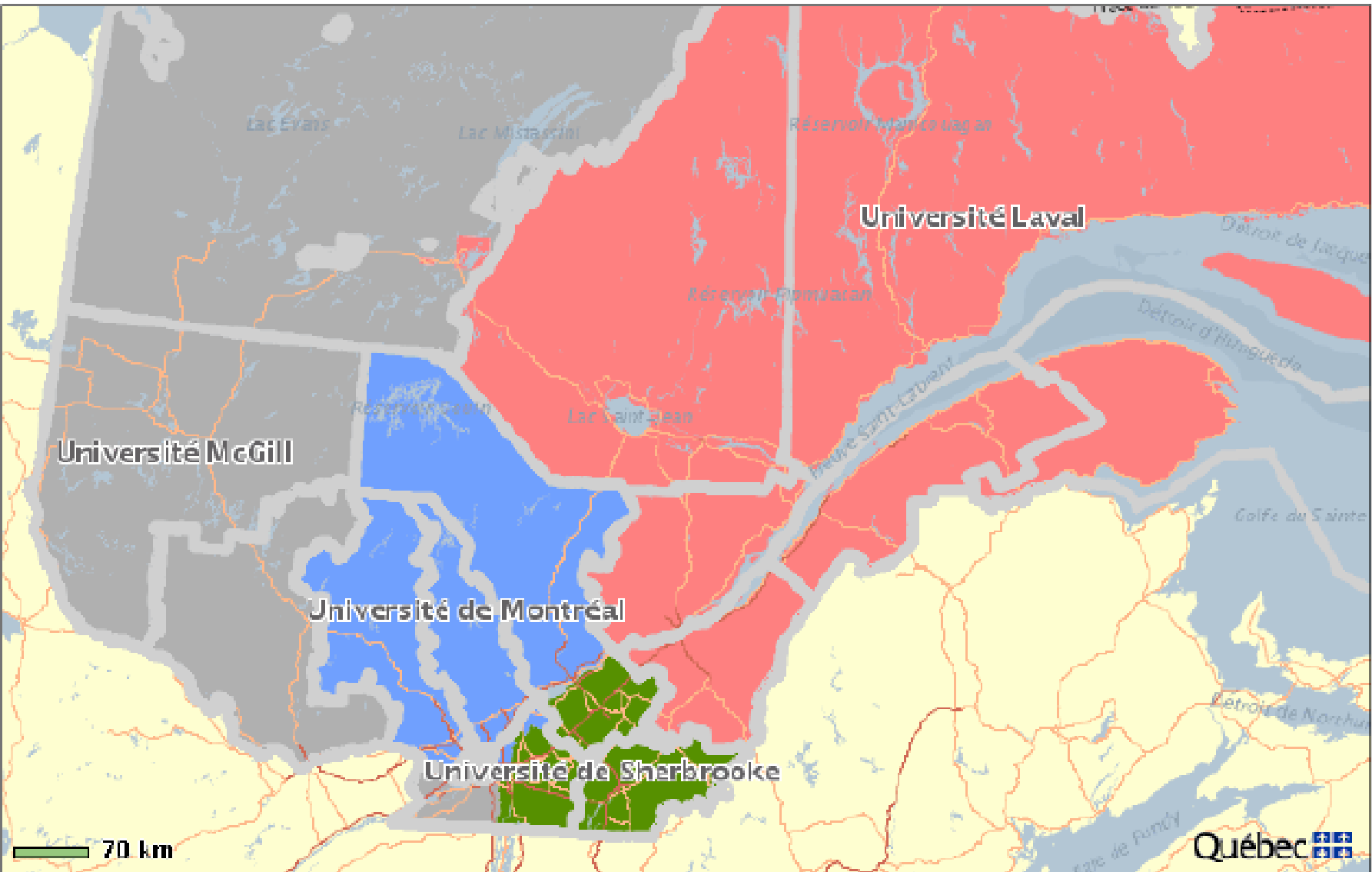
- Falta de unas estrategias para asegurar la cobertura en zonas desatendidas con incentivos económicos, acompañamiento institucional/personal y valoración social
 - El concepto virtuoso de « servicio social » como señal
- Déficit de enfermeras que no permite conformar equipos de salud efectivos: problema de valoración y del rol profesional de la enfermería
- Tensión o competencia entre el centro y la periferia con percepciones y realidades difíciles:
 - Descentralizar la formación como solución llevando la educación profesional en zonas desatendidas
 - Redes universitarias con las redes asistenciales

UNA RED DOCENTE-ASISTENCIAL EXTENDIDA: EL EJEMPLO DE LA UL



- 7 regiones administrativas
- 80 establecimientos de salud
- 1,8 millones de habitantes
- 12 unidades de medicina familiar de las cuales 6 se encuentran a fuera de la región universitaria de la capital nacional

CONCEPTO TERRITORIAL DE LAS REDES UNIVERSITARIAS INTEGRADAS DE SALUD (RUIS)



EL PROBLEMA DE DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN (Abramzón et al, 2015)

- Emigración por las condiciones poco optimas y la falta de rectoría:
 - Requisitos para retribuir la sociedad que financió la formación
 - Políticas públicas para revertir el movimiento
 - Desempeño asistencial y docente
- El rol débil del Estado para arbitrar influencias de grupos de interés potentes:
 - Perspectivas de políticas públicas: estructura de dotación de profesionales y distribución por áreas y tipo de servicios
 - Comprensión de procesos sociales, culturales y históricos

PRIORIDADES EN TÉRMINOS DE POLÍTICAS RHS



- Necesidad de construir/profundizar un modelo de atención acorde con las necesidades sociales
- Dotación y distribución de los profesionales en zonas vulnerables y por nivel de atención
- La formación en articulación con el modelo de atención y las necesidades sociales
- La mejora de las condiciones de trabajo con estabilidad laboral
- La merma de la dotación de profesionales en el sector público frente a competencia del sector privado acerca de posibilidades de inserción laboral más rentables
- Conformación del equipo de salud y regulación del ejercicio profesional: ¿enfermería?

UNA TERCERA ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA PARA EL CAMBIO



- Reorientar la educación de los profesionales de RHS hacia la APS supone nuevos desafíos:
 - La responsabilidad social como criterio mayor de acreditación
 - La colaboración interprofesional y el lugar de la formación interdisciplinaria
 - Un enfoque sobre la polyvalencia para mitigar la tendencia predominante a la hyperespecialización: el caso del médico general
 - Unos modelos educativos con una concepción integral y una visión humanista del proceso docente-asistencial
 - El control en la proliferación de universidades a través de nuevas reglas del juego

UN ENFOQUE SOBRE NUEVAS COMPETENCIAS PROFESIONALES



Orientado a la comunidad
Relación médico-paciente

Clínico experto
Recursos para una población definida

CanMEDS-Médecine familiale

Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

4 PILARES COMO BASE DE LOS ROLES « CANMEDS »

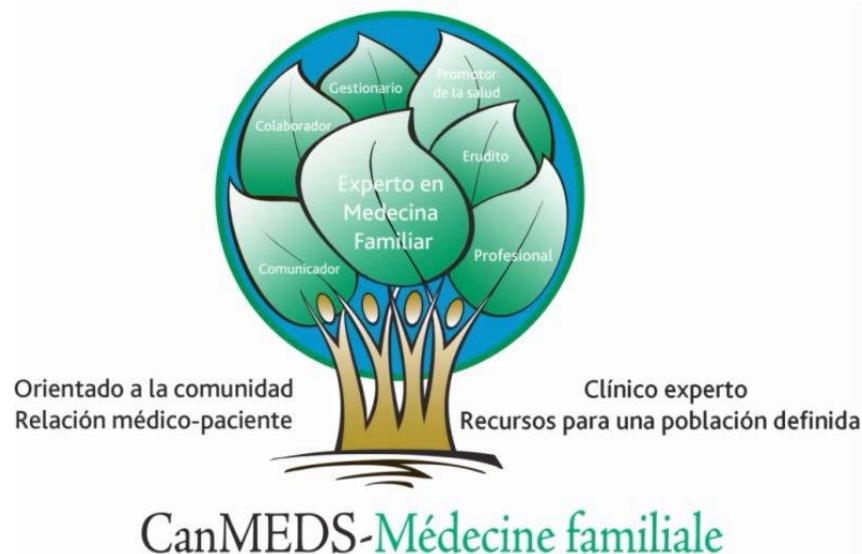


1. Un clínico experto
2. Orientado hacia la comunidad
3. Manejando los recursos para una población definida
4. A través de una relación médico-paciente en el entorno familiar y comunitario

ROLES PARA CONFORMAR EL PERFIL DE UN MÉDICO DE FAMILIA

Para que sea competente, el MF tiene que ser más que un clínico

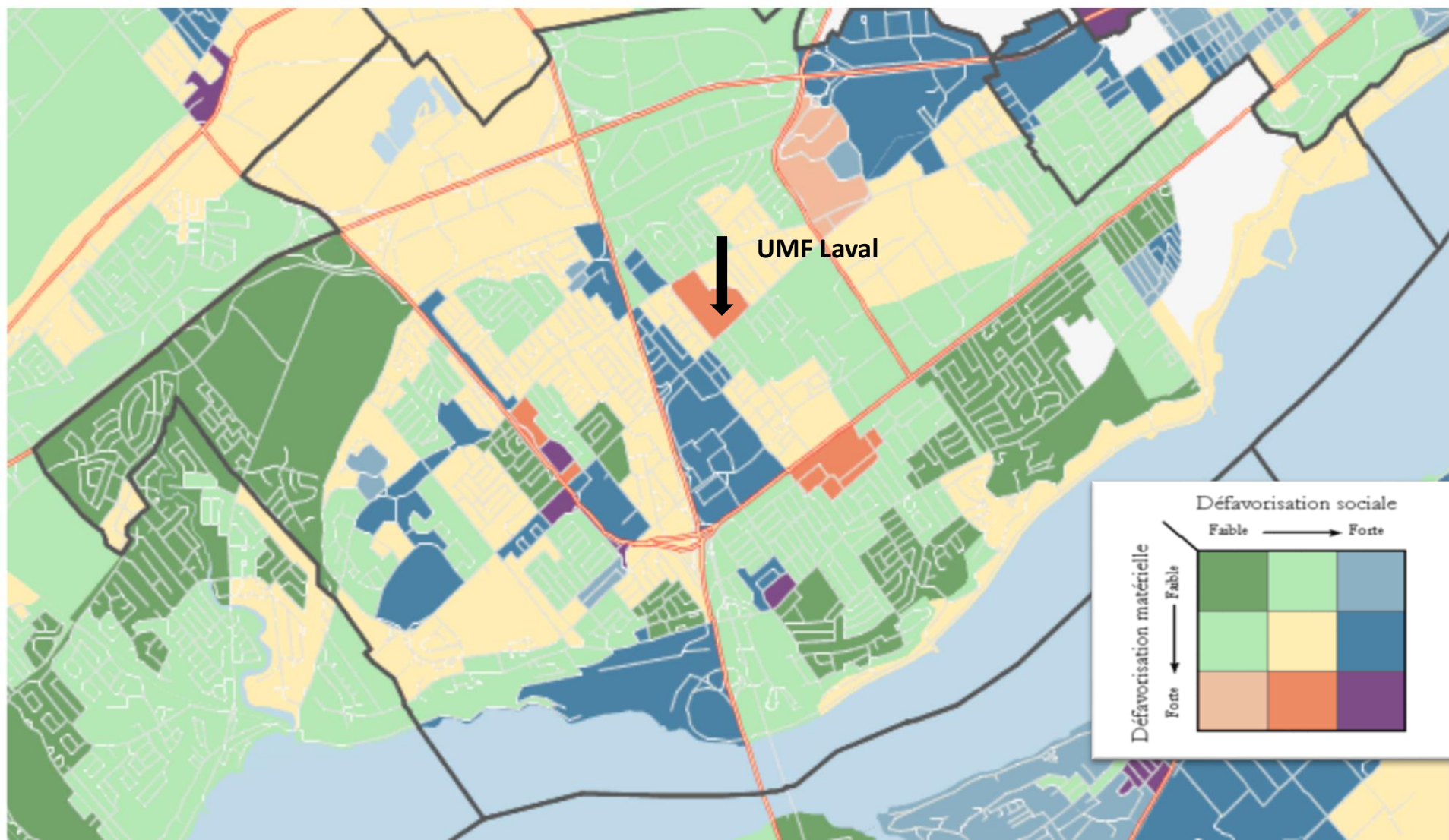
1. Experto en medicina familiar
2. Comunicador
3. Colaborador
4. Gestor
5. Promotor de la salud
6. Erudito o académico
7. Profesional



Adapté de la représentation des compétences CanMEDS pour les médecins, avec la permission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Tous droits réservés © 2009.

© Collège des médecins de famille du Canada (2009)

UNA CARTOGRAFÍA PARA UBICAR A GRUPOS VULNERABLES



LA COLABORACIÓN INTERPROFESIONAL ES COMO UN REQUISITO PARA APS

Algunas competencias claves en el desarrollo de una capacidad para:

- Clarificar los roles entre profesionistas
- Contribuir a operar un equipo de manera efectiva
- Enfocar la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad
- Asumir un liderazgo colaborativo
- Comunicar eficazmente a nivel interprofesional
- Participar en la resolución de conflictos



Canadian Interprofessional Health Collaborative
Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

¿PERO COMO PUEDAN TRABAJAR JUNTOS SI NO APRENDEN JUNTOS?



How can they work together
if they don't learn together?



Canadian Interprofessional Health Collaborative
Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé

CONCLUSIÓN



- La rectoría del sector salud fue un espacio de legitimidad para hacer de la APS un pilar del sistema de salud en los 30 últimos años y llevar una agenda protagónica ante los RHS
- La reconfiguración de los establecimientos de salud tiene que fomentar redes integradas locales de salud ante las cuales se pueda acudir a todas las personas y grupos en zonas más remotas
- El papel protagónico de la academia y de otros actores claves para la transformación curricular y la incorporación de una visión de los perfiles esperados es sumamente clave
- Un sistema de salud basado en la APS requiere equipos operativos de salud con una colaboración interprofesional efectiva y nuevas reglas del juego ante el ejercicio profesional

Gracias por su atención

