

## **La centralidad de la APS y el componente social en la formación y acreditación de los recursos humanos en salud**

**Pier Paolo Balladelli, Representante de la Organización Panamericana de Salud**

Intervención en la reunión técnica regional 'Educación Médica hacia la APS renovada y libros de texto', Buenos Aires, 3 de diciembre de 2012.

Constituye un interés particular para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) la posibilidad de poner nuevamente a consideración **la centralidad de la propuesta de los Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de la Salud (APS)** en los lineamientos de la formación y también, en aquellos que constituyan los criterios de acreditación de las carreras.

### **1. El contexto global de los Recursos Humanos en Salud**

1.1. En los últimos años hemos observado un consenso mundial en torno a **la crisis actual de los recursos humanos para la salud y un sentido creciente de urgencia a fin de realizar un esfuerzo colectivo** que aborde algunos de los problemas más apremiantes. Las implicaciones de esta crisis son bien reconocidas por sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, el logro de los resultados de salud deseados, como los señalados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Post-2015 cuya consulta en los países ya empezó este año.

1.2. Las extraordinarias presiones financieras ejercidas en los gobiernos y los individuos por igual por la prevalencia cada vez mayor de las enfermedades crónicas, las discapacidades, los problemas sociales y conductuales y el envejecimiento de nuestras poblaciones exigen un aumento sustancial de la eficiencia y **cambios audaces en la planificación, organización y gestión de la fuerza laboral así como un acuerdo de carácter político con las comunidades usuarias**. Las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud para el período 2007-2015 son una respuesta de los Estados Miembros.

1.3. El primer elemento indispensable del Plan de Acción Regional es la convicción común de la **dirección que deben tener los cambios esenciales** en la situación de recursos humanos, requeridos para producir un impacto substancial en el desempeño general de los sistemas de salud, incluyendo **el acceso bienes públicos de salud como son los servicios de salud de calidad y las intervenciones de salud pública**, llámese APS y Redes Integradas de Servicios de Salud para incrementar la efectividad hacia la equidad

(focalización en territorios y grupos mas vulnerables) y al derecho efectivo a la salud.

1.4. Prácticamente todos los países de la Región, sin dejar de reconocer su extraordinaria diversidad, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos que han sido resumidos en el **llamado de Toronto como los 5 desafíos:**

- Definir políticas y planes 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.
- 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.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

## **2. Los desafíos en Argentina y en los países de la región americana**

De hecho en Argentina sufrimos problemas que se refieren a esos 5 desafíos:

- insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías;
- falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo;
- carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población;
- movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud;
- disposiciones y condiciones precarias de trabajo;
- escasa motivación y baja productividad del personal de salud;
- ineficiencia en la asignación de los recursos;
- desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral, para mencionar sólo algunos.

## **3. Los Organos de Gobierno de la OPS y las decisiones de los Ministros de Salud en el tema de los recursos humanos en salud**

**En septiembre de 2001, el 43.er Consejo Directivo aprobó la resolución CD43.R6** sobre el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos de salud, por la cual instó a los Estados Miembros a otorgar carácter prioritario a las políticas para la formación de recursos humanos en sus procesos de reforma sectorial y a participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos. En 2004, 21 países se habían sumado a la iniciativa y participaban activamente usando la mejor información disponible y estableciendo, con los interesados directos pertinentes, la factibilidad de las políticas y las intervenciones necesarias.

**El 45.o Consejo Directivo (2004) aprobó la resolución CD45.R9** sobre el Observatorio de Recursos Humanos de Salud, por la cual solicitó a los Estados Miembros que lideraran eficazmente el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos que respaldasen la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública y que explorasen maneras de abordar mejor la contratación activa de profesionales de la salud provenientes de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada.

En respuesta a estos mandatos, **la Organización realizó en 2005 una consulta para caracterizar los retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos.** Los cinco retos fundamentales identificados se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud, durante la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005.

Aprovechando el Llamado a la acción, muchos países iniciaron o intensificaron el proceso de formulación de planes de acción nacionales y subregionales con una perspectiva a 10 años. Los avances logrados se compartieron con los 31 países participantes en la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Lima en noviembre de 2006.

En septiembre de 2006, el 47.o Consejo Directivo promovió un debate fructífero sobre estos temas.

La VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud en la reunión celebrada en Colonia Sacramento (Uruguay), en octubre de 2006 que fueron luego retomadas por la RESSCAD y la REMSA.

**RESOLUCIÓN CE140.R13 29 junio 2007. PLAN REGIONAL DE ACCIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD, 2007-2015. LA 140.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO, LA 27.a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA.**

**Elaboración de un plan nacional de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento,** con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de

atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades sub-atendidas;

**Organización en el ministerio de salud una estructura específica** que se encargue de la dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial;

Formación de una **masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados;**

**RESOLUCIÓN CD50.R7 29 sept 2010. ESTRATEGIA PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. EL 50.o CONSEJO DIRECTIVO,**

**Compromiso con el logro de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007–2015** y el desarrollo de planes nacionales de recursos humanos en concertación con los sectores y actores sociales relevantes;

**Establecimiento de mecanismos y modalidades de coordinación y de cooperación con las instancias nacionales encargadas de la educación,** las instituciones académicas y otros actores interesados para promover una mayor convergencia de los perfiles y competencias de los futuros profesionales con las orientaciones y necesidades del sector salud;

Formulación de una política de aprendizaje que incluya, como un recurso complementario, **el aprendizaje por medios virtuales** dirigida a todos los niveles y entidades del sistema de salud, así como la definición de marcos de competencia para los equipos de salud familiar y comunitaria;

- a) promuevan el desarrollo de competencias del personal de salud, con especial énfasis en **la interculturalidad y la equidad de género;**
- b) adopten una estrategia de **redes de aprendizaje (eLearning)** con el enfoque de educación permanente, haciendo uso de las nuevas tecnologías.

4. **En un examen reciente de las tendencias en el ámbito de los recursos humanos de salud en las Américas** se hace hincapié en los siguientes aspectos:

- Más de 72% de los países de las Américas han sufrido una pérdida neta a causa de la emigración;
- La oferta de médicos en las zonas urbanas es ocho a diez veces más alta que en las zonas rurales.

- En América del Norte, el número de enfermeras supera el de médicos por tres a uno, pero en muchos países de América Latina y el Caribe se invierte esta relación.
- En una muestra de 13 países de la Región, la tasa media de desempleo para los trabajadores de la salud fue de 6,2%, con un máximo de 16,8%.
- Las mujeres conforman casi 70% de la fuerza laboral en el sector de la salud.
- En dos tercios de los países muestreados, las mujeres representaron un porcentaje desproporcionadamente alto de trabajadores de la salud desempleados.
- Las tasas de deserción en muchos programas de formación de profesionales de la salud superan el 75% para los médicos, las enfermeras y otros profesionales afines.
- En 2000, más de 163 millones de personas en las Américas residían en zonas donde la densidad de recursos humanos era inferior al nivel aconsejable de 25 por 10.000 señalado por la Organización Mundial de la Salud (En el Informe sobre la salud en el mundo de 2006 se sugiere la necesidad de una densidad de la población de los recursos humanos de salud (médicos, enfermera y parteras) de entre 20 y 25 por 10.000 habitantes a fin de garantizar un nivel mínimo aconsejable de cobertura de las intervenciones básicas de la salud pública).
- En los 15 países donde la razón de densidad de los recursos humanos para la salud es inferior a 25, se necesitarían aproximadamente otros 128.000 médicos y enfermeras para incrementar dicha razón al nivel aconsejable de 25.

Los problemas antes mencionados se observan además en un panorama de exclusión en salud:

230 millones de habitantes (46%) no cuentan con seguro de salud;  
 125 millones (25%) no tienen acceso a servicios básicos de salud: 120 millones por razones económicas – 107 millones por razones geográficas;  
 17 millones de nacimientos no tienen atención de personal de salud calificado;  
 680 millones de niños no han completado esquema vacunación con DPT3;  
 152 millones sin acceso a agua potable ni saneamiento básico.

##### **5. Orientaciones estratégicas de la política de recursos humanos para la salud.**

Los resultados del estudio indican claramente que la magnitud de la oferta de recursos humanos de salud repercute positivamente en el estado de salud de la población, en particular con respecto a la mortalidad materno-infantil.

Se ha aducido que el factor determinante más importante del desempeño de un sistema de salud es el rendimiento de los agentes de salud.<sup>14</sup>

Las variables de RRHH que inciden directamente sobre la salud de una población en términos de:

- Suficiencia, composición extensión social – cobertura / **acceso equitativo**
- Remuneración satisfactoria, ambiente de trabajo, apoyo a los sistemas / **eficiencia y efectividad**
- Aptitudes pertinentes, capacitación y aprendizaje, liderazgo / **calidad y capacidad de solución**

## **6.Relación de las áreas de recursos humanos de intervención, desempeño de los sistemas de salud y resultados de salud deseados**

Construcción de políticas públicas integradas entre salud y educación. Empezó a construirse en Argentina una agenda común a partir del año 2000 con el armado de comisiones interministeriales para la formación de los técnicos.

Estar enfrentando el 5to desafío: “crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud que apunte a la formación del personal sanitario según un modelo universal APS y equitativo que satisfaga las necesidades de toda la población.

**-la puesta en marcha de observatorios conjuntos de RRHH en salud** que abarque la formación, que le permita al sector formativo de recibir retroalimentación sobre el personal formado, que verifique la pertinencia de la distribución de los recursos humanos, que mantenga abierta la discusión en como facilitar la equidad en tal distribución, que introduzca claros lineamientos de calidad del recurso humano así como de las escuelas de formación, que permita entender cual es la relación de la fuerza trabajo en sus distintas disciplinas con el Mercado del trabajo de manera a ofrecer ideas para una regulación y una programación de la formación de personal.

**-De manera que el reto es elaborar un plan de recursos humanos en salud de carácter federal** que incluya tanto las dimensiones de formación como las de planificación y desarrollo de los equipos de salud según el eje rector de la APS. Un plan federal se haga a partir de la iniciativa de trabajo conjunto salud-educación extendiéndola desde un nivel nacional a las provincias, los ministerios de salud y de

educación provincial, los efectores de salud y las universidades.

Un adenda que hay que hacer sobre esta relación fructífera que está consolidándose entre salud y educación es que debe ser capaz de incidir:

- en la definición de las curriculas,
- en la acreditación y regulación de las carreras de salud,
- en la calidad de la formación mediante el uso de indicadores de estandarización federales,
- en la regulación de profesiones y sus especialidades, en un cambio de paradigma de los médicos comunitarios para que sean elementos incluidos en la formación y en el sistema de salud local de manera más institucional,
- en el uso de técnicas de virtualidad (eSalud) y telemedicina (TICS) en la formación así como en las prácticas sanitarias,
- en el desarrollo de residencias que muevan el baricentro desde los hospitales a la comunidad, al territorio, a los otros niveles del sistema de salud para re-equilibrarlo.

**7. El nuevo enfoque del modelo de salud que determinaría el norte también en la formación.** Cuáles son los elementos a impulsar en este nuevo marco nacional de Carrera Sanitaria basado en concepto rector de la APS?

Empiezo por temas olvidados y sin embargo tan importantes en una óptica de equidad: sensibilizar y dar instrumentos para el diálogo de carácter intercultural (poblaciones autóctonas y mucha porción de poblaciones migrantes), énfasis en la educación, la alimentación, el niño, la salud de la mujer, la prevención de la violencia doméstica, la convivencia comunitaria, el género, cumplir con los ODM con equidad.

En cuanto a las competencias hay que dar un vuelco para establecer un equilibrio que en este momento no lo hay entre el componente de la formación biomédico y el social.

De hecho el abordaje a las nuevas problemáticas demográficas (adulto mayor), epidemiológicas (crónicas) y socio-sanitarias (discapacidades, brechas en las áreas rurales, en las poblaciones originarias, en poblaciones que sufren de pobreza extrema) solo podría expresarse re-equilibrando los grandes desequilibrios que la misma formación está reafirmando en vez de diluir.

Así es oportuno enunciar algunos paradigmas que hay que revisar y tratar invertir.

Como lo decíamos desde un enfoque bio-médico a un enfoque socio-humanitario; desde un médico que solo entiende la clínica a un médico que entiende las construcciones sociales de la salud-enfermedad, los entornos saludables y los determinantes de la salud; desde el control del daño a la promoción y prevención; desde una visión individual a una visión colectiva; desde un trabajo en aislamiento a

un trabajo de equipo multidisciplinario; desde la superespecialidad a la integración y las redes: desde el hospital céntrico a la actividad extramural, al domicilio, la familia, el territorio; desde una actitud elitista al servicio al pobre, al vulnerable, al hijo mas necesitado; desde la falta de rendición de cuentas a al control de calidad

8. La OPS sigue señalando que esta estrategia mantiene un inestimable valor como eje que reorganizará los modelos de calidad de la atención en salud.

Uno de los desafíos en este sentido, lo constituye el acompasamiento necesario que desde las políticas de estado puede realizarse con el fin de coordinar los ritmos de cambio de los sistemas de salud, con los de las transformaciones que se esperan de las propuestas político-pedagógicas para una **enseñanza de la medicina que articule debidamente pertinencia social con calidad.**

La misión social de la universidad, y de las carreras de medicina en particular es una de las componentes que merecen ser nombradas. Conjuntamente con la importancia de la renovación pedagógica y tecnológica de los recursos educativos, de la actualización de las currículas en base a las problemáticas sanitarias emergentes -y de las que se esperan a futuro-, y de la formación de los profesores, **es de destacar que la perspectiva social cada vez ocupa un lugar de mayor relevancia.**

Esta inclusión de la pertinencia social en el seno de cada una de las profesiones de la salud, se orienta en este caso a responder a preguntas de valor estratégico:

**¿Quiénes son los ciudadanos** (qué perfil sociocultural, que concepción de misión social de la profesión tienen), **que quieren ser médicos?** ¿Quiénes acceden a esta formación? ¿Quiénes quieren acceder y no pueden? *¿Qué se espera hoy de un médico en nuestras sociedades?*

*¿En qué medida las universidades están pudiendo desarrollar las competencias necesarias para que los **médicos aporten el máximo nivel de formación científico-técnica** a la identificación y resolución de problemas de salud con perspectiva comunitaria y poblacional, sin importar en qué nivel de complejidad del sistema estén desarrollando sus tareas?*

*¿En qué medida las universidades se encuentran elaborando estrategias específicas para que los futuros médicos eviten cada vez más los **abordajes desarticulados** de atención de casos complejos en las que es necesario comprometer a distintas especialidades de la profesión e incluso el trabajo con otras disciplinas?; En definitiva, ¿de qué manera se forman médicos decididos a evitar el padecimiento de la fragmentación de los tratamientos, que a veces suele ser más intenso que el padecimiento de la enfermedad de origen? **Orientación al Trabajo en equipo***

*Cabe recordar, en este sentido, el énfasis que en el Marco de las Metas Regionales para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud propuestas en la década pasada se ha puesto énfasis en la **necesidad de formar recursos humanos en salud capaces de brindar atención en salud con perspectiva integral.** Esto significa, la necesidad de desarrollar competencias para intervenir satisfactoriamente en*



*sistemas de salud menos fragmentados, para el fortalecimiento de redes de abordaje integral, oportuno y apropiado para todas las personas teniendo en cuenta la perspectiva étnico cultural, de género y, en general los determinantes sociales que intervienen en el devenir de los procesos que requieren la prevención, la promoción y el cuidado y rehabilitación de la salud.*

*La formación de equipos de salud con esta perspectiva debe ser vista como un proceso que requiere un **elevado nivel de planificación integrada desde las políticas educativas y desde las de salud**. Este es un camino que se está intentando en toda la región de las Américas, aunque con resultados disímiles hasta el momento. Los procesos de acreditación de las carreras de la salud que se desarrollan hace décadas en el marco internacional requieren de ser profundizados y deben garantizar la mejor combinación entre calidad y pertinencia social entre sus estándares.*

**En la Argentina** en particular, se está avanzando en estos procesos de acreditación, así como en la construcción de políticas públicas integradas entre salud y educación- Hay evidencias suficientes que fundamentan que estas últimas son un factor clave en el mejoramiento tanto de la calidad de la formación, como del trabajo de los equipos de salud, lo que se espera que aporte, a su vez, a profundizar la transformación de los modelos de atención.

**El país, este año ha retomado su reflexión acerca del interrogante acerca de “el médico que el país necesita”** (interrogante que podría extenderse también a las restantes profesiones del campo de la salud) y este debate exigirá sin duda la referencia acerca de un contexto que explique esta “necesidad”. Dicho contexto puede estar compuesto por el análisis de una serie de factores, entre los cuales es preciso destacar: los cambios en los perfiles demográficos (envejecimiento) y epidemiológicos de las poblaciones en los que se asienta la elaboración de políticas de salud; el debate acerca de los modelos de atención en salud, el conocimiento de los mercados de trabajo en salud y sus proyecciones; y también, las tendencias en la regionalización de la educación superior a través de procesos de consenso en torno a la formación y regulación profesional.

Continuamos sosteniendo que hacen falta aún mayores esfuerzos en la región para alcanzar este objetivo y esta es sin duda, una buena oportunidad para seguir concretando este ideal.

## **9. Propuestas específicas en torno a la Formación**

Competencias de los integrantes de los equipos de salud para intervenir en el desarrollo de redes integradas de servicios de salud en el marco de sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud.

**Equipo de salud** como organizador de las prácticas e implementación de las políticas sanitarias en los niveles municipales, provinciales, y nacionales. Troncos comunes, estudiantes de distintas carreras de ciencias de la salud estudiando juntos materias comunes y compartiendo la discusión de las problemáticas sanitarias. Esto

permite también conocer el rol de cada uno de los profesionales, sus incumbencias, las competencias comunes y diferentes que sea necesario desarrollar y reconocer del otro.

**Inclusión de la dimensión intercultural** en la formación y las prácticas en salud. Introducir en la formación la óptica de procurar y negociar en el marco de un 'diálogo de saberes' es esencial para plasmar una actitud orientada a la interculturalidad. La vigencia de las poblaciones indígenas, las migraciones internas y externas, las pautas culturales relacionadas con la alimentación, la crianza y la convivencia comunitaria son ejes de desarrollo de las carreras en este nuevo paradigma.

**Desarrollo de la perspectiva de género** como dimensión transversal en los problemas sanitarios.

Mayor peso en la carrera de medicina de contenidos que describan las **nuevas problemáticas demográficas, epidemiológicas y socio sanitarias**, sobre todo, haciendo hincapié en las nuevas competencias que es necesario desarrollar para abordarlas. Las mismas están, por lo general, relacionadas con el seguimiento de los pacientes en comunidad y en domicilio, y también CON la necesidad del trabajo en equipo multiprofesional para abordar los casos. Habilidades en la comprensión y negociación con la comunidad. Ejemplos de ello son las problemáticas de las enfermedades emergentes no transmisibles o de carácter crónico-degenerativo, de la discapacidad, la salud ambiental, la salud laboral, la atención básica en salud mental, entre otras relevantes. Estos abordajes se suelen presentar sólo en las materias relacionadas con salud pública, cuando en realidad, las clínicas también debieran incluirlo.

**Integrar las prácticas en los distintos niveles del sistema de salud** de manera de evitar las experiencias por los centros de salud y programas comunitarias como pasantías turísticas. Esto quiere decir que se incorporen como un espacio fundamental en el aprendizaje de la redes de servicios de salud para garantizar la estrategia de la atención primaria en todos los niveles de los sistemas de salud.