

Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



Construyendo una nueva Agenda de Recursos Humanos para la Salud

Los equipos de salud ante nuevos y renovados desafíos

Buenos Aires, Argentina

30 de agosto al 3 de septiembre 2015



I. Antecedentes

En el mes de octubre del año 2005, en la ciudad de Toronto, Canadá, se llevó a cabo la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. De este encuentro surgió el “Llamado a la Acción”¹, que buscó movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, en la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El “Llamado a la Acción de Toronto” también fue concebido por los participantes como una herramienta destinada a promover el esfuerzo conjunto para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006 a 2015). Con este propósito se definieron los cinco desafíos críticos para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la Región.

Posteriormente, la 27^o Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en octubre del año 2007 estableció 20 metas regionales de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015, organizadas según los cinco desafíos críticos establecidos en el Llamado a la Acción de Toronto². Sobre esta base, cada país pudo establecer una hoja de ruta para definir sus áreas prioritarias de desarrollo, apuntando a los planes estratégicos y a las acciones de monitoreo de sus progresos.

Con el propósito de identificar la situación de cada país, se diseñó e implementó una metodología de medición del cumplimiento de las metas, que posibilitó establecer la línea base y obtener una valiosa información sobre el grado de avance existente en los diferentes países de la Región. Esta primera medición se realizó en 24 países entre los años 2009 y 2012³.

Entre abril y noviembre del 2013, 15 países de la Región de las Américas realizaron una segunda medición de las metas con el propósito de evaluar los avances, estancamientos y desafíos a partir de la línea de base establecida. Complementariamente a la segunda medición de metas, a nivel regional se impulsó un proceso de evaluación de programas de recursos humanos en salud con el propósito de elaborar un inventario de intervenciones y realizar un intercambio y difusión de las experiencias. Quince países realizaron esta evaluación.

El Llamado a la Acción de Toronto y las 20 Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud acordadas en la 27^a Conferencia Sanitaria Panamericana han constituido un marco orientador para definir las agendas de trabajo de la Región de las Américas en materia de Recursos Humanos para la Salud (RHS), en el contexto de Sistemas de Salud inspirados en los principios de la Atención Primaria de Salud (APS) renovada y en el logro de la Salud Universal. Ambos, han posibilitado la instalación de una plataforma de trabajo común e incentivado la acción colaborativa entre los países de la Región.

El proceso de medición de las metas regionales constituyó un elemento movilizador concreto para visibilizar los compromisos adquiridos; permitió articular esfuerzos con actores intrasector y convocar a actores externos, especialmente en el ámbito de la formación, y ayudó a generar, sistematizar y diseminar información, conocimiento y experiencias. Adicionalmente, propició el desarrollo de una cultura de rendición de cuentas de las políticas públicas adoptadas por los gobiernos, incorporando un método y una propuesta concreta de evaluación, diseñada específicamente para monitorear la evolución de la política en materia de RHS.

¹ OPS/OMS. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud 4-7 de octubre de 2005.

² OPS/OMS. Metas regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 en: 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana; 59.a sesión del Comité Regional. (CSP27/10). Washington, DC. 2007.

³ Ver información sobre las mediciones de países en: www.observatoriorh.org.

La utilización de la propuesta metodológica de la OPS con un Manual para la Medición de Metas estandarizadas en la Región, hizo posible generar información relevante que permitió a cada país valorar sus avances frente a su propio desempeño. Por otra parte, la flexibilidad necesaria del proceso de medición y los ajustes realizados por los equipos de país constituyeron un aprendizaje adicional.

La medición de las metas es la culminación de un período de trabajo que sitúa a los países de la Región en una situación de mayor conocimiento sobre los temas en los que habría que enfocarse en la próxima década y abre además un nuevo espacio de negociación con la cooperación técnica de la OPS y la OMS para impulsar y apoyar el desarrollo de los temas relevantes en materia de Recursos Humanos en Salud.

II. Mirando al futuro

La década de los recursos humanos convocada por los participantes de Toronto se encuentra en su última etapa y coincide con el desafío de avanzar decididamente hacia el logro de la Salud Universal. Esta coyuntura impone nuevas demandas sobre los sistemas de salud, en donde la disponibilidad de recursos humanos capacitados, adecuadamente distribuidos y comprometidos con los objetivos sanitarios, se identifican como los componentes clave para la consecución de este objetivo.

Estas demandas han sido argumentadas y promovidas en el 52° Consejo Directivo de la OPS, a través de la aprobación de la Resolución “Recursos Humanos para la Salud: Aumentar el Acceso al Personal Sanitario Capacitado en Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud”⁴; en el 53° Consejo Directivo de la OPS mediante la aprobación de la “Estrategia de Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud”⁵ y en el Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, convocado conjuntamente por el Gobierno del Brasil, la OMS, la OPS y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario en Recife (Brasil)⁶.

La resolución del 52° Consejo Directivo de la OPS reitera la necesidad de formular planes y políticas nacionales de recursos humanos para aumentar el acceso al personal sanitario con especial énfasis en las zonas desatendidas, a través del fortalecimiento de las unidades nacionales de planificación de RHS y su activa articulación con el sector formador, asociaciones de profesionales y comunidad, entre otros actores relevantes. Además, reconoce la importancia de los equipos colaborativos multiprofesionales de atención como base de un sistema orientado hacia la APS e insta a contar con sistemas de incentivos para atraer, desarrollar y retener al personal sanitario. Finalmente, señala la necesidad de promover la misión social de las instituciones vinculadas con la salud y la formación de RHS y el fortalecimiento de la formación en Salud Familiar.

La resolución del 53° Consejo Directivo de la OPS propone a los Estados Miembros cuatro líneas estratégicas para el fortalecimiento de sus sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Estas líneas estratégicas están orientadas a ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzando hacia la eliminación del pago directo y fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. En este contexto, la resolución insta a los Estados Miembros a que mejoren la capacidad de los recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando las oportunidades de empleo, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particular

⁴ OPS/OMS. Recursos Humanos para la Salud: Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud. 52° Consejo Directivo 65ª sesión del Comité Regional. Resolución CD52.R13.

⁵ OPS/OMS. Estrategia para el acceso universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. 53° Consejo Directivo, 66ª sesión del Comité Regional. Resolución CD53/5. 2014

⁶ OMS. Declaración Política de Recife sobre Recursos Humanos para la Salud: un compromiso renovado en favor de la cobertura sanitaria universal. Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud. Recife, noviembre de 2013.

mente en áreas subatendidas; consoliden equipos colaborativos multidisciplinarios de salud; garanticen el acceso de estos equipos a información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina) e; introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

La declaración política del Foro de Recife sobre los recursos humanos en salud constituyó primordialmente un compromiso con la cobertura universal de salud, considerando ante todo que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social y que la mala salud es una de las causas principales de la vulnerabilidad y la pobreza y, a la inversa, la pobreza, la desigualdad y la exclusión social contribuyen a los problemas de salud. El llamamiento a la acción de Recife busca fomentar la colaboración necesaria a todos los niveles para lograr la consecución de la visión común, es decir, que «todas las personas, dondequiera que vivan, deben tener acceso a personal sanitario calificado, motivado y respaldado, en el marco de un sistema de salud sólido» y para la cual se promueven algunas medidas. Esta declaración solicita a la Directora general de la OMS elaborar una estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud con el fin de que los Estados Miembros de la OMS la examinen en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016.

El debate que se inicia para establecer la Estrategia Global de RHS⁷ por parte de la OMS está poniendo en relieve la necesidad de contar con lineamientos que mejoren realmente la capacidad del personal de salud para resolver las prioridades sanitarias en el nuevo marco de desarrollo posterior al 2015 y garanticen la cobertura universal de salud. De esta manera, los recursos humanos ya no son concebidos como el problema, sino como una parte fundamental de la solución para la meta de la salud universal.

La experiencia adquirida en el marco de los procesos de formulación, abogacía, medición y análisis de las metas regionales de RHS, las orientaciones entregadas por el 52º y 53º Consejo Directivo de la OPS y por el Foro de Recife y los recientes debates para la Estrategia mundial impulsada por la OMS, han conformado un escenario propicio para iniciar un proceso participativo de identificación de temas prioritarios para la definición de una agenda de desarrollo de RHS post 2015.

A partir del balance de lo ocurrido durante la Década de Recursos Humanos para la Salud 2005-2015, el trabajo se ha orientado a identificar los principales problemas que aún persisten a pesar de los esfuerzos realizados, así como para visualizar los desafíos emergentes en materia de RHS en un contexto marcado por demandas ciudadanas crecientes y el compromiso activo por parte de los Estados de avanzar hacia la Salud Universal.

Existe consenso entre los expertos que han participado de la última ronda de discusiones que una nueva agenda se construye, por una parte, en base a la experiencia recabada en la década que está finalizando y por otra, en base a los desafíos emergentes en el nuevo contexto marcado por la meta de la Salud Universal y los progresivos avances de exigibilidad del derecho a la salud por parte de la ciudadanía. Compatibilizar estas dos miradas requiere de una reflexión respecto de cómo preservar la experiencia acumulada, reconociendo la vigencia de los desafíos de Toronto, la necesidad de implementar estrategias específicas de desarrollo para resolver los temas no resueltos, así como identificando oportunamente los nuevos desafíos.

Desde principios del 2014, la OPS trazó un programa de trabajo con grupos de expertos nacionales e internacionales para analizar los avances y resultados de la década, conformando un Grupo Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud. La primera reunión del Grupo Asesor fue realizada en Santiago de Chile durante el mes

⁷ OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento borrador para consulta, junio de 2015

de mayo de 2014⁸, orientada hacia la discusión de los resultados de una década trabajando en los Desafíos de Toronto y las Metas Regionales de Recursos Humanos, los problemas vigentes y emergentes, así como la definición de la próxima agenda. El primer borrador surgido de esa reunión ha sido discutido y enriquecido en foros subregionales realizados en Centroamérica y América del Sur y en una segunda reunión celebrada en Buenos Aires. Sus principales contenidos fueron la base de una Consulta de países latinoamericanos⁹ que involucró a más de 150 actores claves de diversos sectores vinculados al campo de los recursos humanos de la salud, cuyo propósito fue abrir un proceso participativo de identificación de temas prioritarios e incorporar los resultados y las conclusiones principales en este documento de discusión. Está pendiente una consulta particular para los países del Caribe inglés.

El presente documento de trabajo recoge las principales conclusiones obtenidas en este proceso y contiene una identificación preliminar de los temas prioritarios que podrían ser considerados en la nueva agenda de RHS. Su propósito es aportar a la discusión y consensuar con los responsables de recursos humanos de la Región de las Américas las orientaciones estratégicas y temas relevantes a contemplarse en una agenda regional para esta región en particular, tomando en consideración las distintas resoluciones mundiales en materia de salud, la declaración de Recife y la propuesta en borrador de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud de la OMS.

III. Propuesta preliminar de las orientaciones estratégicas y temas prioritarios de la nueva agenda

Las distintas consultas y debates realizados durante un año rescatan la vigencia y el valor de los Desafíos de Toronto y muchas de las Metas Regionales en el actual contexto de los países. El balance de las dos mediciones y de los distintos debates señalados, concuerdan con la idea acerca del avance en mayor o menor medida en el proceso de cumplimiento de las metas, pero también en los desafíos pendientes y las áreas donde aún se requiere mucho mayor progreso, particularmente en los ajustes y compromisos del campo de los recursos humanos respecto a los desafíos de la Salud Universal.

De acuerdo con el trabajo realizado durante este proceso de debate, se reconoce la necesidad de avanzar en múltiples temas de recursos humanos que permitirían el desarrollo de los sistemas de salud y la equidad en salud, a partir de una mejor disponibilidad, distribución y competencias del personal. El conjunto de temas planteados, ha permitido configurar tres grandes orientaciones estratégicas en las cuales se agrupan los temas mayoritariamente reconocidos como prioritarios por el conjunto de los actores participantes, los cuales se presentan a continuación y se resumen al final en un cuadro anexo.

1. Fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de RHS

Existe consenso entre los actores participantes de la primera ronda de consulta, que la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de RHS constituye un factor clave para la definición de políticas y planes de recursos humanos de salud. Estos atributos además tienen una dimensión transversal que atraviesan todas las orientaciones estratégicas pues suponen un rol articulador, directivo y conductor de la autoridad sanitaria, es decir una función rectora del Estado en materia de salud. La función de rectoría y

⁸ OPS/OMS. Relato de la reunión del Grupo asesor Regional: Elementos para una nueva Agenda de RHS: Insumos de la Reunión del Grupo Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud, Santiago de Chile, abril 2014.

⁹ Abramzón M. et al. Consulta Regional Agenda de Recursos Humanos en salud post 2015, junio 2015. Documento elaborado para la OPS

gobernanza es entendida dentro de una dinámica y vinculación intersectorial de las políticas públicas, en tanto el campo de los recursos humanos está constituido por diversas instituciones con funciones diferenciadas dentro de sectores distintos.

Una política nacional de recursos humanos de salud, enmarcada en la política sanitaria del país que establece objetivos sanitarios a partir de un modelo de atención determinado, permite definir el tipo, cantidad, composición y distribución de los recursos humanos que se necesitan. A la vez, orienta sobre las estrategias de formación, reclutamiento, desarrollo de competencias, mecanismos de incentivo y relación con los diversos actores en función de este propósito.

En este contexto, la planificación de los recursos humanos para la salud exige la formulación de planes y estrategias de gestión apropiados, a fin de conseguir que haya personal sanitario suficiente para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población, tanto ahora como en el futuro. Esto supone un liderazgo y la capacidad técnica adecuados, además de la existencia de una unidad estratégica o de planificación con competencias necesarias y la capacidad de gestionar información relevante para la toma de decisiones. Lo anterior sólo es posible si se cuenta con la voluntad política de las autoridades, expresada también en respaldo financiero.

De las encuestas semiestructuradas de la Consulta a actores latinoamericanos vinculados al tema de recursos humanos se desprende que “es preciso reactivar el rol rector del Estado en materia de recursos humanos”.

El 65% de los encuestados a través de la Consulta reconoce la existencia en su país de una instancia de coordinación nacional de la información en materia de dotación, formación y trabajo de Recursos Humanos en Salud, punto que reviste especial interés para la formulación de políticas e intervenciones, ya que resulta un buen indicador de los niveles de visibilidad que, para los distintos actores, tienen estas unidades de coordinación dentro de cada país.

Sin embargo, el 44% de los encuestados manifestó que las iniciativas desarrolladas durante los últimos diez años en sus países no constituían avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación, faltando un modelo integral que posibilite la planificación a largo plazo y una direccionalidad u orientación que marque el camino a seguir en un sentido operativo y político. Tal ausencia, ejemplificada con la falta de un espacio de coordinación nacional, o con la vigencia de procesos decisorios marcados por la contingencia y la coyuntura, es asumida por los encuestados como un escenario que atenta contra la posibilidad de identificar, dimensionar y atender las necesidades de la población. Asimismo, manifiestan que los déficits presupuestarios dificultan las intervenciones y afirman que la planificación de RHS no es una prioridad en el país. Esta escasez de recursos a la que aluden los encuestados se vincula con la falta de voluntad y decisión política que haga de RHS un área prioritaria y estratégica dentro del campo de la salud.

Ligado al tema de la rectoría, y gobernanza de la autoridad sanitaria, algunos referentes coinciden en que el modelo de atención enfocado a la Atención Primaria de Salud debiera guiar la definición, implementación y evaluación de políticas de RHS y constituir un paradigma rector de las prácticas efectivas de salud.

En el marco de los desafíos planteados en esta orientación estratégica, surgen los siguientes temas prioritarios.

1.1 Sistemas de Información de RHS

Los datos confiables acerca del personal en el área de salud y su distribución son fundamentales para la formulación y el seguimiento de políticas y programas destinados a reducir las desigualdades en el acceso a profesionales de salud capacitados. Muchos de los países de la Región muestran fragmentación de la información, dispersión de responsabilidades entre organismos públicos sobre la recolección de datos, escasez de recursos humanos para gestionar la información y falta de infraestructura tecnológica.

Esta realidad limita la capacidad de obtener y analizar los datos. Adicionalmente, en los casos en que se cuenta con datos suficientes, su aplicación en la elaboración de políticas públicas se ve limitada, debido a la ausencia de indicadores apropiados y a problemas de definición relacionados con las clasificaciones de las ocupaciones. Abordar y resolver estas debilidades en materia de información es fundamental para perfeccionar los mecanismos de planificación y mejorar la toma de decisiones en el ámbito de RHS.

Aun cuando algunas opiniones emanadas de la Consulta explicitan ciertas debilidades en el proceso de construcción de información considerada clave para la planificación en salud, varios encuestados coinciden en señalar que sus países han avanzado en este sentido. Así, destacan que ciertas políticas e intervenciones en RHS desarrolladas a nivel local se han orientado a fortalecer los sistemas de información, mejorando la cantidad, la pertinencia y la confiabilidad de los datos disponibles. Este avance es percibido como estratégico de cara a una mejora permanente y efectiva en la toma de decisiones, la evaluación y la planificación de acciones vinculadas a RHS.

Cerca del 70% de los encuestados en la Consulta opinaron que la institución en la que se desempeñan cuenta con recursos humanos capacitados para gestionar y procesar la información sobre RHS. Más de la mitad de las respuestas indican la disponibilidad de equipamiento tecnológico para tal fin, por lo que ambos recursos no parecieran constituir una limitación para procesar la información de RHS. El 56% de los encuestados opinó que hubo avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación en la última década. Este parecer se eleva al 67% entre los encuestados de las instituciones formadoras. Ello podría estar reflejando que la serie de acciones encaradas en ese campo han tenido una mayor visibilidad. Entre los encuestados que sostienen que hubo avances, el 76% opina que ello se debió a la participación de diversos actores y, en menor medida, al desarrollo de los sistemas de información y la mayor disponibilidad de personal capacitado.

Reconociendo los avances de la década y los sistemas de información de algunos países sostenidos por los Observatorios de Recursos Humanos, en este ámbito se propone abordar los siguientes aspectos:

- Homologación de denominaciones y modalidades de registro de las profesiones y ocupaciones de salud, con base a la experiencia de diferentes organismos internacionales, tales como, OIT, OMS, OCDE, MERCOSUR, etc., promoviendo la generación de acuerdos regionales.
- Desarrollo de estrategias de fortalecimiento de capacidades para el diseño e implementación de sistemas de información y registros de profesionales de la salud, en el marco de la cooperación Sur/Sur.

1.2 Metodologías de estimación de brechas de personal

Los países de la Región han hecho esfuerzos para contar con estimaciones, más o menos exactas, de brechas de personal sanitario. A pesar de existir avances en este ámbito, es frecuente que los países demanden apoyo técnico y soporte metodológico para determinar con base objetiva sus necesidades de personal y como consecuencia, estimar con mayores niveles de precisión las brechas existentes.

La mayor parte de las experiencias prácticas disponibles se orientan prioritariamente hacia la determinación de necesidades de grupos específicos de profesionales de la salud, especialmente de personal médico y de enfermería, siendo necesario ampliar la visión para lograr diseños metodológicos para la estimación de brechas que consideren al equipo multidisciplinario de salud en su conjunto en los diferentes niveles de atención que componen la red integrada de servicios de salud, tal como se concibe en los modelos de atención basados en la APS renovada¹⁰.

Aunque las acciones planificadas y realizadas a nivel local son evaluadas por los encuestados en la Consulta como “incipientes” en términos de resultados efectivos, para varios encuestados éstas poseen una característica que las vuelve estratégicamente significativas: revelan y posibilitan dimensionar cualitativa y cuantitativamente brechas profesionales y necesidades de salud de la población que deben ser priorizadas por el sistema de planificación de RHS. Es decir, las políticas e intervenciones desarrolladas en sus respectivos países no sólo son reconocidas como “indispensables” para la optimización y adecuación de la formación, distribución y dotación del personal de cara a las necesidades y requerimientos poblacionales de salud, sino que, al mismo tiempo, éstas son percibidas como un “medio” (político, técnico y operativo) a partir del cual pueden detectar brechas, déficit y necesidades que orienten futuras intervenciones.

Si se comparte que los RHS son esenciales para el buen funcionamiento de los sistemas de salud y son un factor crítico para avanzar en el desafío de la Salud Universal, se entenderá la importancia de contar con herramientas de estimación de brechas de personal sanitario, validadas y con niveles de flexibilidad que permitan su adaptación a diferentes realidades locales, aspecto que constituye un importante desafío a nivel regional y un área de desarrollo que debiera ser integrada en la nueva agenda de RHS para la próxima década.

Avanzar en este desafío permitiría perfeccionar los procesos de planificación de RHS, favoreciendo un mejor ajuste entre el recurso humano que forman las universidades y los que el sector salud requiere para su adecuado funcionamiento, facilitando la relación entre ambos sectores.

En este ámbito se propone abordar las siguientes intervenciones:

- Identificación e intercambio de experiencias prácticas de diseño y aplicación de metodologías de estimación de brechas de RHS.
- Definición de variables esenciales a considerar en el diseño de modelos de estimación de brechas a ser desarrollados por los países según sus respectivos contextos. (por ejemplo: la carga de morbilidad, los niveles de productividad, los modelos de atención, la composición de la red asistencial y su nivel de integración, así como la disponibilidad de tecnología, etc.),
- Desarrollo de estrategias de fortalecimiento de capacidades de los equipos de gestión de RHS para la aplicación específica de metodologías de estimación de brechas de RHS.

1.3 Fortalecimiento de los Sistemas de Planificación de RHS

Tal como se señaló anteriormente, la planificación de recursos humanos para la salud exige la formulación de planes y estrategias de gestión apropiados a fin de conseguir que haya personal sanitario suficiente para satisfacer las necesidades de atención de salud de la población, tanto ahora como en el futuro. En el marco del objetivo de la Salud Universal y de un sistema de salud basado en la Atención Primaria, los procesos de planificación aparecen limitados y esporádicos y se tornan más complejos debido a los intereses contrapuestos de los sectores de la salud y la educación.

¹⁰ OPS/OMS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., EUA: OPS, 2007.

En el conjunto de respuestas ofrecidas por los encuestados por la Consulta, la falta de un “modelo integral” es asumida como una ausencia significativa que socava la posibilidad de una planificación a largo plazo. Concretamente, se refieren a la carencia de una dirección u orientación que marque el camino a seguir en un sentido operativo y político. Tal ausencia, ejemplificada con la falta de un espacio de coordinación nacional, o con la vigencia de procesos decisorios marcados por la contingencia y la coyuntura, es visualizada como un escenario que atenta contra la posibilidad de identificar, dimensionar y atender las necesidades de la población. Adicionalmente se señalan que los déficits presupuestarios dificultan las intervenciones y sugieren que la planificación de RHS no es en muchos casos prioritaria, existiendo además la ausencia de concertación real entre actores para la planificación.

La planificación de los recursos humanos requiere por tanto un liderazgo articulador y una capacidad técnica adecuados a los desafíos planteados por el modelo de atención y la diversidad de actores comprometidos en el proceso. Lo anterior supone la existencia de una unidad de planificación de nivel estratégico con capacidad de articulación y con competencias técnicas diversificadas e integradas que sea capaz de impulsar un modelo integral que permita la planificación a largo plazo.

En este ámbito se propone abordar los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento de las capacidades de planificación de RHS en los equipos de gestión de los ministerios de salud u otros organismos competentes, a través de la capacitación o el intercambio de experiencias.
- Fomento de modelos integrales de planificación que permitan articular a los diversos actores del proceso y consideren las distintas profesiones prestando especial atención a la combinación de aptitudes y al equilibrio geográfico.

1.4 Fortalecimiento de las capacidades de gobierno y conducción

El desarrollo de los recursos humanos requiere conocimientos especializados en materia de planificación, formación y gestión, así como la capacidad de integrar estos elementos en políticas de largo plazo.

Una adecuada capacidad de gobierno y conducción en materia de RHS supone entre otros elementos, el desarrollo de una “inteligencia” que permita la óptima gestión de la información y mejore el conocimiento para la toma de decisiones. Este desafío requerirá promover la investigación, el análisis de la información y de las prácticas basadas en evidencias para fundamentar tanto las decisiones como las inversiones en materia de RHS.

Al respecto, entre los encuestados por la Consulta se encontraron diferencias de criterios sobre el tema de la planificación, considerando que está íntimamente ligado a la falta de decisión política que oriente la toma de decisiones e intervenciones y que la disponibilidad de información no constituye una limitación para la toma de decisiones acerca de la oferta y distribución de los RHS.

También consideraron que en algunos contextos, dadas las características de los sistemas de salud de los países, la participación del Estado no sólo es demandada como rectora de los lineamientos de todo el proceso, sino también como generador de plazas para la inserción laboral del personal de salud, aún en sistemas de salud fragmentados. A ello se suma que las condiciones del mercado laboral también suelen modificarse en un mismo país de acuerdo con las jurisdicciones que sostienen diferentes modelos de atención.

En este ámbito se propone abordar los siguientes aspectos:

- Desarrollo de la capacidad de análisis de la información disponible por parte de los equipos directivos de RHS.
- Producción de investigación y generación de nuevo conocimiento en materia de RHS para la acción política y técnica.

2. Mejorar la disponibilidad y distribución de personal calificado y pertinente

Una conclusión relevante del proceso de medición de metas es que si bien los países participantes de las medición muestran progreso en la disponibilidad de una dotación global de personal básico y se ha reducido el número de países con déficit críticos, se mantienen los problemas de distribución de recursos humanos, afectando especialmente a zonas rurales o áreas de difícil acceso. La inequidad de la distribución aparece como un obstáculo crítico para el logro del objetivo de la cobertura y el acceso universal. Lo anterior, requiere el desarrollo de estrategias destinadas a garantizar una dotación adecuada en zonas desatendidas, así como la implementación de sistemas de incentivos eficientes que permitan la fidelización del personal de salud.

En todos los análisis y discusiones sobre el campo de recursos humanos en salud, la dotación y distribución, particularmente de médicos y enfermeros, suelen ser consideradas un problema. Este punto se corroboró en la etapa cuantitativa de la encuesta realizada en la Consulta donde los resultados mostraron que la mayoría afirma que, en su país, resulta insuficiente la dotación de profesionales de medicina (68%) y de enfermería (77%), es decir, el déficit de la dotación de enfermería es mayor que el de medicina. La indagación cualitativa retomó esta dimensión de análisis y exploró las opiniones de los entrevistados acerca de cómo concebían el problema de la dotación y distribución de profesionales en zonas rurales, vulnerables y en el primer nivel de atención.

De acuerdo con algunos de los actores consultados, el tema de la distribución de profesionales constituye una tensión entre el centro y la periferia. El centro ofrece mayores oportunidades de formación, ingresos y consumo, mientras que la periferias se percibe como entornos inhóspitos, faltos de contención y sin la concreta presencia del Estado. En este sentido, una de las alternativas que plantean algunos entrevistados para lograr una mejor distribución de profesionales es descentralizar la formación y crear instituciones educativas en zonas desatendidas.

Existe consenso que el mercado de trabajo es uno de los aspectos fundamentales a considerar en el análisis de la dotación y la distribución de los recursos humanos, ya que el nivel de remuneraciones y las condiciones laborales son elementos esenciales que determinan las disponibilidad del personal, especialmente en el primer nivel de atención. A juicio de los entrevistados, las condiciones laborales desfavorables que desalientan la formación en ciertas especialidades, también aparecen asociadas por algunos actores consultados, con la ausencia de una carrera sanitaria adecuadamente legislada y con reglas precisas.

Adicionalmente, es necesario mejorar el alcance de la práctica de todos los miembros del equipo de salud, facilitando el trabajo colaborativo, con un grado adecuado de flexibilidad que permita la innovación y la adaptación, según las necesidades y las circunstancias locales. El desarrollo de equipo multiprofesionales de salud aparece como una estrategia imprescindible para mejorar el acceso de la población al personal de salud.

En el marco de los desafíos planteados en esta orientación estratégica, surgen los siguientes temas prioritarios:

2.1 Mecanismos de incentivos para cubrir áreas desatendidas

Uno de los desafíos que ha sido más complejo abordar durante esta década, es lograr una disponibilidad adecuada y permanente de RHS capacitado en zonas tradicionalmente desatendidas, ya sea por condiciones de aislamiento o marginalidad geográfica, económica, social o cultural. Este aspecto constituye uno de los mayores

desafíos para los gestores de RHS y especialmente, para el sector público como proveedor de atención único de servicios de salud en la mayoría de dichas localidades.

La necesidad de considerar las zonas desatendidas es otro de los temas que ha emergido como preocupación de los referentes consultados en las dos etapas de la Consulta. A juicio de ellos, la distribución de RHS requiere de condiciones laborales en un sentido amplio. No solo se trata de ofrecer incentivos económicos para el desarrollo profesional en zonas distantes o vulnerables, sino también de brindar, por un lado, acompañamiento institucional a través de la infraestructura y el equipamiento adecuado y, por el otro, apoyo personal, dado que, para quienes decidan un traslado o elijan ese camino, el desempeño en esas áreas supone cambios familiares importantes.

En relación con la distribución geográfica del personal de medicina, el 92% de los consultados opinaron que es mala o regular. En el caso de enfermería, esta opinión alcanza al 84%. El 53% señala que en sus países ha habido iniciativas para la localización y/o retención de médicos en regiones o áreas desatendidas, pero para enfermería el porcentaje se reduce al 30%. El reconocimiento de la existencia de estas iniciativas se eleva significativamente entre los encuestados provenientes del Ministerio de Salud, lo que podría estar indicando la acotada visibilidad de esas acciones para el resto de los actores.

Entre los que reconocen iniciativas para la retención de médicos y enfermeros en regiones o áreas desatendidas, la mayoría considera que esas acciones han estado vinculadas con remuneraciones diferenciales. En el caso de la enfermería se identifican también mayores oportunidades para la inserción profesional y laboral.

Será relevante conocer las estrategias que han permitido enfrentar este desafío de manera exitosa en diferentes realidades, lo que requerirá del desarrollo de estudios que permitan conocer en profundidad los intereses específicos de cada grupo de profesionales según diversas variables a fin de diseñar múltiples estrategias diferenciadas que permitan atraer, desarrollar y retener al personal utilizando distintos tipos de incentivos para tal finalidad.

En este ámbito se propone abordar los siguientes aspectos:

- Desarrollo de sistemas de incentivos para atraer al personal hacia las áreas desatendidas.
- Desarrollo de estudios que permitan ampliar el conocimiento acerca de los intereses, motivaciones y condiciones laborales requeridas por los profesionales de salud para el desempeño en zonas desatendidas.
- Identificación e intercambio de experiencias prácticas de sistemas de incentivos para la atracción y retención de RHS en zonas desatendidas.

2.2 Desarrollo de equipos multiprofesionales de atención primaria de salud

Los puntos anteriores se orientan a la disponibilidad y distribución del personal sanitario y han sido tradicionalmente vistos como aspectos centrales de la gestión de RHS ocupando, tanto la planificación, como las estrategias de atracción y retención, lugares privilegiados en las agendas de la mayoría de los países de la Región. Ambos aspectos han estado prioritariamente orientados hacia profesiones en particular, especialmente hacia los médicos. En el marco de las estrategias de renovación de la APS, dado el tipo y complejidad de problemas de salud predominantes en la actualidad, aparece como una necesidad la constitución de equipos multiprofesionales de atención, cuya combinación de competencias logre un abordaje integral de los problemas de salud. Para ello es necesario adecuar las políticas y estrategias de desarrollo de RHS según nuevos criterios orientados a una mayor integración de las profesiones.

El 69% de los encuestados respondió que en su país la atención de salud está organizada en torno de equipos multiprofesionales. En el caso de las respuestas provenientes de los Ministerios de Salud este porcentaje se eleva al 80%. Sin embargo, la opinión respecto de este tema es unánime sólo en cuatro países. Paralelamente, el 44% de las respuestas considera que en sus países no existen regulaciones del ejercicio profesional que condicionen la constitución de equipos multiprofesionales para la atención de salud. Entre los provenientes de las asociaciones o colegios profesionales esta opinión se eleva al 74%.

Un especial desafío lo constituye el modelo de organización del trabajo, estrategia útil para conocer las potencialidades que puede alcanzar cada profesional trabajando en forma articulada y cómo sus competencias individuales, desplegadas en un contexto distinto, podrían permitir ampliar la cobertura y calidad de atención que proveen los sistemas de salud. Lo anterior implica conocer y documentar experiencias de trabajo de complementariedad entre personal de enfermería, parteras u otros profesionales y el personal médico, o entre médicos generalistas y especialistas. Es necesario establecer estrategias que permitan lograr el máximo despliegue de sus respectivas competencias bajo esquemas adecuados de coordinación y supervisión.

En este ámbito se propone abordar los siguientes aspectos:

- Revisión de la regulación del ejercicio profesional en la perspectiva de contar con marcos jurídicos actualizados según los nuevos esquemas de organización del trabajo.
- Adecuación de los esquemas de gestión de RHS según las necesidades de organización del trabajo en base a equipos multiprofesionales de salud.
- Desarrollo de la telemedicina y las redes de aprendizaje.

3. Reorientar la educación de los profesionales de RHS hacia la APS

Existe cada vez más consenso en la importancia que la oferta y las competencias de los trabajadores de la salud sean consistentes con las necesidades actuales y futuras de la población. Esto supone contar con personal de salud calificado, eficaz y capaz de responder a las prioridades sanitarias definidas.

La generación de recursos humanos para la salud en la Región todavía no está armonizada con las necesidades de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud. El desafío de la Salud Universal aún no han permeado a las instituciones académicas formadoras, ni ha generado en ellas cambios curriculares significativos. Lo anterior, hace necesario un profundo cambio en el paradigma de la educación de las ciencias de la salud, el que requiere a su vez el fortalecimiento del rol del Estado en su capacidad rectora y reguladora de la formación, promoviendo la articulación y el diálogo permanente entre las autoridades nacionales de salud y las instituciones académicas formadoras.

El rol del Estado y la mención a su capacidad reguladora de la formación es uno de los temas que aparece reiteradamente en las opiniones de los entrevistados. En muchos casos se señala que es prácticamente “inexistente”, casi siempre en el marco de la pérdida de la capacidad pública para orientar la oferta educativa y enfrentar la presión del mercado. Varias opiniones plantean que el Estado “ha cedido” en su capacidad de rectoría, o bien que ha perdido el control de la formación. Tales menciones, permitirían pensar que en algún momento la había tenido o que debería asumir esa responsabilidad sobre la educación. Se plantea que cuando la lógica del mercado orienta el funcionamiento de las universidades, éstas operan como “centros comerciales”, o bien responden a intereses sólo académicos o profesionales. Es el Estado quien debe arbitrar la interacción de modo que las instituciones formadoras articulen con las necesidades sociales y no sea el mercado educativo, guiado por una lógica de rentabilidad, el que determine el perfil de los profesionales, el tipo de especialidades a desarrollar en el país, las características de la oferta de residencias o la cantidad de carreras a crear.

Las universidades requieren avanzar en la definición de una nueva misión social de todas las escuelas y facultades de Ciencias de la Salud, con un alto compromiso de formar profesionales de la salud con una visión integral, comprometida con la salud de los más necesitados y con una fuerte inserción en la práctica de los servicios del primer nivel de atención y en espacios subatendidos.

En el marco de los desafíos planteados en esta orientación estratégica, surgen los siguientes temas prioritarios:

3.1 Reorientación de los programas de formación de pregrado

Contar con profesionales de salud capacitados con calidad y comprometidos con los objetivos de salud, sigue siendo una de las principales estrategias para garantizar las necesidades de salud de la población. Se requiere avanzar con una formación basada en competencias; establecer programas y procesos de aprendizaje interprofesional; diseñar currículos flexibles y modulares, así como una enseñanza innovadora y fortalecer la capacidad docente estableciendo nuevos modelos de enseñanza (role model). Se observa como problema la concentración de los programas de formación en los establecimientos hospitalarios, siendo necesario diversificar los contextos de aprendizaje, extendiendo la formación a todos los niveles de la red asistencial y en particular hacer énfasis en las prácticas de aprendizaje desde el inicio de las carreras de ciencias de la salud en el primer nivel de atención, en las comunidades y a nivel rural.

En general, los encuestados por la Consulta plantean la necesidad de profundizar la relación de la formación con la APS para trazar los perfiles profesionales que necesita cada país, así como para definir sus competencias. En esta línea, varias opiniones señalan la carencia de especialidades vinculadas a la medicina familiar y comunitaria. En este sentido, una de las principales falencias de la formación observada por los referentes de las universidades es la desvinculación con los servicios de salud. La misma necesidad de avanzar en un abordaje integrado es señalada por algunos actores como la falta de articulación de las instituciones formadoras con los empleadores, que parecieran demandar instancias de trabajo conjunto intersectorial para adecuar los modelos de formación a los perfiles epidemiológicos.

El Estado deberá incorporar marcos legales para ejercer su rol de conducción del tipo de formación que se necesita, los grandes contenidos de los planes de estudio así como los mecanismos de rendición de cuentas por parte de las escuelas, estudiantes y graduados, que permitan fomentar valores y principios de la formación profesional para alcanzar un mayor compromiso con las comunidades. En definitiva, se coincide en la necesidad de definir una nueva misión o responsabilidad social por parte de las escuelas de ciencias de la salud, particularmente las de medicina^{11 12 13}.

En este ámbito, se propone abordar los siguientes aspectos:

- Formación enfocada en la Atención Primaria de la Salud (APS) y el fortalecimiento de la misión o responsabilidad social.
- Currículos integrados y con una inserción temprana de los alumnos en la red de servicios del primer nivel de atención.
- Desarrollo de la capacidad resolutoria del médico generalista.
- Formación interprofesional para preparar el equipo de atención.

¹¹ Beyond Flexner: Social Mission of Medical Education. Conferencia de Oklahoma, 2012 y New Mexico 2014.

¹² OPS. Educación médica hacia la APS renovada y libros de texto. Informe reunión de escuelas. Buenos Aires, Argentina. Dic.3-5, 2012

¹³ OPS. Relato de la reunión sobre la Misión Social de las Escuelas de Medicina para alcanzar la equidad en salud realizada en Manaus en 2014.

3.2 Fortalecimiento de los sistemas de planificación y formación de posgrado

Los países han mostrado algunas preocupaciones en cuanto a su sistema de formación de especialistas, particularmente de la formación de médicos especialistas a través de las residencias médicas¹⁴. Algunos de los problemas señalados son los desequilibrios en la oferta de especialistas en las diferentes regiones, la escasez de algunas especialidades básicas, particularmente la de Medicina Familiar, las necesidades de nuevos especialistas derivados de la transición social, demográfica y epidemiológica, las dificultades de contratar especialistas en distintos campos de conocimiento, además de la ausencia de políticas y planes sobre el número y tipo de especialistas que necesita el sistema de salud en cada país.

Es fundamental considerar que la dotación de RHS resulta de una conjugación de dos procesos: el de formación y el de empleo. La falta de un diálogo adecuado entre las instituciones que forman y las que emplean, se comprende como un modo de fragmentación que puede producir escasez de ciertos especialistas, migración de recursos humanos, zonas desatendidas y perfiles profesionales inconsistentes con las necesidades sociales. Así, la falta de regulación específica para elaborar planes de estudio de grado y posgrado es cuestionada cuando éstos no se orientan por el modelo de atención y, en cambio, forman profesionales que no pueden atender los problemas de salud prioritarios en esa sociedad ni tampoco pueden ser absorbidos por el mercado laboral, porque no existe la necesidad de esa especialidad.

La inadecuada distribución de los programas y puestos de formación de especialistas en la red de los sistemas de salud, la pobre calidad de la formación y la concentración de estos procesos de manera exclusiva en los hospitales constituyen temas que preocupan a los países.

Se requiere además analizar e impulsar la formación y empleo de generalistas y sus funciones dentro del sistema de salud de cada país y la de otros especialistas, especialmente la función de los médicos de familia para los sistemas que buscan avanzar hacia la Salud Universal.

En este ámbito, se propone abordar los siguientes aspectos:

- Planificación de los posgrados (residencias) en base a brechas identificadas.
- Incremento de la formación en Medicina Familiar.
- Fortalecimiento de la capacidad de formación de especialistas.

3.3. Fortalecimiento de los mecanismos de regulación de la formación de los RHS

La calidad educativa se logra a partir de un proceso permanente combinado de estrategias y búsquedas de consenso sobre los perfiles deseados y los mecanismos educativos adecuados para avanzar hacia una mayor calidad de la formación. Algunos países de la Región han iniciado procesos de acreditación y certificación profesional, particularmente en medicina, otros tienen procesos incipientes para el resto de las profesiones de ciencias de la salud. Los instrumentos de evaluación y acreditación todavía no cuentan con indicadores adecuados para medir el compromiso social de las escuelas y la incorporación de principios y contenidos orientados hacia la atención primaria de salud.

Los países disponen de un número importante de programas de formación y de escuelas de formación en ciencias de la salud. La desregulación de la educación desde hace varias décadas no ha permitido un proceso ordenado que oriente los perfiles de profesionales que se requieren. Muchos de esos programas no están homologados

¹⁴ OPS. Residencias Médicas en América Latina. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Vol. No 5. 2011

al interior de cada país ni tampoco entre países que ya cuentan con una organización política subregional. Se precisa trabajar con nuevas metodologías para avanzar en la homologación de los programas en los países y entre los países y en la homologación de los títulos.

En este ámbito, se propone abordar los siguientes aspectos:

- Acreditación de los programas de formación con una orientación hacia la APS
- Homologación de los títulos

Como ha quedado expresado en las líneas anteriores, el avance de cada uno de los temas planteados en las tres orientaciones estratégicas, requiere de un Estado con un fuerte rol de rectoría y con una capacidad de articulación con los diversos sectores tanto dentro del ámbito gubernamental como fuera de este. En la medida en que en el campo de los recursos humanos confluyen por diversos sectores con instituciones y actores con ámbitos de acción diferenciados, la función de rectoría y gobernanza supone asumir el desafío del trabajo intersectorial en las políticas públicas. En virtud de lo anterior, es necesario desarrollar y fortalecer mecanismos institucionales de coordinación con sectores claves del gobierno, en especial, Educación, Trabajo y Finanzas, promoviendo una cultura de diálogo y aprendizaje mutuo entre estos sectores en la lógica de responsabilidad compartida de las políticas públicas de salud. De esta manera se podrá avanzar en la implementación de políticas integrales de largo plazo que permitan que los países de la Región cuenten con los recursos humanos adecuados en cantidad, distribución y calidad, para asumir el desafío de la Salud Universal.

ANEXO 1

Temas prioritarios para una Agenda de Recursos Humanos Post 2015

Orientación estratégica	Temas prioritarios	Intervenciones propuestas
1. Fortalecer la capacidad de rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de RHS	1.1 Sistemas de Información de RHS	Homologación de denominaciones y modalidades de registro de las profesiones y ocupaciones de salud.
		Fortalecimiento de capacidades para el diseño e implementación de sistemas de información y registros de profesionales de la salud.
	1.2 Metodologías de estimación de brechas de personal	Experiencias prácticas de diseño y aplicación de metodologías de estimación de brechas de RHS.
		Variables esenciales a considerar en el diseño de modelos de estimación de brechas.
		Capacidades de los equipos de gestión de RHS para la aplicación de metodologías de estimación de brechas de RHS.
	1.3 Fortalecimiento de la Planificación de RHS	Políticas y estrategias para la disminución de brechas de RHS aplicadas en los países.
		Capacidades de planificación de los equipos de gestión.
1.4 Fortalecimiento de capacidades de gobierno y conducción	Modelos de Planificación Integral	
	Avanzar en la capacidad de análisis.	
2. Mejorar la disponibilidad y distribución de personal calificado y pertinente	2.1 Mecanismos de incentivos para cubrir áreas desatendidas	Producción de investigación y generación de nuevo conocimiento en RHS.
		Desarrollo de mecanismos de incentivos.
		Intereses, motivaciones y condiciones laborales requeridas por los profesionales de salud para el desempeño en zonas desatendidas.
	2.2 Desarrollo de equipos multiprofesionales de atención primaria de salud	Experiencias prácticas de sistemas de incentivos para la atracción y retención de RHS en zonas desatendidas.
		Regulación del ejercicio profesional para el despliegue de las potencialidades de los profesionales y técnicos de la salud.
		Organización del trabajo en base a equipos multiprofesionales de salud.
Desarrollo de la Telemedicina y redes de aprendizaje.		
3. Reorientar la educación de los profesionales de RHS hacia la APS	3.1 Reorientación de los programas de formación de pregrado	Desarrollo de la capacidad resolutoria del médico generalista.
		Formación enfocada en la Atención Primaria de la Salud (APS) y al fortalecimiento de la responsabilidad social.
		Formación interprofesional.
		Currículos integrados con una inserción temprana de los alumnos en la red de servicios del primer nivel de atención.
	3.2 Fortalecimiento de los sistemas de planificación y formación de posgrado	Planificación de los posgrados (residencias) en base a brechas identificadas.
		Incremento de la formación en Medicina Familiar
		Fortalecimiento de la capacidad de formación de especialistas.
	3.3 Fortalecimiento de los mecanismos de regulación de la formación de los RHS	Acreditación de los programas de formación con una orientación hacia la APS.
		Homologación de los títulos.