

RECURSOS HUMANOS DE SALUD (RHUS)

De las miradas nacionales al contexto global



José Francisco García Gutiérrez

Recursos Humanos de Salud HSS/HR

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Una mirada de “gran angular”



REVIEW ARTICLE

GLOBAL HEALTH

Global Supply of Health Professionals

Nigel Crisp, M.A., and Lincoln Chen, M.D.

From the House of Lords, London (N.C.); and the China Medical Board, Cambridge MA (L.C.). Address reprint requests to Lord Crisp at the House of Lords, Parliament Sq., London SW1A 0PW, United Kingdom.

N Engl J Med 2014;370:950-7.

DOI: 10.1056/NEJMr1111610

Copyright © 2014 Massachusetts Medical Society.

THERE IS A GLOBAL CRISIS OF SEVERE SHORTAGES AND MARKED MALDISTRIBUTION of health professionals that is exacerbated by three great global transitions — demographic changes, epidemiologic shifts, and redistribution of the disability burden. Each of these transitions exerts a powerful force for change in health care systems, the roles of health professionals, and the design of health professional education.¹⁻⁵ Every country will have to respond to these global pressures for change.

There are many other reasons that it is important to think globally about the education and role of health professionals.⁶ The knowledge base of the profession is global in scope, and there is increasing cross-national transfer of technology, expertise, and services. Health professionals are migrating in what is now effectively a global market for their talent, while patients are also traveling for treatment.

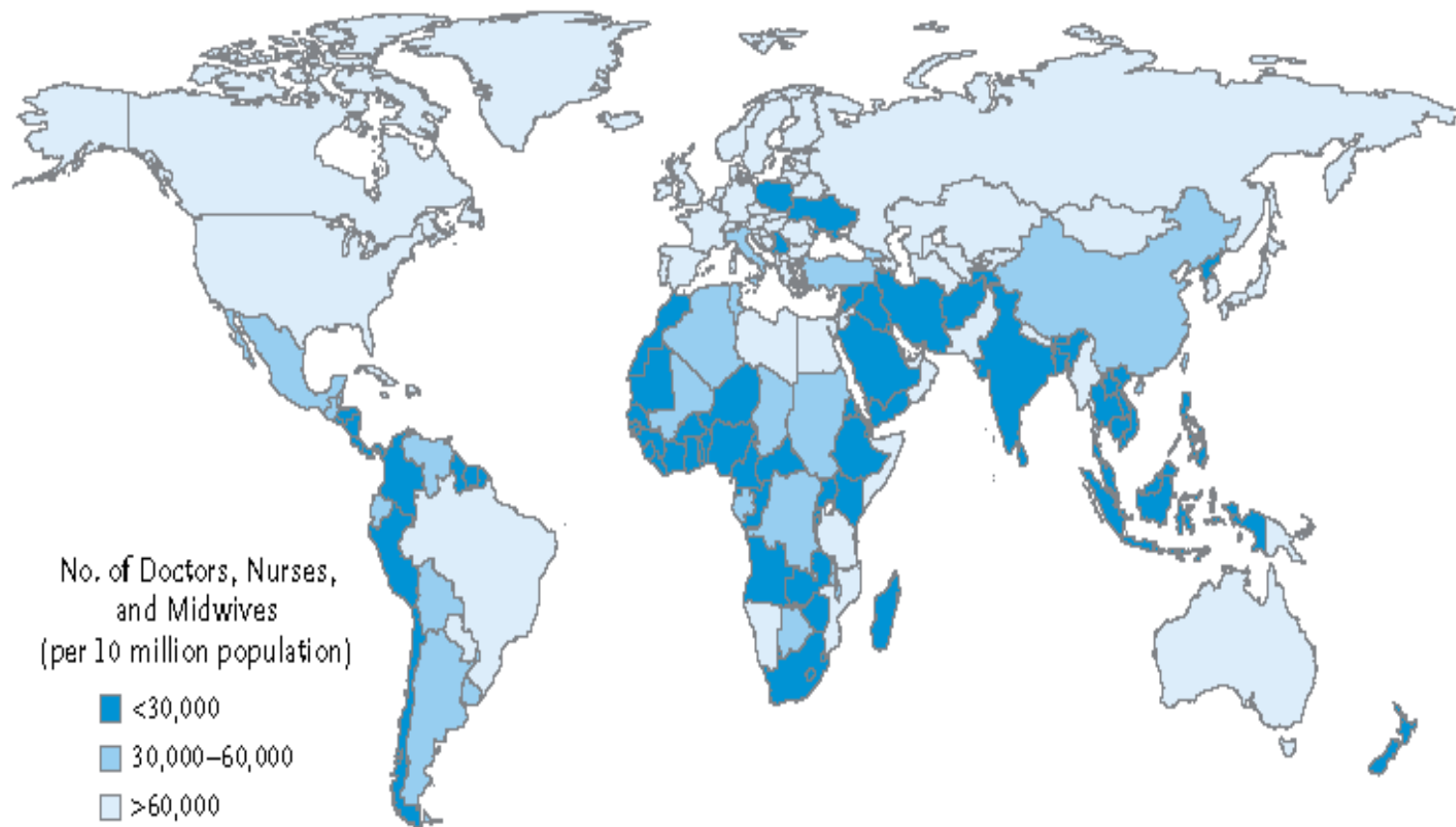


Figure 1. Doctors, Nurses, and Midwives per 10 Million Population, 2011.

Year 2011 data were not available for some countries; in those cases, the most recent available data are shown. Data are from the World Health Organization (WHO) Global Health Workforce Statistics.⁹

HETEROGENEIDAD DESREGULACION

(en dos palabras)



Y llamativa variabilidad

Intra-paises



Inter-paises

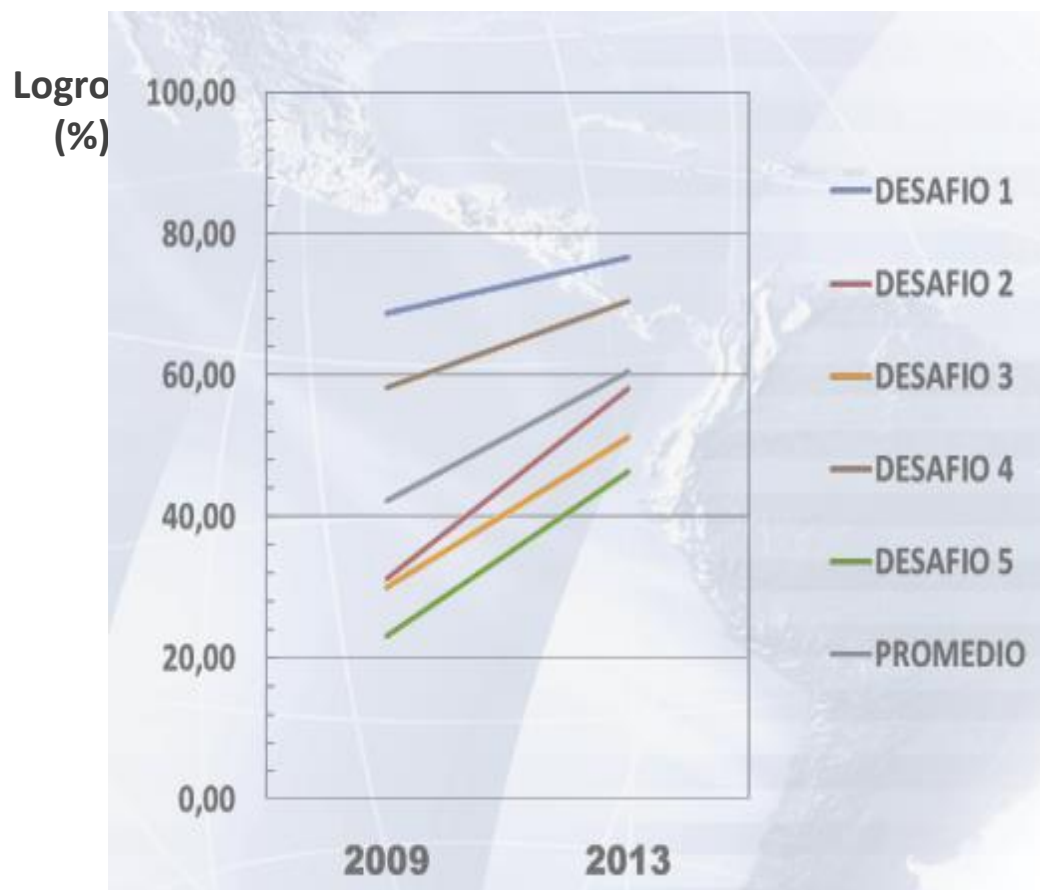
Avances RHUS en América Latina

No alarmarse,
nos seguimos ordenando !



Metas Regionales de Recursos Humanos en las Américas

Resultados promedio por desafío



Políticas y planes de largo plazo

Personas adecuadas en los lugares adecuados

Gestión de la migración

Relaciones laborales y compromiso institucional

Educación acorde a necesidades de población

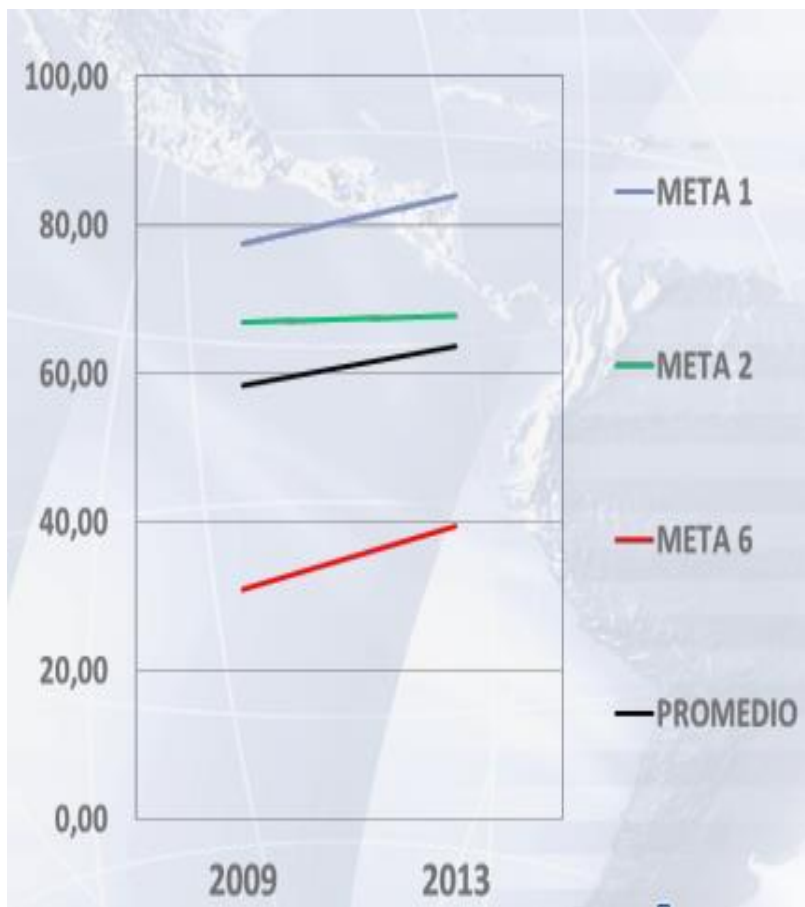
Fuente: Observatorio Regional de Recursos Humanos, OPS

Nota: Corresponde a las cifras correspondientes a países que han participado en ambas mediciones

Metas en RHUS vinculadas directamente a la cobertura Universal

Obstáculos críticos para alcanzar la CUS

Logro (%)



25 profesionales (médicos, enfermeras y obstetras) por 10,000 habitantes

Los Médicos en Atención Primaria mayor al 40% de la fuerza laboral médica total

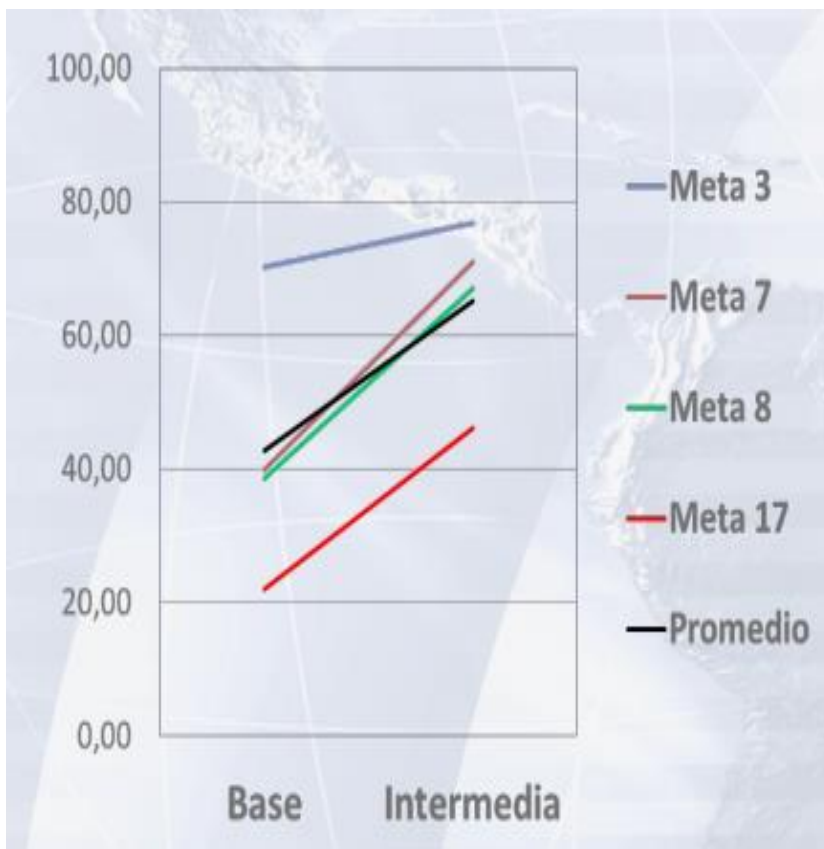
La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.

Fuente: Observatorio Regional de Recursos Humanos, OPS

Nota: Corresponde a las cifras de países que han participado en ambas mediciones

Metas en RHUS vinculadas directamente a la Atención Primaria

Elementos críticos para una atención integral



Equipos APS con ACS

Equipos APS con competencias en SP e IC
70% E, TS, AE y ACS han mejorado competencias

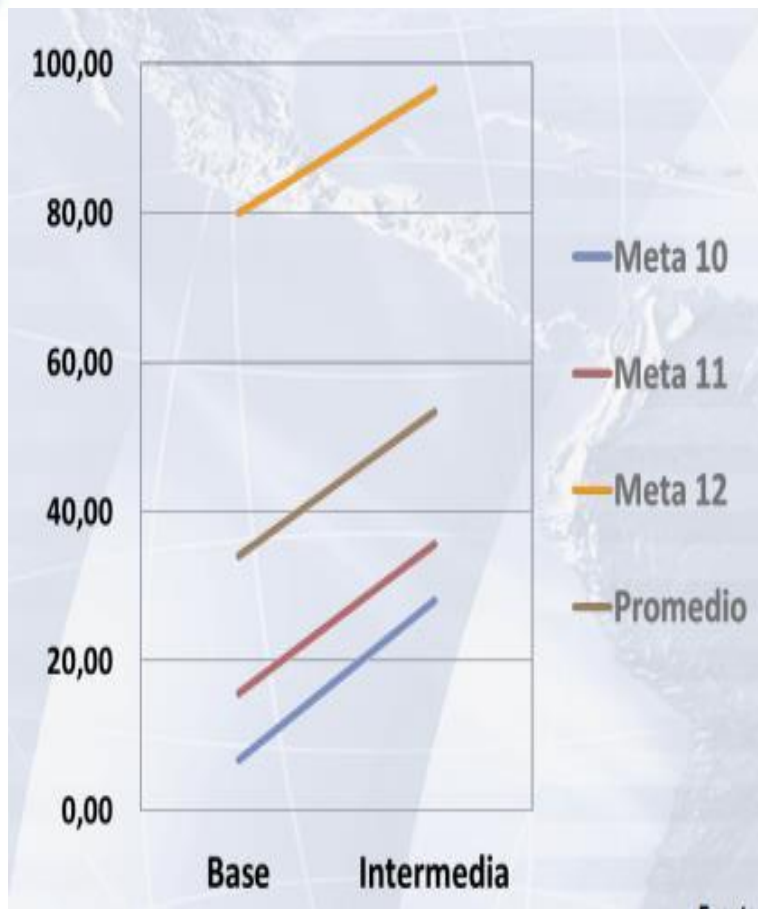
80% de Escuelas reorientadas hacia APS

Fuente: Observatorio Regional de Recursos Humanos, OPS

Nota: Corresponde a las cifras de países que han participado en ambas mediciones

Metas en RHUS vinculadas a la Migración de Profesionales

Avance desigual



Código Internacional adoptado

Política de autosuficiencia

Acuerdos-mecanismos reconocimiento

Fuente: Observatorio Regional de Recursos Humanos, OPS

Nota: Corresponde a las cifras de países que han participado en ambas mediciones

Avisos para navegantes



Igual pero diferente

Lo se siempre
más



Valores

Competencias

Nuevos perfiles: Front-line

Nueva formación

Educación interprofesional

Atención rural

Interculturalidad

Migraciones

EL FILO DE LA NAVAJA

Una epidemia de
reformas de salud

Varias plagas de brechas

S.O.S. Urgencias RHUS

(marque su opción)

Homologaciones (experiencia + competencias)

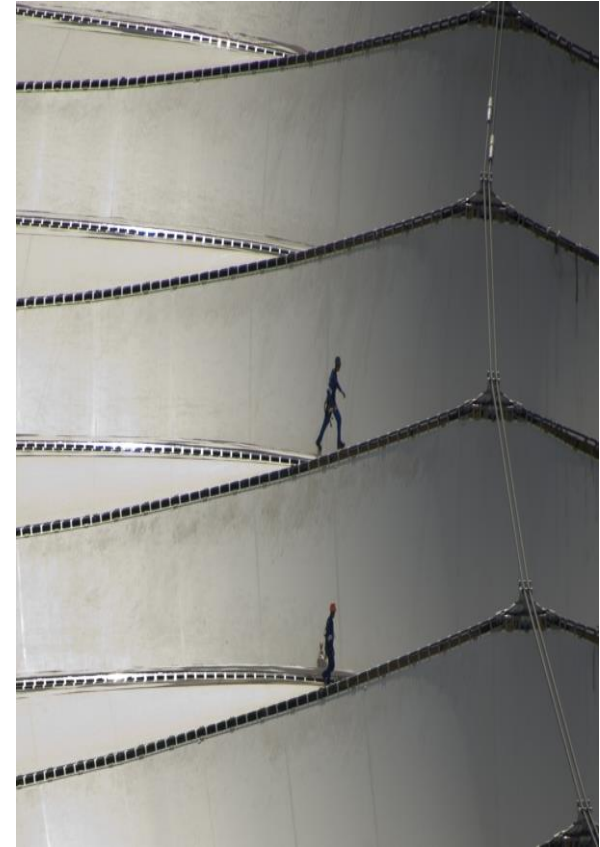
(pero sin perder visión y rumbo)

Formación "express"

(si se dejan las universidades)

Atracción/retención de profesionales

(ufff!!!)



El tenaz principio de realidad

APS & MF

Atrapados en Alma Ata +36

Está en el discurso,
ocasionalmente en la acción

Afortunadamente, algunos
países de AL se están
moviendo con claridad y
decisión





!!! Alertas !!!

Regulación

Responsabilidad social

Educación interprofesional

Nuevos perfiles

Do not leave anybody behind !

Nunca fue facil, amigos !



La tozuda evidencia Los países con mejores indicadores de salud son los que apoyan su estrategia de AP en especialistas de MFyC con una formación reglada
Los países “ricos” tienen sistemas de salud con médicos especialistas en MFyC con alta capacidad de resolución en el primer nivel de atención

Objetivo final: Perseverar en la visión

Si el tipo de médico fuera
la respuesta...



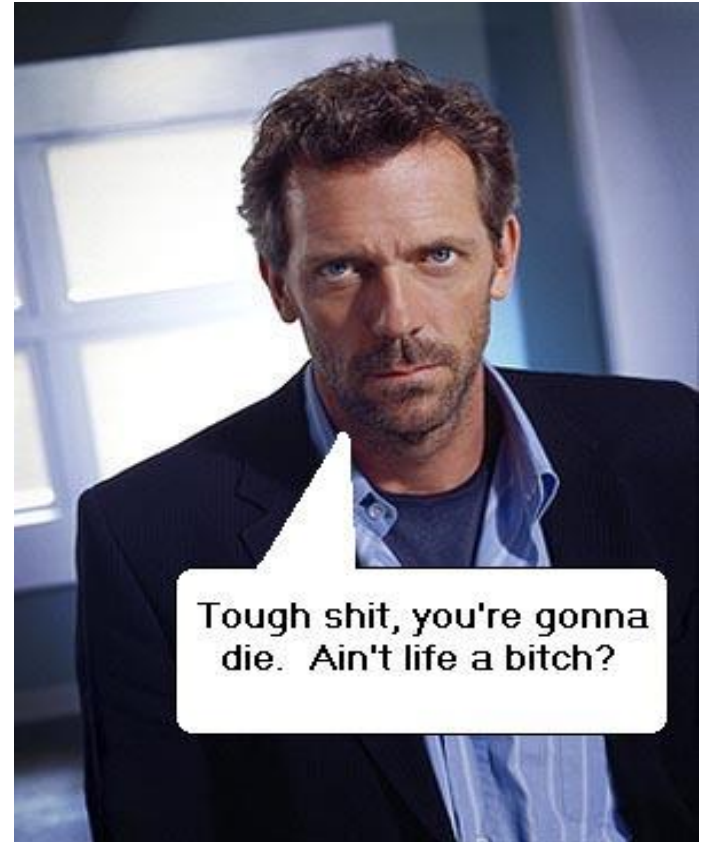
Cúal sería la pregunta?

Encontrar al Dr Good!

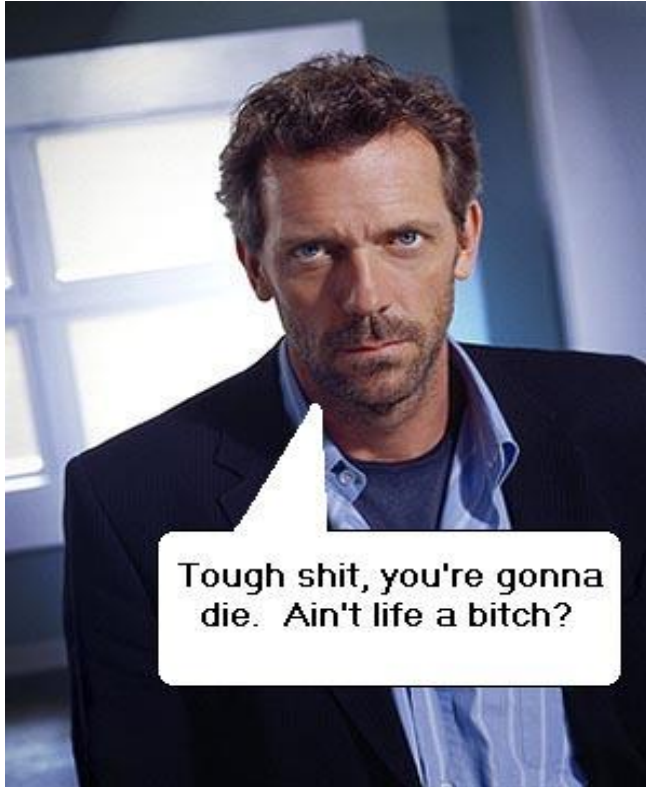
FROM



2

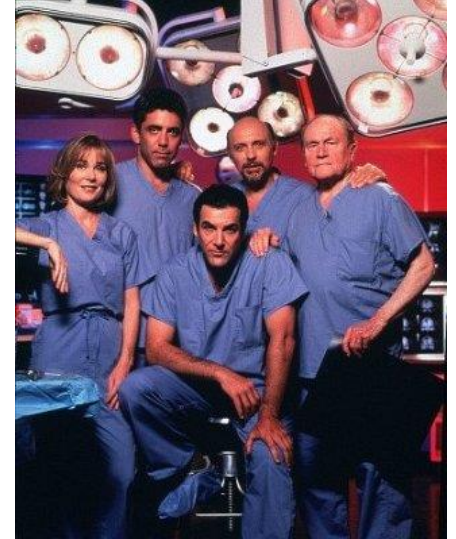


FROM



2





Julian Tudor Hart (2002)

No estamos en un cruce de caminos (eso sería fácil) sino en una bifurcación.

Se nos pide abandonar lo viejo, sin presentar propuestas hacia donde ir.

Hemos sido paternalistas y despotas, pero mis enfermos no son mis clientes.



MEDICINE 2.0

Jay Parkinson at work!



“Filling the gap” iniciativas

PROFAM (Perú)

ELAM (Cuba & Venezuela)

MAIS MEDICOS (Brasil)

Ecuador Saludable, Vuelvo por tí (Ecuador)

Responsabilidad Social

Una (otra) opción



Es posible: PERO HAY QUE QUERER



Canadá

Brasil

Uruguay

Colombia

USA

Argentina

Chile

Ecuador

Nicaragua

Guatemala

Rural medical education: The last new fashion ?

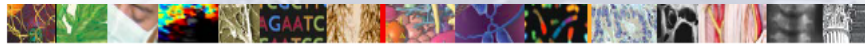
WONCA

June 2014

Rural and remote healthcare
professional education:
a BMJ Learning White Paper

March 2014

BMJ



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

Reforming the Financing and Governance of GME

Gail R. Wilensky, Ph.D., and Donald M. Berwick, M.D., M.P.P.

Several recent reports have highlighted the mismatch between the health needs of the U.S. population and the specialty distribution of newly trained physicians, the continuing geographic maldistribution of physicians within the country, inadequate diversity among physicians, gaps in physicians' skills for practicing in the new health care delivery context, and the lack of fiscal transparency in the graduate medical education (GME) system. As a direct follow-

up, an overarching task was to assess the extent to which the current GME system is helping to produce a physician workforce that is ready to provide high-quality, patient-centered, affordable health care. The committee recognizes that GME by itself cannot pro-

vide a delivery system that provides better patient care, improves population health, and does so at lower cost — what has been articulated as the “triple aim”⁴; innovations in the structure, location, and design of GME to achieve that desired physician workforce; greater transparency and accountability for achieving GME goals; more efficient use of public funds; greater clarity in the planning and oversight of GME policy; and mitigation of



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

Innovation in Medical Education

David A. Asch, M.D., and Debra F. Weinstein, M.D.

On July 29, 2014, the Institute of Medicine (IOM) released its report on the governance and financing of graduate medical education (GME).¹ An important incidental finding of the IOM's study was

the need to reexamine the structure and content for GME, along with questions that extend beyond GME: What should change in undergraduate medical education, and how should we ensure the continued competence of phy-



Gracias por su atención
Thanks for your attention



Max Ernst
Juego de Ajedre
Game of Chess