



# CONSULTA REGIONAL RECURSOS HUMANOS EN SALUD: DESAFÍOS CRÍTICOS

---

## **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  
4 al 7 de octubre de 2005*



## ÍNDICE

---

DEL CONTEXTO Y LOS ANTECEDENTES .....	1
SOBRE LA CONSULTA.....	3
SOBRE EL PROCESO .....	5
LOS RESULTADOS.....	7
EL PAPEL DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL: LOS PAÍSES Y LAS AGENCIAS.....	33
AGRADECIMIENTOS .....	37



## DEL CONTEXTO Y LOS ANTECEDENTES

---

La **Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud**, en el año de 2005, en Toronto (Canadá), es parte de un proceso de actividades y reflexiones realizadas, en determinadas sub-regiones y países, así como en toda la Región de las Américas (y en el mundo), para reflexionar sobre algunos de los problemas existentes y desequilibrios en la fuerza de trabajo en salud de un país y de la Región. Entre las principales actividades (pasadas y futuras) relacionadas la esta Reunión, cabe resaltar:

- ♦ la decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de dedicar el **Día Mundial de la Salud** de 2006 a los recursos humanos y de realizar el Informe sobre la salud en el mundo sobre el tema de los trabajadores en salud;
- ♦ la **Consulta Regional**, que se comentará abajo, realizada en diversos países de la Región de las Américas en el período de junio y julio de 2005 por la OPS/OMS;
- ♦ las **Reuniones Subregionales sobre Gestión de Recursos Humanos en Salud** organizadas por la OPS/OMS y realizadas en Buenos Aires (Argentina), San José (Costa Rica), y en Lima (Perú) en 2005 ([www.observatoriorh.org](http://www.observatoriorh.org));
- ♦ los **perfiles** de país en recursos humanos que están siendo construidos por cada país de la Región Centroamericana y Andina sobre su fuerza de trabajo en salud;
- ♦ en diciembre de 2004 fue publicado el informe final de la Joint Learning Initiative (JLI)<sup>1</sup> titulado: "Recursos Humanos para la Salud: Superemos la crisis";
- ♦ el establecimiento del **Consejo Canadiense de Salud** (Health Council of Canada), sobre la renovación de la asistencia médica, como parte de un proceso iniciado en el año de 2003 y que pretende divulgar informaciones para discutir vías cual la mejor manera de mejorar la situación sanitaria de los canadienses<sup>2</sup>;
- ♦ la decisión del Consejo Nacional de Salud, en el Brasil, de realizar en 2006 la 3ª **Conferencia Nacional de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud**, con la finalidad de discutir y considerar propuestas de directrices nacionales para la

---

<sup>1</sup> La Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development (JLI) fue lanzada en noviembre de 2002, como una iniciativa de diferentes gobiernos, grupos, instituciones universitarias, agencias internacionales, organizaciones no-gubernamentales e individuos que buscan un reconocimiento del rol central de la fuerza de trabajo en salud. Para mayores informaciones sobre esta iniciativa: <http://www.globalhealthtrust.org>

<sup>2</sup> Más información está disponible en: [http://hcc-ccs.com/report/Annual\\_Report/report\\_index.aspx](http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/report_index.aspx).

implementación de políticas de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud, como forma de ampliar la participación y la co-responsabilidad social en este campo<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Más información está disponible en: [http://consejo.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/conferenciagestaotrabajo.htm](http://consejo.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/conferenciagestaotrabajo.htm).

## SOBRE LA CONSULTA

---

En los años noventa se produjeron transformaciones profundas en los sistemas de salud de muchos países. Esas transformaciones, en general, se focalizaron en la estructura de los sistemas de servicios de salud, con énfasis en la descentralización, en la separación de funciones, en el financiamiento y en la prestación de servicios, en la introducción de mecanismos de mercado, en el cambio del papel del Estado.

Mientras tanto, varios problemas persisten —tales como la inequidad en el acceso a los servicios, el descuido con los aspectos de salud colectiva, la dificultad de las autoridades sanitarias para conducir el sector— y en algunos casos aumentaron, configurando puntos para una agenda regional pendiente para los próximos años .

Muchos de los problemas de esa agenda inconclusa se encuentran asociados —casi siempre de forma genérica— con los recursos humanos. Los cambios en las estructuras agotaron su efecto y los países comienzan a darse cuenta que sin cambios en los comportamientos y capacidades de los trabajadores de salud, las reformas no producirán sus efectos el —aún peor— pueden estar produciendo efectos contrarios a los deseados.

En busca de una acción conjunta para los países de la Región de las Américas, la *OPS, Salud Canadá* y el *Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario* organizarán la Reunión Regional, en Toronto, en octubre de 2005, para definir orientaciones estratégicas que permitan enfrentar estos desafíos críticos.

La finalidad de la Reunión de Toronto es buscar construir un acuerdo entre los países de las Américas en relación a las orientaciones estratégicas que permitan la creación de un Plan de Acción para que los países de la Región puedan alcanzar sus objetivos prioritarios de desarrollo de recursos humanos y superar sus Desafíos más urgentes durante los próximos diez años —la Década de los Recursos Humanos en Salud—.

Para esto, cada uno de los países participantes fue invitado a realizar consultas nacionales con actores sociales relevantes, con el fin de identificar tanto sus objetivos de largo plazo para el desarrollo y la gestión de los recursos humanos, así como sus problemas/necesidades críticas.

Cada país tiene problemas particulares y desequilibrios en su fuerza de trabajo en salud y, muchas veces, estos problemas y desequilibrios afectan de forma diferente regiones distintas en el mismo país, ya que:

- ♦ Pocos países consiguieron definir de forma satisfactoria un diagnóstico de la situación de recursos humanos y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados;
- ♦ Muchos de los países de la Región, con diferentes fases de desarrollo, consideran 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 y en especial, de profesiones críticas para los servicios de salud superan, en muchos casos, la capacidad de los países de garantizar niveles mínimos de atención, muchas veces en las zonas o actividades que más lo necesitan;
- ♦ Inclusive en aquellos casos en que los países tienen cantidades suficientes de trabajadores de salud, los sistemas de gestión del trabajo no siempre permiten a estos trabajadores brindar los mejores servicios de forma productiva y con calidad.
- ♦ A pesar de que existen muchas experiencias de aproximación entre los organismos de formación de profesionales y los servicios de salud, es raro que exista una compatibilidad entre los perfiles educacionales y las competencias requeridas por los servicios.
- ♦ La planificación y regulación de los recursos humanos parece una atribución del Estado siempre que los servicios de salud conformen un sistema sobre el cual el Estado, o mas 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 realizada tuvo como objetivo evidenciar, a partir de la formulación de cinco Desafíos críticos, la importancia de los temas presentados para los actores consultados, ya que se pretende 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.

El objetivo é que tanto los perfiles de los países, así como las informaciones resultantes de las consultas señalen caminos posibles para superar los desafíos críticos considerados:

1. Definir políticas y planos de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
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 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 salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

## SOBRE EL PROCESO

---

Durante los meses de junio y julio de 2005, la Unidad de desarrollo de Recursos Humanos (HR) de la OPS/OMS, realizó una consulta sobre los desafíos críticos en relación a la gestión y educación de los recursos humanos en la salud. Se enviaron formularios<sup>4</sup> a los puntos focales nombrados por las Autoridades Sanitarias Nacionales de un total de 28 países. **De estos países, 26 (92,8%) participaron de la Consulta** (24 enviaron los formularios completados y 2 enviaron documentos complementarios con las informaciones solicitadas). Los países que enviaron respuestas a la Consulta fueron:

**Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad & Tobago, y Uruguay..**

La Consulta, estructurada a partir de los cinco desafíos críticos ya mencionados, buscó orientar reflexiones en las siguientes direcciones:

- ♦ evaluar la importancia de los desafíos presentados para los actores consultados;
- ♦ cómo se encuentran actualmente los países en relación a cada uno de estos desafíos;
- ♦ cuáles son las posibilidades de formulación de estrategias comunes para los países de la Región, con el fin de la superación de cada uno de los desafíos existentes.

Además, para cada uno de los Desafíos mencionados, se presentó un determinado número de condiciones consideradas necesarias para la superación del desafío y se le solicitó a los actores consultados que opinasen hasta que punto tales condiciones son realmente necesarias y cuál ha sido la inversión realizada o las acciones concretas iniciadas hasta el momento por los países, en cada uno de los procesos analizados.

---

<sup>4</sup> Los formularios fueron enviados electrónicamente a los puntos focales y colocados a la disposición de todos en la *homepage* de la Consulta: <http://www.campusvirtualsp.org/observatorio/esp/survey.html>. Por esto, además de las respuestas recibidas por los puntos focales de los países, existieron otras enviadas por personas o grupos que respondieron a la Consulta directamente a través del *site*.



## LOS RESULTADOS

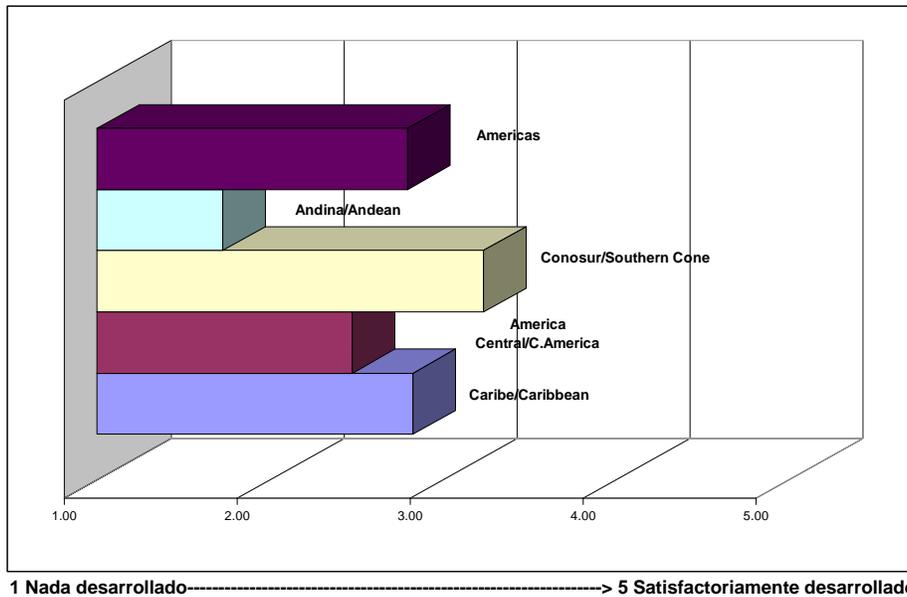
A continuación se analizarán las similitudes existentes, así como algunas particularidades, experiencias y reflexiones de síntesis en relación a los Desafíos tratados.

**Desafío 1: “Adecuar la fuerza de trabajo de los servicios de salud a las necesidades de salud de la población”**

**Desafío alcanzado: Existen los mecanismos para que la disponibilidad de trabajadores se corresponda con las necesidades de salud de la población en cantidad, competencias y calidad.**

Se solicitó a los actores consultados que calificasen el grado de desarrollo de este desafío en una escala de 1 al 5 (nada desarrollado y satisfactoriamente desarrollado, respectivamente), obteniéndose un valor promedio de **2.80 para toda la Región de las Américas**, a pesar de, tal como se puede observar en el gráfico siguiente, este valor difiere grandemente en cada una de las subregiones consideradas<sup>5</sup>:

**GRAFICO 1**  
**DESARROLLO DE LA ADECUACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO EN LAS SUBREGIONES**



<sup>5</sup> Se consideraron en el cálculo los siguientes países, para cada una de las subregiones identificadas: **Región Andina** (Bolivia, Ecuador, Perú); **América Central** (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana); **Caribe** (Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, Suriname, Trinidad & Tobago); **Conosur** (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay).

En el cálculo de las **Américas** se incluyeron además los resultados de: Canadá, Cuba y México.

Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran necesarias las condiciones que se señalan. Sin embargo, sugieren y observan lo siguiente<sup>6</sup>:

**1ª Condición:**

**Debe existir una previsión de las tendencias de cambios demográficos y epidemiológicos que afectan necesidades de personal de salud**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.64**

Debe tenerse en cuenta que:

- ♦ El análisis de estas tendencias para tratar las necesidades a largo plazo de la población no ha sido ejecutado, y es necesario hacerlo. (*Bahamas*)
- ♦ Existe otra exigencia importante relacionada a la estructura del sistema de asistencia médica que afecta enormemente el tipo de competencias, el tipo y el número de profesionales de la salud que son necesarios. (*Canadá*)
- ♦ 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. (*Peru*)
- ♦ El análisis de estos datos no tiene una función activa para alimentar la discusión en esta área. (*Surinam y Trinidad & Tobago*)

**2ª Condición:**

**Deben existir informaciones 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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.09**

Sin embargo:

- ♦ 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. (*Argentina*)
- ♦ A pesar de que existan, los datos no son utilizados para desarrollar proyecciones científicas de la oferta y demanda futura. (*Bahamas*)

---

<sup>6</sup> Las observaciones representan algunas de las ideas presentadas en las respuestas de los países y no fueron necesariamente copiadas *ipsis liter* de los formularios enviados por los países.

- ♦ Estos datos no son centralizados y en gran medida son realizados en un formato manual. (*Barbados*)
- ♦ 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. (*Chile*)
- ♦ 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. (*México*)
- ♦ 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. (*Perú*)
- ♦ 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. (*República Dominicana*)
- ♦ Los datos sobre el número de trabajadores de salud existen, pero no están consolidados en un único lugar. (*Surinam*)

**3ª Condición:**

**Debe existir 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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.86**

Sin embargo, no basta con que exista una unidad/dirección, ya que:

- ♦ Debe también poder enfrentar de forma convincente las líneas de política sectorial y sostenerlas en el tiempo. (*Argentina*)
- ♦ Debe existir una dirección técnicamente sólida y con liderazgo para poder articular el proceso con las demás acciones estratégicas del sistema. (*República Dominicana*)

**4ª Condición:**

**Deben existir mecanismos de regulación del ejercicio profesional que permitan asegurar el mantenimiento de competencias y de calidad de la práctica.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.77**

Para que estos mecanismos tengan efectos positivos, es importante tener en consideración que:

- ♦ 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. (*Bolivia*)
- ♦ La participación social es un insumo importante en los procesos de evaluación de la atención y de los servicios de salud. (*Cuba*)
- ♦ 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. (*Ecuador*)
- ♦ No basta tener legislación y reglamentación, se deben desarrollar los mecanismos eficientes para supervisión del ejercicio profesional. (*Guatemala*)
- ♦ 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, consejos profesionales, empleadores, trabajadores, para que sea mas del que autorregulación profesional. (*Peru*)

**5ª Condición:**

**Debe existir planificación presupuestaria del Estado que permita el empleo estable en la cantidad y tipo de trabajadores adecuados a las necesidades demográficas y epidemiológicas.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.64**

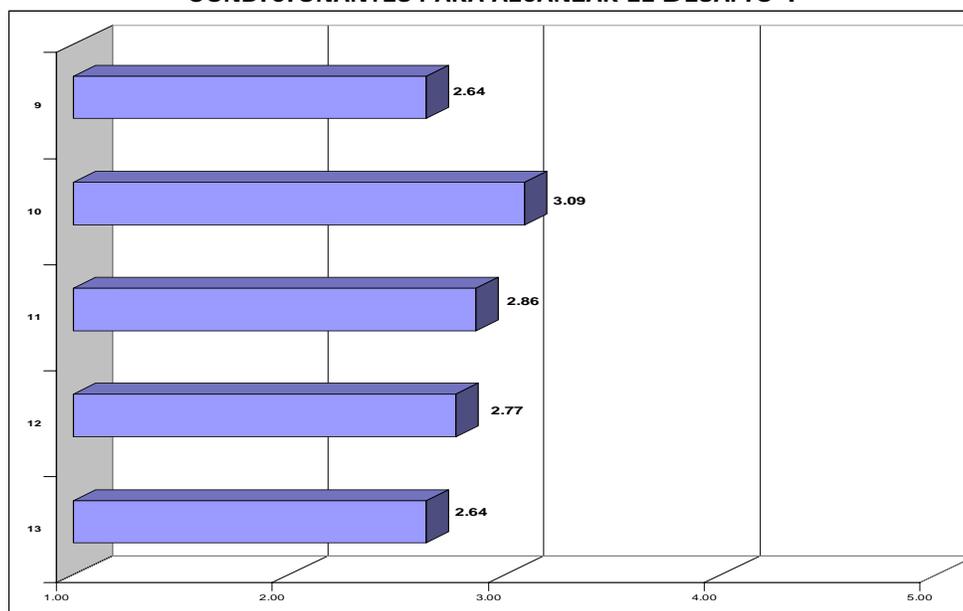
Esta Condición no siempre es posible de ser alcanzada, dado que:

- ♦ 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. (*Bolivia*)
- ♦ 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. (*Chile*)
- ♦ 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. (*Guyana*)
- ♦ 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 trabajo inadecuadas y

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. (Perú)

Con base en este desafío, la situación actual de los países de la Región puede ser representada de la siguiente forma:

**GRAFICO 2**  
**CONDICIONANTES PARA ALCANZAR EL DESAFÍO 1**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

9: *Previsión de tendencias epidemiológicas y demográficas*

10: *Información sobre existencia de la fuerza de trabajo en salud*

11: *Existencia de una Unidad o Dirección para información en políticas de recursos humanos*

12: *Mecanismos de regulación profesional*

13: *Planificación presupuestaria que permite empleo estable*

Tal como se puede observar en el gráfico precedente, las condiciones necesarias para la superación de este desafío fueran consideradas como medianamente desarrolladas en los países consultados. En una forma general, para todos los países de la Región, es necesaria una mayor atención tanto la previsión de las tendencias de transiciones demográficas y epidemiológicas que afectan las necesidades de trabajadores de salud, 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.

De una manera general, todos los países consultados afirman que están realizando inversiones o ya iniciaron acciones para superar este desafío. Dentro de las respuestas enviadas, algunas iniciativas particulares fueron resaltadas:

- ♦ 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. (*Cuba*)
- ♦ El Observatorio de Recursos Humanos se constituye en un espacio de análisis y consenso para la planificación nacional y institucional. (*Guatemala*)

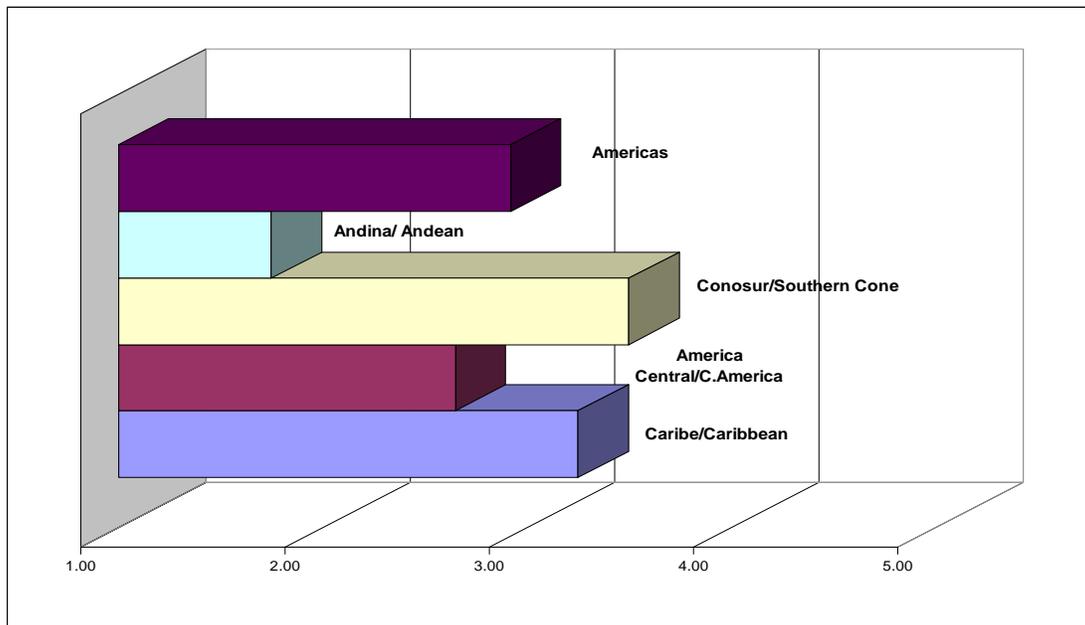
**Desafío 2:**

**Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.**

**Desafío alcanzado:** 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 que tienen necesidades mayores.

Este es el desafío que está mejor desarrollado en la Región (promedio de **2.92** en una escala de 1 a 5), en particular la existencia de informaciones sobre distribución de cantidad de trabajadores en relación a la población que cubren y en relación a las metas sanitarias, que es la condición más completamente desarrollada en promedio.

**GRAFICO 3**  
**DISTRIBUCIÓN EQUITATIVA DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran necesarias las condiciones indicadas, pero sugieren o observan lo siguiente:

**1ª Condición:**

**Deben existir informaciones 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 Milenio.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.18**

Es necesario que existan estas informaciones, pero no parece ser una condición suficiente, ya que:

- ♦ No será fácil mejorar la equidad en la distribución de personal de salud si los responsables de 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. *(Argentina)*
- ♦ El Ministerio puede controlar y verificar el sector público, pero no existe un mecanismo para controlar la fuerza de trabajo del sector privado. *(Haiti)*
- ♦ Se debe tener un mapa poblacional, un mapa epidemiológico y un mapa de distribución de trabajadores de 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. *(Peru)*
- ♦ 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. *(Trinidad & Tobago)*

**2ª Condición:**

**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 o % de trabajadores en servicios de atención individual en relación al % de trabajadores en servicios de salud pública).**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.09**

La distribución de personal es importante ya que permite analizar problemas, tales como:

- ♦ Alcanzar un equilibrio en los recursos humanos entre la atención preventiva y curativa, ya que es más económico emplear recursos en acciones preventivas de que en estrategias curativas. (*Belize*)
- ♦ 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. (*El Salvador*)
- ♦ 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. (*Guatemala*)
- ♦ Es preciso tener un sistema de información que permita generar este tipo de información. (*Perú*)

**3ª Condición:**

**Debe existir decisión política y planes efectivos para movilizar y atraer los trabajadores de salud a las regiones con mayores necesidades.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.55**

Esta Condición tiene aspectos relevantes en muchos casos, ya que para ser efectiva necesita de otras circunstancias:

- ♦ Es difícil atraer los profesionales de salud a las zonas rurales. Hay necesidad de mayor creatividad en términos de incentivos para abordar este problema (*Bahamas*).
- ♦ Los profesionales de 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. (*Belize*)
- ♦ 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. (*Cuba*)
- ♦ 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. (*Guatemala*)

- ♦ No es sólo importante, es urgente. (*México*)
- ♦ 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. (*Perú*)

**4ª Condición:**

**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.**

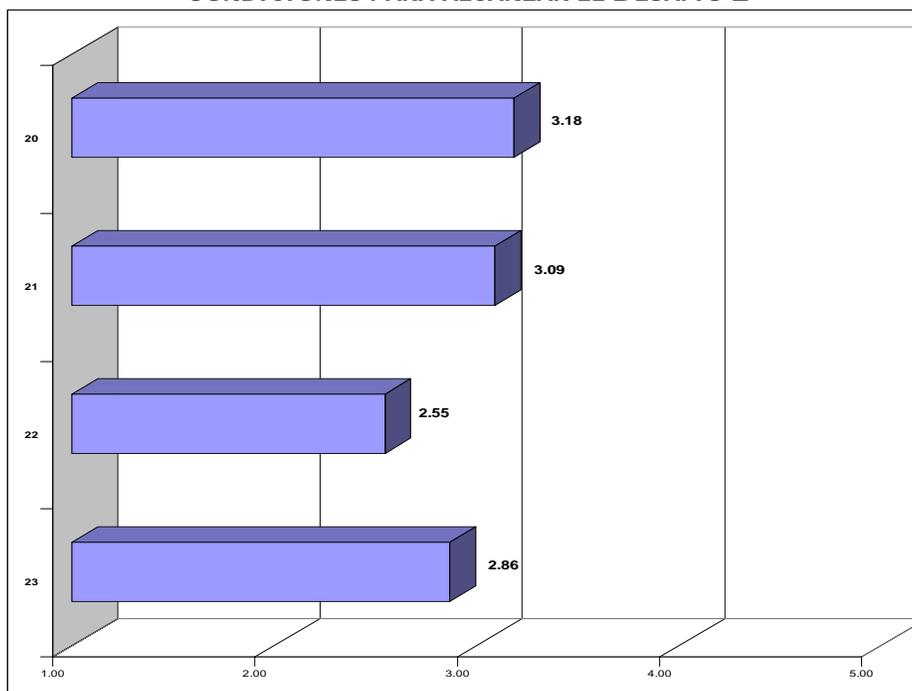
**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.86**

Esta Condición depende de los sistemas de financiamiento de los servicios de salud en cada país:

- ♦ En *Brasil* hay leyes que determinan inversiones mínimas para los aportes federales, de estados y de municipios.
- ♦ Algunas veces las planillas de presupuesto están adecuadas a las posibilidades económicas y no necesariamente a las necesidades del país. (*Costa Rica*)
- ♦ 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. (*Honduras*)

Una comparación de estas condiciones, en el conjunto de los países de la Región, puede ser demostrada en el siguiente gráfico:

**GRAFICO 4**  
**CONDICIONES PARA ALCANZAR EL DESAFÍO 2**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

20: Información sobre distribución de la fuerza de trabajo en salud en relación la población

21: Información sobre distribución de la fuerza de trabajo en salud en relación a los niveles de atención

22: Decisión política para redistribución de la fuerza de trabajo en salud

23: Recursos y capacidades para redistribución de la fuerza de trabajo en salud

Em 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:

- ♦ *Barbados* ha invertido bastante, a lo largo de los años, en el desarrollo del sistema de atención primaria gratuita para todos los barbadenses. Neste sentido, esas instituciones funcionan con profesionales bien entrenados. Sin embargo, con el cambio del perfil epidemiológico será necesario asegurar que estos profesionales tengan las habilidades y los conocimientos constantemente mejorados para asegurar que puedan estar preparados para las afecciones médicas emergentes también.
- ♦ Se está discutiendo una ley de responsabilidad sanitaria que obligará a un mejor uso de los recursos para estos fines. (*Brasil*)
- ♦ 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, los mejoramientos en este sentido podrían ser perdidos rápidamente. (*Guyana*)

- ♦ 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 perfil, idoneidad e y capacidad profesional. (*Paraguay*)
- ♦ 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. (*Trinidad & Tobago*)

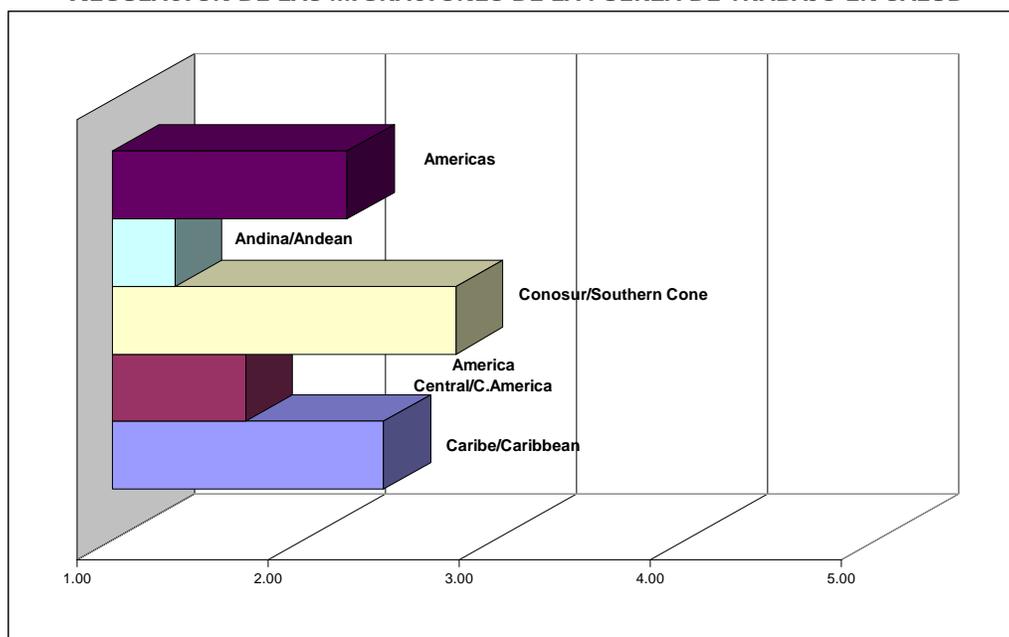
### Desafío 3

**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.**

**Desafío alcanzado:** 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.

Este desafío, para todos los países consultados en la Región de las Américas, es la mayor prioridad, dado que es el desafío con menor desarrollo (promedio de **2.23** en una escala de 1 a 5).

**GRAFICO 5**  
**REGULACIÓN DE LAS MIGRACIONES DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran necesarias las condiciones que se plantean en esta consulta, aunque sugieren tener en cuenta lo siguiente:

**1ª Condición:**

**Debe existir un monitoreo de desplazamientos internos y migración internacional del personal de salud y se conocen las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.18**

A pesar del bajo desarrollo de este proceso de monitoreo, existen muchas razones que justifican su realización, tales como:

- ♦ Es importante que exista un monitoreo de los desplazamientos internos y de la migración externa de los profesionales de salud. 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. (*Bahamas*)
- ♦ 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 la 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. (*Barbados*)

- ♦ No existen esfuerzos destinados a diagnosticar o conocer estos procesos. (*Chile*)
- ♦ Es un aspecto que se considera de mucha relevancia especialmente cuando los servicios son afectados con la migración interna o externa del personal calificado. (*El Salvador*)
- ♦ 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. En el país, la migración externa no parece ser en el momento un problema serio, pero ante la inminente entrada en vigor del Acuerdo de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos puede llegar a serlo, sin que estemos preparados para abordarlo. 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. (*Guatemala*)
- ♦ 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. (*República Dominicana*)

**2ª Condición:**

**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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.27**

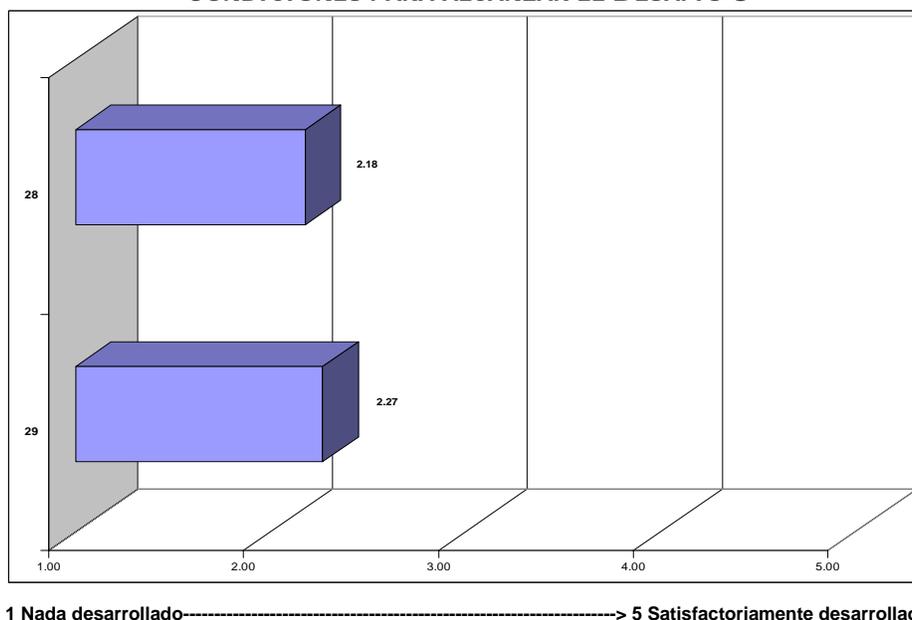
En relación a la regulación de los movimientos internacionales, es importante observar lo siguiente:

- ♦ Los acuerdos deben permitir la colaboración y la cooperación mutua entre los países. (*Barbados*)

- ♦ 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. (*Bolivia*)
- ♦ Los objetivos de los acuerdos internacionales para la coordinación de la concesión de licencias deben ser cuidadosamente considerados antes de ser aprobados, dadas las consecuencias negativas que podrían tener (por ejemplo, mayor éxodo de profesionales de la salud de países en desarrollo). Sin embargo, estos acuerdos podrían reducir las dificultades enfrentadas por individuos que son profesionales de la salud y que ya decidieron migrar. (*Canada*)
- ♦ 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. (*Cuba*)
- ♦ 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. (*Ecuador*)
- ♦ Estos acuerdos deben ser igualitarios en el sentido de dar ventajas a los países involucrados, independientemente de su situación social, política y económica. (*República Dominicana*)

Una comparación de estas dos condiciones, en el conjunto de los países de la Región, puede ser mostrada en el siguiente gráfico:

**GRAFICO 6**  
**CONDICIONES PARA ALCANZAR EL DESAFÍO 3**



28: Monitoreo de la migración interna y externa

29: Acuerdos internacionales para regular las migraciones

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

- ♦ *Barbados* experimentó una migración principalmente de enfermeras. En consecuencia adoptó una política de aumentar el número de enfermeras graduadas anualmente para asegurar la disponibilidad de los recursos suficientes a pesar de la migración. En consecuencia, desde septiembre de 2004, el Gobierno ha formado 90 enfermeras registradas (*Registered Nurses*) por año en vez de las 30 enfermeras que se formaban anteriormente. El Gobierno también emprendió una campaña de reclutamiento en el exterior.
- ♦ Se deben promover acuerdos internacionales que coordinen la concesión de licencias de los profesionales. Aumentar la producción local de enfermeras. (*Belize*)
- ♦ Actualmente está siendo desarrollado el MEXA - MERCOSUL, que es un mecanismo experimental de acreditación para el reconocimiento de títulos de profesionales médicos en esta Subregión. La OIT, INSASES (Instituto Nacional de Seguros de Salud) y el Ministerio de la Salud y Deportes, han desarrollado un sistema regulador que está en proceso de aprobación. (*Bolivia*)
- ♦ El Instituto Canadiense para la Información Sanitaria (CIHI) está trabajando en implantar un identificador único para los proveedores de asistencia sanitaria para monitorear su dinámica. Esta información limitada solo existe ahora para los médicos. (*Canadá*)

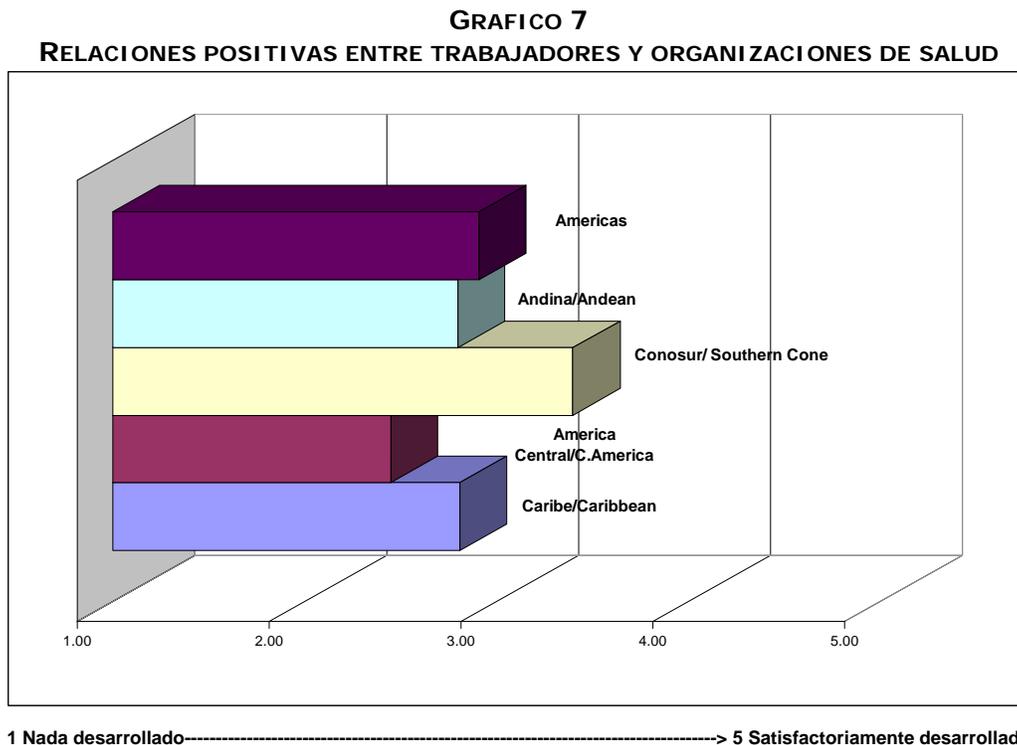
- ♦ Es necesario distinguir las situaciones en las cuales el país estableció acciones y ha destinado recursos institucionales para su cumplimiento: autorización para el ejercicio profesional; revalidación del título profesional; y fiscalización del ejercicio profesional en el territorio nacional. (*Chile*)
- ♦ 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. (*Jamaica*)

#### Desafío 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.**

**Desafío alcanzado:** 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 (**promedio de 2.91**, en una escala de 1 a 5), especialmente en los países del Conosur, tal como puede ser visto en el gráfico que sigue:



Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran que son necesarias las condiciones que se describen abajo, con las siguientes particularidades:

**1ª Condición:**

**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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.77**

Los países consultados resaltaron aspectos particulares sobre cómo los sistemas de gestión de personal pueden ayudar a alcanzar este objetivo:

- ♦ 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. (*Bahamas*)
- ♦ 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 salud y por lo tanto, en desestimular la identificación del trabajador con la misión de dar buenos servicios de salud. (*Colombia*)
- ♦ Solo 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. (*Ecuador*)
- ♦ 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. (*Jamaica*)
- ♦ 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. (*México*)
- ♦ 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. (*República Dominicana*)

**2ª Condición:**

**Debe existir un ambiente participativo y deben desarrollarse acciones que permiten una relación con las organizaciones de trabajadores que permite asegurar continuidad en la prestación de los servicios.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.09**

Esta Condición parece estar bien desarrollada en muchos países, pero cabe señalar que algunas de las respuestas enviadas enfatizan que esta condición es dependiente de la estructura de gestión propia de cada país:

- ♦ El sistema de salud brasileño tiene en su estructura de gerencia la presencia de consejos municipales, estatales y nacional de salud. En los tres niveles existe garantía de la presencia de representantes de trabajadores, usuarios y gerentes de salud. (*Brasil*)
- ♦ 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. (*Colombia*)
- ♦ 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. (*Costa Rica*)
- ♦ 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 mas 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 potencializado mediante un buen clima organizacional. (*Ecuador*)
- ♦ Es necesario establecer mecanismos de participación en la modalidad de cogestión (proveedores, usuarios, sociedad civil) que permite, al estar involucrados en las decisiones, estar también comprometidos con los resultados. (*Peru*)
- ♦ 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. (*Trinidad & Tobago*)

**3ª Condición:**

**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 trabajadores a brindar buenos servicios de salud a toda la población.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.77**

Los sistemas de formación/capacitación de gerentes son fundamentales. En relación a esto, los países consultados señalaron algunas condiciones básicas:

- ♦ 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. (*Argentina*)
- ♦ 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. (*Bahamas*)
- ♦ 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 atención primaria en salud y preferentemente, con una metodología de capacitación en servicio. (*Bolivia*)

**4ª Condición:**

**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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.00**

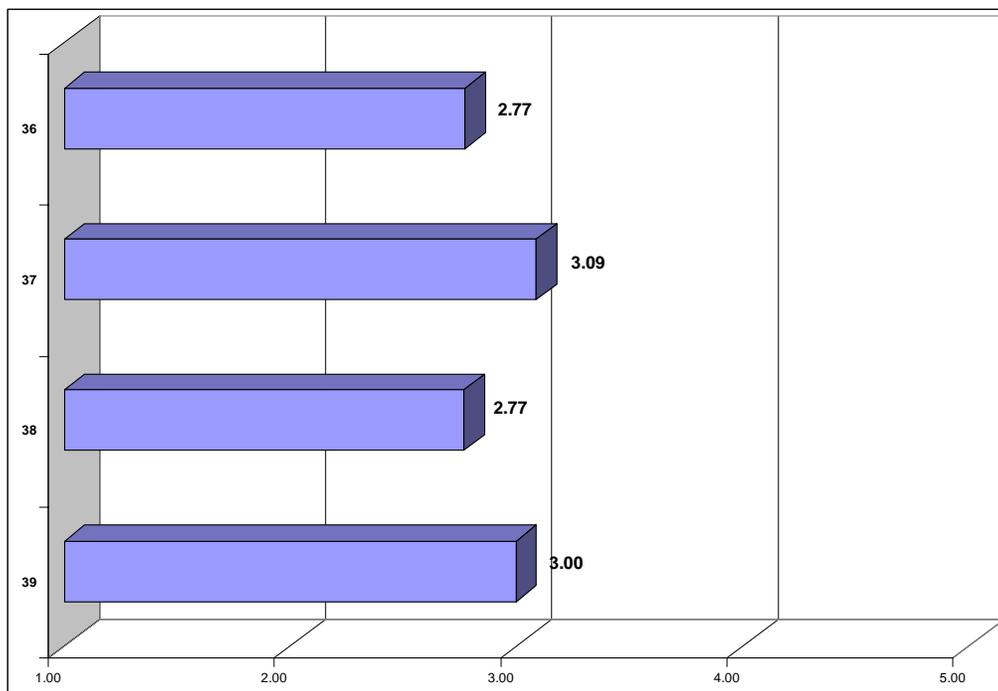
Debe tenerse en cuenta que estos sistemas son algo más que apenas cursos de actualización, tal como lo evidencian algunos de los países consultados:

- ♦ La educación continuada es considerada obligatoria por algunos organismos de reglamentación de la salud. Algunas organizaciones de salud proporcionan educación en servicio a los empleados, mientras que otros profesionales buscan las oportunidades de educación continuada a través de conferencias o educación a distancia. La capacidad de los profesionales de la salud actualizarse con las nuevas tecnologías es vital no solo para prestar servicios de asistencia de buena calidad pero también para mejorar la retención de personal. (*Canadá*)

- ♦ 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. (*Guatemala*)
- ♦ 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. (*Guyana*)

El grado relativo de desarrollo de cada una de estas condiciones puede ser analizado en el gráfico que sigue, donde se muestra el promedio de los países de la Región en relación a como superar el desafío de generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional.

**GRAFICO 8**  
**CONDICIONES PARA ALCANZAR EL DESAFÍO 4**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

36: *Sistemas de gestión que favorezcan el compromiso con la misión institucional*

37: *Ambiente participativo y relaciones de trabajo positivas*

38: *Sistemas de selección y capacitación de gerentes/gestores que garanticen buenos resultados*

39: *Educación permanente en salud para desarrollar y mantener competencias*

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

- ♦ 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. *(Bolivia)*
- ♦ Salvo pocas experiencias locales "de laboratorio" no hay resultados, y además no se evalúa lo poco que existe. *(Ecuador)*
- ♦ Existen serios inconvenientes en la implementación por déficit en la información y interrupción de los procesos en función de los cambios de autoridades políticas y administrativas. *(Paraguay)*

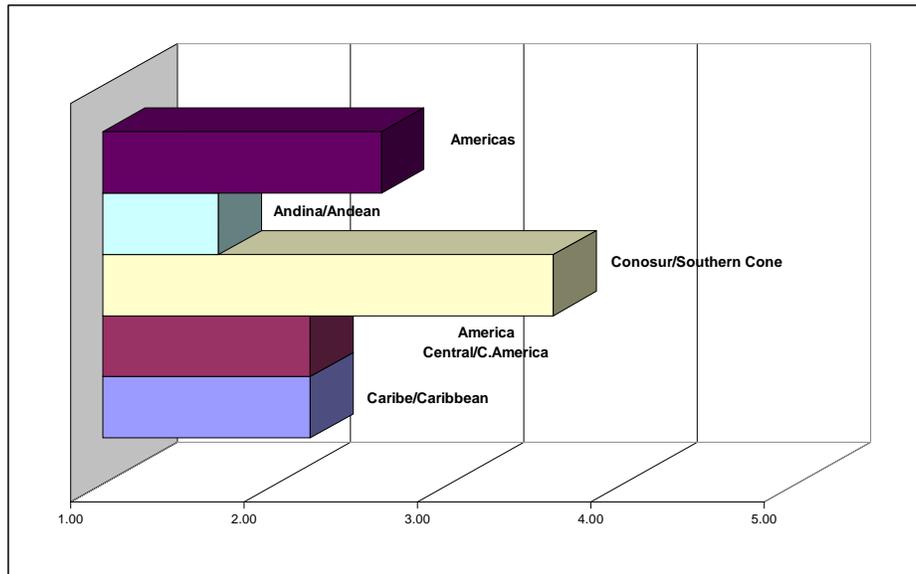
#### **Desafío 5**

**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.**

**Desafío alcanzado:** 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.

En relación al desarrollo de interacciones y planes conjuntos entre las instituciones de formación y los servicios de salud, aunque en la Región, en promedio, el desarrollo sea bajo (promedio **de 2.61** en una escala de 1 a 5), se encuentran importantes diferencias entre como evalúan este desarrollo los países de la Región Andina (1.67 en promedio) y los del Cono Sur (3.40), lo que hace que el promedio regional esconda estas diferencias, tal como se puede observar en el gráfico siguiente:

**GRAFICO 9**  
**INTERACCIONES ENTRE INSTITUCIONES DE FORMACIÓN**  
**Y SERVICIOS PARA ELABORAR PLANES CONJUNTOS**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran que son necesarias las condiciones que se detallarán con algunas particularidades:

**1ª Condición:**

**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.**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.82**

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 es dificultado por algunas características:

- ♦ 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. (*Belize*)
- ♦ 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. (*Bolivia*)

- ♦ 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. (*Costa Rica*)
- ♦ 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.
- ♦ 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. (*Ecuador*)
- ♦ 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. (*Perú*)
- ♦ 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. (*Trinidad & Tobago*)

**2ª Condición:**

**Deben existir regulaciones generales del Estado y incentivos a la formación profesional que conduzcan al diseño de planes de formación adecuados a la realidad de salud (como por ejemplo: Currículos basadas en los problemas de salud más frecuentes, cargas horarias importantes para la formación en salud pública).**

**Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.41**

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:

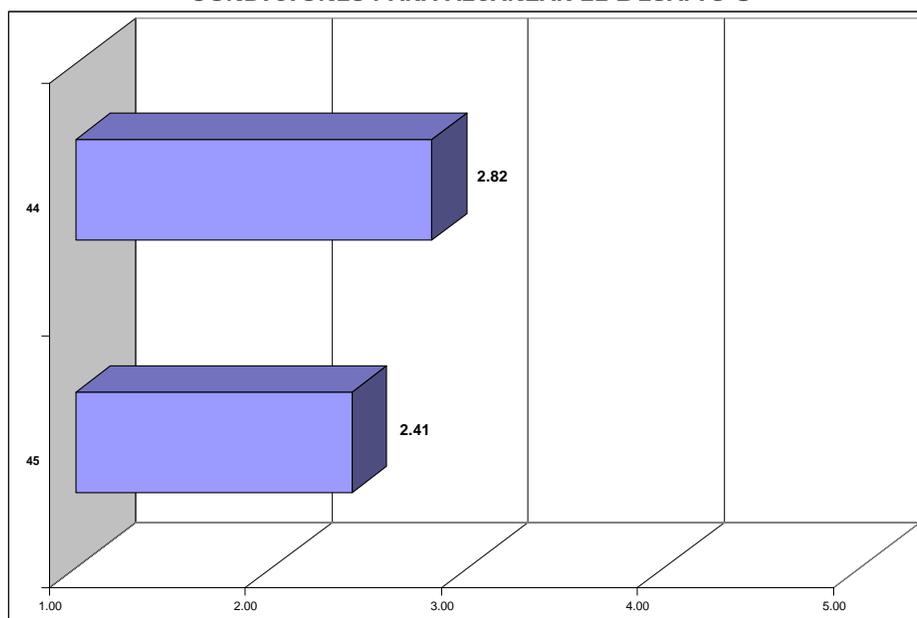
- ♦ El Estado no es el único empleador y el crecimiento de los recursos humanos incorporados en el Estado es cada vez más bajo. Se debería establecer un currículo de formación basado en competencias mínimas que el Ministerio de Salud establezca, con base en sus políticas y estrategias y a partir de estas 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. (*Bolivia*)

- ♦ En *Brasil* existe una regulación nacional para la orientación de currículos básicos para profesiones de salud, que llamada “Directivas curriculares”.
- ♦ Los gobiernos federal, provinciales y territoriales consideran importante la capacidad de planificar sus programas de formación profesional y requisitos de certificación según las necesidades de salud de la población. Sin embargo no es fácil compatibilizar esos requisitos con el sistema de prestación de servicios de salud. Los programas de formación profesional están evolucionando en dirección a la renovación del sistema de atención de salud y a las prioridades como la atención primaria de salud, y también a las necesidades de salud de la población (por ejemplo, necesidades de comunidades de inmigrantes, población que está envejeciendo). (*Canadá*)
- ♦ 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. (*Chile*)
- ♦ Se debe enfatizar que se debe ejercer la regulación en la formación, con el propósito de satisfacer las necesidades del país. Para eso se debe coordinar con diferentes centros de formación de carácter público y privado y instituciones estatales que controlen la calidad en la formación. (*Costa Rica*)
- ♦ Cuando el Estado reglamenta el diseño de programas de formación profesional y los requisitos de certificación, no puede garantizar que estos 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. (*Trinidad & Tobago*)
- ♦ 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. (*Uruguay*)

Así como existen grandes diferencias entre las Subregiones en relación al desafío como un todo, también en relación a estas dos condiciones hay diferencias de desarrollo. 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 y incentivos concretos por parte del Estado para favorecer estas interacciones; lo que lleva a pensar que probablemente estas interacciones sean producto de circunstancias mas que de sistemas institucionales.

**GRAFICO 10**  
**CONDICIONES PARA ALCANZAR EL DESAFÍO 5**



1 Nada desarrollado-----> 5 Satisfactoriamente desarrollado

44. 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

45. Regulaciones generales del Estado e incentivos de la formación profesional que conducen a diseñar los planes de formación adecuados a la realidad de salud

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

- ♦ Actualmente 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' (Bolivia)
- ♦ La capacidad de planear y ajustar la educación de los profesionales de la salud para suplir las necesidades futuras se ve afectada por las diferentes capacidades de las jurisdicciones de entrenar los profesionales de la salud que necesitan. Algunas jurisdicciones no entrenan todos los profesionales que necesitan. Por lo tanto, esto exige que otros tengan la capacidad de proveerlos. Esas situaciones dificultan el establecimiento de relaciones entre la educación y las necesidades de salud de la población y la posibilidad de hacer planes en forma eficaz. Un número muy limitado de jurisdicciones tienen la capacidad de planear sus programas de formación profesional y requisitos de certificación según las necesidades de salud de la población. Esto requiere un planeamiento complejo y técnicas modelo, y los gobiernos federal, provinciales y territoriales están trabajando para alcanzar esta meta. (Canadá)

- ♦ 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. (*Guatemala*)
- ♦ 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. (*Trinidad & Tobago*)

## EL PAPEL DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL: LOS PAÍSES Y LAS AGENCIAS

---

Para cada uno de los desafíos analizados, se solicitó a los actores consultados que sugiriesen el tipo de apoyo o de experiencias que las agencias internacionales o de otros países podrían ayudar al país para alcanzar estos Desafíos. Las respuestas, de una manera general, sugieren lo siguiente:

### **En referencia al Desafío 1: "Adecuar la fuerza de trabajo en salud a las necesidades de salud de la población".**

- ♦ Los organismos internacionales pueden facilitar el compartir experiencias documentadas por los países. (*Bahamas*)
- ♦ El apoyo técnico puede permitir fortalecer el papel gerenciador del Ministerio de Salud en la toma de decisiones. Se necesita apoyo para el fortalecimiento de las capacidades locales para producir información sobre la fuerza de trabajo existente en el nivel local. También para el intercambio de experiencias exitosas. (*Bolivia*)
- ♦ Es necesario el apoyo y conocimiento de experiencias de planeamiento de recursos humanos en salud. (*Brasil*)
- ♦ Intercambio de la información sobre el establecimiento de mejores prácticas/herramientas relacionadas con el planificación de la fuerza de trabajo en salud y datos sobre los recursos humanos. Oportunidades establecidas a través de la OPS y de la OMS para trabajar con otros países en cuestiones de planeamiento de la fuerza de trabajo, que sean de interés común y que resulten en impulsores de políticas comunes para debate/adopción en los foros de la OPS y la OMS. (*Canadá*)
- ♦ Conocer experiencias positivas de algunos países que tengan desarrollado el tema de recursos humanos, la coordinación entre el sector formador y empleador, la gestión de la conflictividad laboral, la negociación con organizaciones de trabajadores, entre otras. (*Costa Rica*)
- ♦ Apoyo para la automatización en información de recursos humanos. (*Cuba*)
- ♦ Hay una gran necesidad de mejorar la capacidad inadecuada a través de la capacitación y (re)capacitación de la fuerza de trabajo. Hay una escasez aguda de formadores capacitados que ejecuten los programas de formación profesional y que preparen más formadores para que los programas de formación profesional sean autosustentables. El apoyo de formadores críticos podría incentivar la realización de determinados programas con la formación simultánea de formadores locales para continuar el programa cuando el apoyo extranjero no exista mas. Por ejemplo, en la adaptación de categorías profesionales existentes para darles nuevas aptitudes cuando hay cambios ambientales; o la creación de categorías nuevas, mas adecuadas a las necesidades y a las limitaciones existentes del sistema. (*Guyana*)

- ♦ Las agencias deben: incentivar la reestructuración del papel de los recursos humanos y que ésta sea considerada como uno de los principales soportes de éxito de la reforma del sector salud; realizar adecuada destinación y distribución de recursos en salud donde realmente sea necesario; apoyar el papel gerenciador del Estado de acuerdo con las experiencias existentes para incentivar la creación de marcos legales adecuados; exigir condiciones mínimas que garanticen los resultados de la inversión y mecanismos transparentes. (*Perú*)
- ♦ Las agencias deben ayudar en la construcción de una carrera administrativa para el sector y en la creación de una carrera sanitaria; deben ayudar al desarrollo de una instancia intersectorial y multidisciplinaria que impulse un Plan de desarrollo del campo de recursos humanos en salud en el país; deben apoyar el intercambio de experiencias entre países y deben influir positivamente en los procesos políticos para la alimentación de decisiones que mejore la fuerza de trabajo. (*República Dominicana*)

**En referencia al Desafío 2: “Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población”.**

- ♦ Abogar por una política sectorial planeada que incentive la distribución de oportunidades profesionales en los lugares mas alejados, con un sistema de puntuación, con residencias por especialidades distribuidas a lo largo de todo el territorio nacional (*Argentina*)
- ♦ Apoyo de especialistas para la coordinación y instalación de talleres de estudios, información y planeamiento de recursos humanos. Programa de estudios en países con mayor desarrollo en estas áreas. (*Chile*)
- ♦ Considerar y aprender la partir de otras experiencias en países que realizaron procesos para resolver el problema de equidad, orientados a la gestión de estas estrategias. Además de eso, los organismos que pueden intervenir en estos procesos son los que pueden facilitar recursos económicos para la capacitación, para realizar estudios o pasantías con el propósito de contar con recursos humanos capacitados para estos procesos. (*Costa Rica, El Salvador*)
- ♦ La propuesta de carrera sanitaria impulsada por la OPS, la creación y funcionamiento de Consejos locales o municipales de gestión en salud y la propuesta OPS, OIT y CEPAL de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. É necesario el apoyo de países como el Brasil, Canadá, Cuba, Costa Rica, Colombia y Chile. En este último caso, donde se han aplicado carreras sanitarias y modelos de atención a la salud familiar. (*Ecuador*)
- ♦ Para enfrentar el desafío de una distribución de la fuerza de trabajo que alcance eficazmente para las necesidades de toda la población, los organismos internacionales tendrán que fortalecer nuestra capacidad de formar un número suficiente de profesionales para eliminar las brechas existentes y reponer las pérdidas por migraciones naturales. Este apoyo tiene dos aspectos: 1. proveer, en

corto plazo, formadores para realizar determinados programas de formación profesional; 2. fortalecer simultáneamente la capacitación de los formadores locales para asegurar nuestra capacidad de mantener los programas de formación profesional cuando los tutores extranjeros vuelvan para sus países. Como la migración natural continua siendo el desafío principal para la sostenibilidad de cualquier esfuerzo tendiente a la distribución adecuada de la fuerza de trabajo para cumplir con las necesidades de toda la población, las experiencias y conocimientos especializados de los organismos internacionales en la área de la gestión de la migración será muy útil( *Guyana*)

- ♦ Capacitación y evaluación, sobre todo para asegurar un control efectivo. (*Haiti*)
- ♦ Invertir en educación permanente y organizada; rescatar y sistematizar experiencias extranjeras y nacionales, mejor todavía si fueran latinas; tener cuidado para que la actividad no acabe con el término del proyecto de cooperación, o sea, es necesario institucionalizar las experiencias realizadas. (*Perú*)

**En referencia al Desafío 3: “Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud, tanto en lo referente a los movimientos internos (en el país) como en migraciones internacionales, de manera que permitan garantizar la atención a la salud para toda la población”.**

- ♦ Los organismos internacionales podrían proveer asistencia técnica para el desarrollo de las estrategias de retención, entrenamiento de los profesionales de salud, inclusive los programas de intercambio y oportunidades de formación interdisciplinaria que permita el desarrollo futuro de las aptitudes de los profesionales de salud. (*Bahamas*)
- ♦ Informaciones sobre las experiencias y medidas internacionales adoptadas para disminuir la repercusión de la migración externa. (*Barbados*)
- ♦ Compartir la información de las características y tendencias de las migraciones internas de los profesionales de salud y de los esfuerzos internacionales para administrar este fenómeno. Tener oportunidades establecidas a través de la OPS y de la OMS para trabajar con otros países en las competencias de la fuerza de trabajo, entrenamiento, concesión de licencias y problemas de planificación de interés común que resulten en políticas comunes para debate/adopción en los foros de la OPS y la OMS. (*Canadá*)
- ♦ Sería deseable conocer experiencias o acuerdos que existen entre países que reciben personal calificado y en qué o cómo se benefician los países de los profesionales que han emigrado. (*El Salvador*)
- ♦ Debe existir mayor información, además de la oferta de cursos on-line (e-learning) y gerenciales. Debería darse apoyo a la construcción de sistemas integrales de educación permanente, que tengan continuidad. (*Peru*)

**En referencia al Desafío 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”.**

- ♦ Diseño de modelos para evaluación de necesidades de aprendizaje basado en competencias. Desarrollo de un sistema de Educación Permanente. Desarrollo de un sistema de evaluación de los procesos de capacitación implementados, en relación a la satisfacción de los usuarios. (*Bolivia*)
- ♦ Pasantías en países con mayor desarrollo en ese aspecto. Presencia de consultores que permitan una evaluación externa en relación al desarrollo de los diferentes procesos. (*Chile*)
- ♦ Apoyo al desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos de los sistemas de información de las instituciones relacionadas. Apoyo a la continuidad de alianzas entre instituciones académicas y de servicio. Intercambio de experiencias con países que enfrentaron o enfrentan problemas similares. Dotación de metodologías apropiadas. Cooperación técnica directa a las instituciones. Experiencias de otros países en materia de relaciones de trabajo con entidades profesionales y sindicales. (*Guatemala*)
- ♦ Más importante que la ayuda externa, es la necesidad de liderazgo local. (*Surinam*)

**En referencia al Desafío 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 salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población”.**

- ♦ Compartir prácticas exitosas. (*Canadá*)
- ♦ Conocer estrategias innovadoras. (*El Salvador*)
- ♦ Capacitación de profesionales capaces de diseñar nuevos currículos, adecuación de la oferta y de la demanda, regulación de los sistemas de salud. (*Haiti*)
- ♦ Apoyo técnico para capacitación de capacitadores; apoyo financiero, apoyo logístico y de experiencias internacionales. Con el intercambio de experiencias se podría alcanzar una “instancia única operativa” para la regulación. (*Perú*)
- ♦ El factor principal que impide la reforma sistémica del planeamiento de recursos humanos, desarrollo y administración es la falta de liderazgo, visión y capacidad de ejecutar el Plan del Sector Salud. Una vez que la ejecución se inicie, la OPS podría ayudar a proporcionar los inputs técnicos necesarios. (*Surinam*)

---

## AGRADECIMIENTOS

---

Agradecemos a los equipos de trabajo de los países participantes que contribuyeron a través de los siguientes puntos focales:

PAÍSES	PUNTOS FOCALES
ARGENTINA	Claudia Madies
BAHAMAS	Brenda Dorsett
BARBADOS	Diane Campbell
BELIZE	Alfredo Cruz
BOLIVIA	Ana Maria Young Viscarra
BRASIL	Pedro Miguel dos Santos Neto
CANADA	Robert Shearer, Marie-Gloriose Ingabire
CHILE	Rodrigo Lavanderos
COLOMBIA	Jorge Castellanos
COSTA RICA	Virginia Cespedes
CUBA	Joaquín García
ECUADOR	María Cristina Merino de Rojas
EL SALVADOR	Dinorah Molina de Salazar
GUATEMALA	Salvador Lopez Mendoza
GUYANA	Sonya Roopnauth
HAITI	Marie Ghislaine Adrien Louise
HONDURAS	Jorge Alberto Medina Segura
JAMAICA	Judith Smith-Richards
MEXICO	Guadalupe Alarcón Fuentes
PANAMA	Xiomara Tem Fernández.
PARAGUAY	Herminio Caceres Cantero
PERU	Lizardo Huaman
REPUBLICA DOMINICANA	Adelaida Oreste
SURINAM	Stephen Simon
TRINIDAD & TOBAGO	Julie Danclair
URUGUAY	Daniel Olesker

**Coordinadores:** Allison Annette Foster, Cristianne Famer Rocha, Félix Rigoli

**Equipo de Consulta:** Carlos Rosales, Charles Godue, Daniel Purcallas, José Paranaguá de Santana, Mónica Padilla, Rosa María Borrell, Silvina Malvarez

**Apoyo:** Guadalupe González (Web), Marcella Domínguez, Matilde Molina