

**CONSULTA REGIONAL**  
**AGENDA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD POST 2015**

**Mónica Abramzón\***

**Junio de 2015**

**\* Con la colaboración de María Pía Venturiello, Ana Cervio, Sebastián Sustas.**

## INDICE

<b>1. Introducción</b>	<b>3</b>
<b>2. Análisis de las preguntas abiertas del cuestionario</b>	<b>5</b>
<b>3. Entrevistas en profundidad: algunas aclaraciones metodológicas</b>	<b>18</b>
<b>4. Análisis de las entrevistas en profundidad</b>	<b>19</b>
<b>4.1. Perspectiva sobre la situación actual de la planificación de RHS</b>	<b>19</b>
<b>4.1.1. Avances en la planificación de RHS</b>	<b>20</b>
<b>4.1.2. Análisis de la Encuesta de Evaluación Final</b>	<b>25</b>
<b>4.2. Dotación y distribución de RHS</b>	<b>31</b>
<b>4.2.1 Dotación y brechas</b>	<b>32</b>
<b>4.2.2. Articulación entre formación y empleo</b>	<b>33</b>
<b>4.2.3. Condiciones laborales y sistemas de salud como determinantes de la dotación</b>	<b>33</b>
<b>4.2.4. Redistribución de RHS en zonas desatendidas</b>	<b>35</b>
<b>4.2.5. la problemática de las migraciones</b>	<b>36</b>
<b>4.3. La formación de RHS</b>	<b>38</b>
<b>4.3.1. El rol del Estado y su capacidad reguladora de la educación</b>	<b>38</b>
<b>4.3.2. La oferta educativa: modelos de formación y cambios curriculares</b>	<b>43</b>
<b>4.3.3. La formación de posgrado: las especialidades y las residencias</b>	<b>47</b>
<b>4.3.4. Los niveles de formación y la fragmentación del equipo de salud</b>	<b>48</b>
<b>5. Resumen Ejecutivo</b>	<b>48</b>
<b>6. Bibliografía</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO I: Guía de Pautas de las Entrevistas en Profundidad</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO II: Consentimiento Informado</b>	<b>65</b>

## INFORME FINAL CONSULTA REGIONAL Agenda de Recursos Humanos en Salud post 2015

### 1. Introducción

Está finalizando el período 2006-2015, definido como la Década de los Recursos Humanos 2006-2015, que englobaba en esta denominación al conjunto de políticas e intervenciones que promovían un mejor desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (RHS) involucrados en la atención de las necesidades de salud de la población. En la actual coyuntura se suma otro desafío que es trabajar para lograr que la Cobertura Universal de Salud sea una realidad en todos los países de la región. Atender este reto supone contar con RHS capacitados, distribuidos de acuerdo con las necesidades de la población e identificados con los objetivos de acceso universal. De este modo, se configuran nuevas demandas para los sistemas de salud.

Definir una agenda de desarrollo de RHS post 2015, requiere de un proceso participativo de identificación de temas prioritarios que recupere, en el marco de las orientaciones del 52º Consejo Directivo, la experiencia adquirida en los procesos de formulación, abogacía, medición y análisis de las metas regionales de RHS. Por ello, se hace necesario realizar un análisis del estado de situación para reflexionar estratégicamente cómo enfrentar las nuevas demandas que la actual coyuntura impone e identificar los ejes y temas prioritarios de las intervenciones futuras.

- **Antecedentes**

Las actividades orientadas a la identificación de los temas prioritarios y a la definición de la próxima agenda se iniciaron con la reunión del Grupo Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud realizada en Santiago de Chile durante el mes de Mayo de 2014.

El Grupo Asesor Regional delineó un balance de lo ocurrido durante la Década de Recursos Humanos para la Salud 2005-2015 a partir de la medición de las metas regionales de RHS, el resultado del proceso de análisis de programas de RHS de un conjunto de países y las experiencias de gestión de RHS de los países participantes en esa instancia. Mediante ese trabajo, se detectaron los principales problemas que perduran a pesar de los esfuerzos realizados y aquellos avances que sugieren profundizar las intervenciones. Ello permitió establecer los desafíos emergentes en materia de RHS, al contar con el compromiso de los Estados para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud en un contexto de demandas ciudadanas crecientes.

Esta persistencia de algunos problemas, aún cuando se encuentren en distintos niveles, orientó la búsqueda de nuevas estrategias integrales y articuladas que permitan sustentar la formulación de las políticas nacionales de RHS que atiendan su resolución.

En noviembre de 2014 se realizó en Buenos Aires la Reunión de Consulta Regional “Nueva Agenda de Recursos humanos para la Salud y Estrategia de Acción” que se proponía analizar los nuevos aportes temáticos surgidos de las discusiones y la sistematización de la primera consulta; definir los principales elementos de acción en base al análisis de escenarios y actores; evaluar una propuesta metodológica para la consulta regional tendiente a priorizar las áreas temáticas de la agenda de RHS post

2015; y definir la estrategia de consulta regional de OPS y global de OMS a todos los países de la Región.

- **El campo de los Recursos Humanos en Salud**

Existe consenso acerca de que el campo de RHS es un campo de tensiones en el que diferentes actores intentan hacer prevalecer sus intereses. Una buena parte de la complejidad del campo emana de esta interacción. Otra porción significativa es su naturaleza intersectorial, en tanto las decisiones que lo afectan pueden provenir de diversos sectores como salud, educación, trabajo, entre otros.

Muchos de los actores que operan en los diversos sectores tienen capacidad de decisión, otros tienen pocas oportunidades de expresar sus necesidades.

En particular, en el campo de RHS interactúan empleadores, formadores, colegios/asociaciones profesionales, sindicatos, gobierno, usuarios, organizaciones civiles y populares con distintos niveles de participación en la toma de decisiones (Rovere, 2006).

Las políticas públicas expresan la capacidad del Estado para articular los intereses de actores diversos. Estos constituyen instituciones, organizaciones y grupos que se definen a partir de su capacidad de identificar objetivos, diseñar un curso de acción y contar con relativa autonomía para implementarlos (Oszlak y O'Donnell, 1981; Acuña, et. al. 2010). El Estado tiene el poder de crear las tramas institucionales necesarias para establecer las reglas de juego que enmarcan la confrontación y los acuerdos entre las distintas fuerzas sociales. En este sentido, se constituye en el actor capaz de dialogar con los distintos protagonistas sociales y arbitrar los conflictos dada su capacidad de regulación de prácticas, organizaciones y recursos que facilitan el logro de los objetivos de políticas (Belmartino, 2009). El Estado define los problemas a atender, los ciudadanos que requieren de sus intervenciones, el reconocimiento de esas necesidades, así como la delimitación de su propia responsabilidad (Grassi, Hintze y Neufeld, 1994).

En la misma dirección, la resolución del 52º Consejo Directivo de la OPS, plantea la necesidad de "Generar consenso entre las autoridades de educación nacionales, centros de salud, académicos, asociaciones profesionales, autoridades sanitarias estatales y locales, centros de salud y organizaciones comunitarias acerca de las necesidades actuales y futuras de recursos humanos para la salud, en particular para los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud" (OPS, 2013).

- **Consulta Regional**

En este marco, se trató de articular la pluralidad de voces que, en cada país, pudiera sustentar los acuerdos políticos necesarios para la implementación de las políticas de RHS formuladas para atender los desafíos pendientes en este campo.

Se diseñó una estrategia metodológica que permitiera, a través de una consulta a diferentes actores, identificar los temas prioritarios de la agenda de RHS post 2015, teniendo en cuenta los resultados de la medición de las metas regionales, las resoluciones del CD de OPS y las conclusiones de la reunión del Grupo Asesor Regional de RHS realizada en Santiago de Chile en abril de 2014 y de la Reunión de Consulta Regional realizada en Buenos Aires en noviembre de 2014.

Dado que uno de los propósitos que perseguía la Consulta Regional era incluir la expresión de la diversidad de actores comprometidos en la temática, la estrategia metodológica se planteó identificar y sistematizar los disensos y/o diferentes perspectivas aportadas por múltiples actores de la región, a fin de que se constituyan

en un insumo para trabajar los consensos de cara a la formulación de políticas en el campo de RHS.

A fin de identificar los temas prioritarios de la agenda de RHS post 2015 para los países de la Región, la estrategia metodológica articuló un abordaje cuantitativo y cualitativo de fuentes primarias de información.

El estudio no se propuso ser “representativo”, en términos de que los resultados obtenidos pudieran ser generalizados a toda la Región, sino, por el contrario, intentó valorizar la “significatividad” de la información recabada con el fin de contar con un diagnóstico sólido, en términos de rigurosidad metodológica y diversidad de opiniones, que opere como insumo para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de RHS.

En términos generales, el abordaje metodológico requirió la concreción y articulación de **dos etapas** estrechamente vinculadas:

- 1) Una cuanti-cualitativa, que se realizó a través de una encuesta semi-estructurada a referentes de RHS de la Región, y cuyos principales resultados fueron presentados en el Informe N° 2, titulado “***Síntesis de la información recogida en la etapa cuantitativa***”.
- 2) Una cualitativa, en la que se desarrollaron entrevistas individuales en profundidad a un conjunto de referentes de RHS de la Región, seleccionados a partir de los resultados obtenidos en la etapa anterior.

A continuación, se presentan los resultados de la Etapa Cualitativa. Cabe señalar que este análisis incluye, además de las entrevistas en profundidad, el análisis cualitativo de las respuestas a las tres preguntas abiertas incluidas en el cuestionario administrado durante la etapa cuantitativa.

## **2. Análisis de las preguntas abiertas del cuestionario**

Este apartado tiene por objetivo presentar el análisis de las preguntas abiertas que se incluyeron en el cuestionario aplicado en la etapa anterior, conforme a los propósitos generales y específicos de esta Consulta Regional.

Los tres interrogantes (P.8, P.15 y P.40) fueron elaborados con el propósito de profundizar en las opiniones de los encuestados sobre dimensiones temáticas complejas que merecían, al menos, una sintética reflexión que luego sería profundizada en las entrevistas individuales que completarían la segunda etapa de actividades prevista.

Metodológicamente, las preguntas abiertas son significativas para conocer el marco de referencia del encuestado, en la medida que le permiten explicar los fenómenos o situaciones sobre los que es consultado utilizando sus propias palabras, conocimientos y modalidades de expresión.

Cabe consignar que en algunas dimensiones que se exponen, los fragmentos de opiniones presentados corresponden a una misma categoría de actor, lo que no implica que estas opiniones hayan sido exclusivas de ese grupo. De modo que las citas que se presentan a continuación, fueron seleccionadas en función de su claridad para ejemplificar las ideas/opiniones ofrecidas por los encuestados<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que las citas que se presentan fueron extraídas del cuestionario completado por los profesionales consultados, respetándose en todos los casos la sintaxis, redacción y modalidades de expresión originales.

**P. 8 ¿Considera usted que las políticas e intervenciones en materia de RHS desarrolladas en la última década en su país, representan avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación?**

Tal como se explicitó en la *Síntesis de la información recogida en la etapa cuantitativa* de la presente Consulta Regional, el 56% de los encuestados manifestó que las políticas e intervenciones en materia de RHS desarrolladas en la última década en sus respectivos países representaban avances orientados a fortalecer el sistema de planificación. En el marco del cuestionario administrado, se observó que este parecer variaba de acuerdo con la categoría de actor social que se considerara, resultando significativo que un 67% de los encuestados que manifestaron percibir avances en el sentido especificado pertenecieran a instituciones formadoras.

En esta misma línea, para la mayoría de los encuestados los avances detectados se vinculaban, fundamentalmente, con tres aspectos prioritarios: **la participación de diversos actores, el desarrollo de sistemas de información, y una mayor disponibilidad de personal capacitado.**

Al analizar las razones esgrimidas por los respondentes para explicar los avances percibidos en sus respectivos países en materia de RHS, se observa que, cualitativamente, las respuestas tienden a agruparse en tres grandes núcleos significativos, a saber:

- a) Políticas e intervenciones en RHS como “proveedoras” de información clave
- b) Gestión participativa múltiples actores en materia de RHS
- c) Las políticas e intervenciones en RHS como “resultado” y como “insumo” para identificar brechas y necesidades prioritarias.

**a) Políticas e intervenciones en RHS como “proveedoras” de información clave**

Los esfuerzos locales por construir, sistematizar y divulgar información referida a la necesidad, disponibilidad, distribución y formación de los recursos humanos son uno de los aspectos enfatizados por los profesionales consultados. **Aún cuando algunas opiniones explicitan ciertas debilidades en el proceso de construcción de información considerada clave para la planificación en salud, varios encuestados coinciden en señalar que sus países han avanzado en este sentido.** Así, destacan que ciertas políticas e intervenciones en RHS desarrolladas a nivel local se han orientado a fortalecer los sistemas de información, mejorando la cantidad, la pertinencia y la confiabilidad de los datos disponibles. Este avance es percibido como estratégico de cara a una mejora permanente y efectiva en la toma de decisiones, la evaluación y la planificación de acciones vinculadas a RHS.

*“Proveen información sobre necesidades, disponibilidad y capacidad de formación y distribución de recursos humanos. Plantea un modelo que permite establecer requerimientos específicos de las instituciones para atender necesidades particulares de las comunidades regionales y locales” (Ministerio de Salud).*

*“Por la posibilidad de contar con información confiable para la toma de decisiones, el control y la evaluación de la implementación de las políticas” (Ministerio de Salud).*

*“Se ha dado mayor énfasis a la obtención de información confiable, paso inicial indispensable para la planificación” (Ministerio de Salud).*

## **b) Gestión participativa múltiples actores en materia de RHS**

**La concreción de una gestión participativa, en la que se articulen las voces e intervenciones de diversos actores, es percibida como uno de los principales desafíos** que deben seguir enfrentando las políticas de RHS en la Región, aunque muchos de los encuestados reconocen en sus países algunos esfuerzos colectivos en esa dirección. En efecto, **algunas opiniones destacan resultados concretos a nivel local** que se traducen en la conformación de mesas de trabajo, reuniones regionales, comisiones intersectoriales, e incluso instancias en dependencias públicas que posibilitan no sólo el debate sino también la concreción de acciones en materia de RHS en la que confluyen/dialogan múltiples perspectivas. Asimismo, **otras voces consultadas mencionan la importancia política y operativa que ha comenzado a tener a nivel local la convergencia de actores (formadores, empleadores, prestadores y reguladores) para consolidar la información y los procesos de toma de decisiones que requiere la planificación de RHS.**

*“Haber participado en reuniones regionales de seguimiento de las metas de RHS propició espacios de debate y consultas en este campo, que como producto se logró tener a nivel de secretaría de Estado (...) la dirección de desarrollo de recursos humanos en salud” (Institución formadora).*

*“Se ha convocado al conjunto de actores involucrados en el tema a mesas intersectoriales e interinstitucionales a discutir tanto la formación como la distribución de los RRHH a nivel país” (Ministerio de Salud).*

*“Se realizan diseños, implementaciones y seguimientos desde indicadores y se avanza a una gestión participativa que permite contar con mayor información de la complejidad del sistema” (Otros actores).*

*“Sí representa un avance, ya que considero que en el país, la conformación de una Comisión Intersectorial de Recursos Humanos en Salud, ha permitido que todos los sectores, sean estos, reguladores, formadores y prestadores se vinculen a través de una Política Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud” (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).*

## **c) Las políticas e intervenciones en RHS como “resultado” y como “insumo” para identificar brechas y necesidades prioritarias**

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

*“Porque han permitido tomar conciencia de las brechas y superávit existentes en el país, y de la necesidad de generar políticas efectivas de retención de médicos en el sistema público” (Institución prestadora de servicios).*

*“La necesidad ha obligado a diseñar políticas sobre RHS” (Organización de trabajadores).*

*“Porque ha permitido dimensionar las brechas y asignar recursos para incrementar la formación de profesionales” (Institución Formadora).*

*“Porque los esfuerzos se dirigen a partir de la realidad concreta y sobre todo, de las necesidades sentidas de la población, lo que permite que las políticas a diseñar se enfoquen a dar respuestas a esas necesidades” (Institución prestadora de servicios).*

En tanto, para el 44% de los encuestados que manifestó que las iniciativas desarrolladas durante los últimos diez años en sus países no constituían avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación, dicho posicionamiento tiende a circunscribirse mayoritariamente en dos ejes que señalan diversas *ausencias*, a saber:

- a) Falta de un modelo integral que posibilite la planificación a largo plazo
- b) Los déficit presupuestarios dificultan las intervenciones y sugieren que la planificación de RHS no es una prioridad en el país.

#### **a) Falta un modelo integral que posibilite la planificación a largo plazo**

En el conjunto de respuestas ofrecidas por los encuestados, la falta de un “modelo integral” es asumida como una ausencia significativa que socava la posibilidad de una planificación a largo plazo. Concretamente, los encuestados se refieren a la carencia de una dirección u orientación que marque el camino a seguir en un sentido operativo y político. Tal ausencia, ejemplificada con la falta de un espacio de coordinación nacional, o con la vigencia de procesos decisorios marcados por la contingencia y la coyuntura, es visualizada por los respondientes como un escenario que atenta contra la posibilidad de identificar, dimensionar y atender las necesidades de la población.

*“No existe un sistema de planificación de recursos humanos en correspondencia a las necesidades de la población, sus necesidades y problemas de salud” (Institución Formadora).*

*“Los esfuerzos son insuficientes, y están afectados por la contingencia” (Institución prestadora de servicios).*

*“Creo que no se ha realizado de manera articulada ni se ha logrado crear un ente coordinar nacional que dicte las políticas necesarias para el país” (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).*

*“Porque [las acciones] han sido discontinuas, de corto plazo” (Institución Formadora).*

Esta ausencia, en varios casos es argumentada por los encuestados como producto de la falta de información que promueva y otorgue fundamento a la planificación en materia de RHS.

*“Porque no existen procesos sistemáticos que aborden la temática, ni articulación entre los procesos que se implementan. No hay seguimiento de las acciones” (Organización de trabajadores).*

*“No representan avances pues en realidad no se han formulado políticas en la formación y/o regulación del mercado de trabajo. Actualmente existen carestías en subespecialidades o aún en especialidades básicas en hospitales, que no se correspondieron con un proceso de planificación de los RRHH, en un contexto de agresivo crecimiento del mercado privado” (Ministerio de Salud).*

*“No existe una política definida, las necesidades de la población no son abordadas adecuadamente por la falta de personal de salud en las áreas rurales y urbanas, no hay inversión para una capacitación sistematizada para el personal de salud, no existe una carrera sanitaria que proteja los derechos de los trabajadores de la salud” (Institución formadora).*

**b) Los déficit presupuestarios dificultan las intervenciones y sugieren que la planificación de RHS no es una prioridad en el país**

Además de la falta de un eje orientador, o una “direccionalidad” que allane el camino hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación de RHS, otra de las ausencias “sentidas” por los encuestados refiere a los recursos económicos necesarios para la formulación e implementación de políticas. Sin embargo, el dato significativo –más allá de la ostensible escasez de recursos a la que aluden los encuestados– es que dicha carencia (de recursos) se conecta con la falta de voluntad/decisión política que haga de RHS un área prioritaria y estratégica dentro del campo de la salud.

*“Los recursos financieros son limitados para las necesidades en RHS. No existe una política, con recursos humanos y financieros que permitan ponerla en marcha” (Institución Formadora).*

*“Existe un defasaje entre la planificación y la asignación presupuestaria para el área, también existen diagnósticos parcelados de lo que es la salud y no un plan macro” (Ministerio de Educación).*

*“No hay avances, no hay coordinación nacional y los RHS no son política prioritaria” (Institución prestadora de servicios).*

**P.15. ¿Por qué considera que NO hubo cambios en la dotación de médicos y enfermeros en los últimos 10 años?**

Otra de las preguntas del formulario de la Encuesta indagaba la opinión de los encuestados sobre la existencia de cambios en su país en los últimos 10 años en la dotación de médicos y enfermeros.

Para los que consideraban que se habían producido cambios, se ofrecía una lista de razones cuya respuesta era de opción múltiple. Como se señalara en el análisis de la etapa cuantitativa, para Medicina, la mayoría (77,8%) consideró que sí había habido cambios, un 18,4% que no registraban cambios y un 3,8% que desconocían el tema.

En el caso de Enfermería, si bien la opinión mayoritaria fue que había habido cambios en la dotación, el consenso se redujo al 65,2%, mientras la proporción de los que desconocían el tema aumentó al 12% y los que consideraban que no había habido modificaciones se elevaron a 22,8%.

Para ambas categorías profesionales se solicitaba que los que NO identificaban cambios fundamentaran su opinión. El análisis de las respuestas permite identificar algunos núcleos de sentido que, aún cuando se expresan de diversos modos, pueden ser agrupados en:

- a) La falta de planificación de RHS como razón de la NO existencia de cambios en los últimos 10 años
- b) Los problemas pendientes en relación con los déficit, la dotación y la distribución de personal de salud
- c) Los problemas vinculados con la formación de recursos humanos
- d) Los recursos presupuestarios, las condiciones laborales y la falta de incentivos condicionando los avances

- e) Diferentes opiniones acerca de las migraciones como problema en los países
- f) Sobre el rol y las competencias de la enfermería

**a) La falta de planificación de RHS como razón de la NO existencia de cambios en los últimos 10 años**

La ausencia de políticas de recursos humanos en salud acordes con las necesidades sociales es identificada en las respuestas como una de las razones de la inexistencia de cambios en la dotación de ambas categorías profesionales en la última década.

Los modos de expresarlo difieren, pero los entrevistados coinciden, en mayor o menor medida, en la dirección de los señalamientos:

*“Ha existido ausencia de Política de Recursos Humanos en Salud, lo cual ha dificultado que en forma sistematizada se logre equiparar o equilibrar la formación de profesionales versus la colocación en el campo laboral, y más aún lograr una distribución de acuerdo a garantizar el acceso del derecho a la Salud a la población”* (Institución formadora).

*“Falta de planificación a las necesidades reales del país”* (Institución prestadora de servicios).

*“Por la falta de una política de planificación del RRHH”* (Institución formadora).

*“Las distintas instituciones no tienen políticas sobre el tema”* (Institución formadora).

**b) Los problemas pendientes en relación con los déficit, la dotación y la distribución de personal de salud**

Las respuestas también vinculan la falta de cambios con que no se han resuelto los déficit históricos de personal de salud, en particular de médicos y enfermeros. Las opiniones de los encuestados hacen referencia especial a la persistencia tanto de la falta de personal de salud como a la distribución en áreas desatendidas o en diferentes regiones.

*“Sigue existiendo durante estos 10 años la misma falta de personal en los centros hospitalarios”* (Otros actores).

*“Por que la deuda histórica de profesionales nunca se ha solucionado”* (Institución prestadora de servicios).

*“Siempre han sido insuficientes”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“Se mantuvo la relación 4 médicos / 1 enfermeras”* (Otros actores).

*“Hospitales nacionales siguen presentando escasez de personal”* (Instituciones formadoras).

*“Se mantiene el déficit de profesionales enfermeras en todos los niveles de atención, la formación y reclutamiento han sido relativamente suficientes, se mantiene la disparidad médicos/enfermeras”* (Ministerio de Educación).

*“Siguen las carencias con déficit de médicos en área rural así como en las instituciones de salud más importantes”* (Institución formadora).

*“No existen políticas para insertar a médicos en regiones”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“Se han mantenido las mismas tasas de formación”* (Institución formadora).

*“Sólo se ha mantenido la dotación, la cual se ha llenado con médicos extranjeros. (En el país...) los médicos prefieren trabajar en el sistema privado.”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“La dotación ha sido mínima, la carencia y carga laboral no tienen mejora”* (Colegios/Asociaciones profesionales/ sociedades científicas).

*“Porque se sabe que se necesitan más (enfermeros) y no se ha corregido”* (Otros actores).

*“Falta de enfermería profesional no ha sido abordada por el país”* (Ministerio de Salud).

*“Pues aunque se han ofertado las plazas no ha existido una demanda que las cubra”* (Institución formadora).

### **c) Los problemas vinculados con la formación de recursos humanos**

La NO identificación de cambios en la dotación de personal de salud, en particular médicos y enfermeros, también es relacionada por los encuestados con falencias en la formación, tanto por limitaciones de oferta pública como por modelos de formación desvinculados de las necesidades del modelo de atención.

Por su parte, el mercado también aparece ligado con los problemas identificados en la formación en dos sentidos. En algunos casos, como orientador de los planes de estudio y, en otros, como un ámbito que no es tenido en cuenta por las instituciones formadoras para el desarrollo de sus programas.

*“Pocas oportunidades estudios públicos”* (Institución formadora).

*“Al igual que las facultades de medicina existen muy pocas facultades que hayan dejado de estar encerradas en sí mismas. Pretenden en general mantener el statu quo en su profesión y no reconocen por ejemplo el desarrollo de competencias con participación de otros actores”* (Ministerio de Educación).

*“Formación no orientada a la APS”* (Institución formadora).

*“No se formaron médicos orientados al primer nivel de Atención”* (Institución formadora).

*“Formación orientada por necesidades de la academia o del mercado, facultades desconectadas de la realidad”* (Ministerio de Educación).

*“Porque se siguen incrementando matrículas en las instituciones educativas, sin tener una claridad de cómo se están comportando los distintos segmentos del mercado laboral”* (Institución formadora).

Para la carrera de Enfermería también se hace referencia a una disminución en el número de estudiantes, así como a una pobre calidad de la oferta educativa.

*“Ha disminuido la demanda de estudiantes”* (Institución formadora).

*“Oferta formativa de calidad insuficiente”* (Otros actores).

### **d) Los recursos presupuestarios, las condiciones laborales y la falta de incentivos condicionando los avances**

Las malas condiciones laborales, la ausencia de concursos y los criterios de contratación se presentan como motivos esgrimidos por algunos encuestados para argumentar la falta de cambios en la dotación de recursos humanos en salud. Asimismo, la existencia de criterios

políticos y no técnicos para las incorporaciones y las sucesivas administraciones también son identificadas como obstáculos para que se produzcan las modificaciones esperables en términos de la dotación de RHS.

*“Sin cambios en el mismo presupuesto para el nombramiento de médicos”* (Otros actores).

*“Financiamiento escaso”* (Ministerio de Salud).

*“Debido a recortes presupuestales en los servicios de salud”* (Colegios/Asociaciones profesionales/*Sociedades Científicas*).

*“No se incrementa las plazas ni contratos”* (Ministerio de Salud).

*“Porque los concursos hace mas de 5 años están congelados, no ha habido concursos. Y para contrataciones hay un sin numero de requisitos que no todos los colegas los cumplen. Hay mucho colega que esta desempleado y/o subcontratado en clínicas privadas”* (Ministerio de Salud).

*“Si hay incremento de egresados, pero no se han contratado”* (Ministerio de Salud).

*“Porque las condiciones laborales han empeorado”* (Ministerio de Salud).

*“La selección, contratación y distribución de personal continua atendiendo más criterios políticos que técnicos”* (Ministerio de Salud).

*“Por las diferentes administraciones”* (Ministerio de Salud).

A las situaciones mencionadas, en el caso de enfermería, también se agrega la falta de reconocimiento social de esta profesión, lo que suscita poco interés en la carrera por parte de las nuevas generaciones de estudiantes.

*“Se ha mantenido, esta es una carrera que siempre ha tenido mucha demanda. Sin embargo, las oportunidades laborales son muy escasas”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“Poco interés por la profesión; remuneración baja”* (Instituciones formadoras).

*“Pienso que hay falta de estímulo y motivación de las nuevas generaciones hacia la carrera de Auxiliar de Enfermería. La alta carga horaria laboral por el multiempleo y las características de la profesión no son motivantes”* (Instituciones formadoras).

*“Porque no está siendo atractivo ser enfermero por las condiciones de trabajo, los salarios y la imagen social en relación a otras profesiones”* (Instituciones formadoras).

#### **e) Diferentes opiniones acerca de las migraciones como problema en los países**

En las respuestas de varios encuestados, pueden observarse distintas opiniones acerca de la incidencia que tiene la migración de profesionales sobre los cambios en la dotación de médicos y de enfermeros en los distintos países. Para la carrera de Medicina, sólo una opinión proveniente de una institución formadora menciona la emigración de médicos debido a condiciones laborales y salariales. Cuando se trata de analizar la situación de los enfermeros, las opiniones son más contundentes y expresadas por varios actores sociales. En las distintas expresiones, la migración de profesionales se asocia con la búsqueda de mejores condiciones laborales.

*“Existe una migración galopante”* (Ministerio de Salud).

*“El alto índice de fuga de profesionales debido a las malas condiciones de trabajo y bajos salarios” (Institución formadora).*

*“La no creación de plaza en la medida que la sociedad lo necesita, fuga de talentos al exterior del país” (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).*

#### **f) Sobre el rol y las competencias de la enfermería**

Finalmente, para los profesionales de enfermería, otros motivos mencionados como causa de la falta de cambios en la dotación son las dificultades en la definición del rol de esta categoría profesional, de sus competencias y de su lugar en el equipo, muchas veces cuestionado tanto en el primer nivel de atención como en su desempeño en posiciones ejecutivas.

*“No existe crecimiento vegetativo de ítems para enfermeras profesionales particularmente , probablemente por que es un recurso de mucho costo para el estado y no así con la categoría de auxiliar de enfermería, que si se incrementó el numero en los nuevos programas del gobierno central y por el poder hegemónico de los que dirigen los programas de salud” (Institución formadora).*

*“Las enfermeras están en gran número en el ministerio de salud y toman decisiones para las cuales no tienen competencias, por eso estamos tan mal, no existe participación del los otros profesionales de la salud, eso nos limita y genera grandes problemas como no respetar el rol profesional ya que cada uno tiene que aportar en su área” (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).*

*“Porque las funciones de enfermería se han angostado a labores administrativas y se perdió la figura de enfermería como prestadora de servicios en el primer nivel, lo que ha significado una gran pérdida para ese nivel” (Ministerio de Salud).*

*“No hay estudios que demuestren las necesidades reales de profesionales de Enfermería, del comportamiento de los diversos segmentos del mercado de trabajo, ni del impacto de los servicios que ofrece según su nivel educativo” (Institución formadora).*

**P.40. Finalmente, ¿cuáles cree Ud. que son los tres principales problemas que deben atender las políticas de recursos humanos en su país en los próximos años?**

El cuestionario administrado en la etapa cuantitativa indagó, a través de preguntas cerradas, tres dimensiones centrales de las políticas en RHS: planificación, dotación y distribución. El formulario finalizaba con una pregunta abierta acerca de cuáles eran los tres principales problemas que los referentes consultados identificaban como prioritarios en materia de RHS. La pregunta se proponía brindar a los encuestados la posibilidad de expresar, con sus propios términos, los temas más sensibles en materia de RHS, sin limitarla con opciones pre-elaboradas por el equipo responsable de la Consulta Regional.

El análisis cualitativo de las respuestas permitió identificar algunos tópicos recurrentes que se recuperan a continuación:

- a) Necesidad de construir/profundizar un modelo de atención acorde con las necesidades sociales
- b) Dotación y distribución de los profesionales en zonas vulnerables y por nivel de atención
- c) La formación en articulación con el modelo de atención y con las necesidades sociales

- d) Mejora de las condiciones de trabajo
- e) Mercado privado de la salud
- f) Conformación del equipo de salud y regulación del ejercicio profesional: técnicos y profesionales

**a) Necesidad de construir/profundizar un modelo de atención acorde con las necesidades sociales**

Algunos encuestados, plantearon su preocupación por la falta de un modelo de atención acorde con el perfil epidemiológico y que alcance a los sectores más pobres de los países. Esta dimensión problemática, excede al campo de RHS, pues señala la importancia de definir un modelo de atención que responda a las necesidades sociales en el que se inserten los RHS. En tal sentido, los encuestados que observan esta problemática, mencionan la necesidad de que el modelo de atención se constituya en un marco operativo efectivo que oriente los cursos de acción en general, y las políticas de RHS en particular, mediante la planificación y el establecimiento de acuerdos políticos.

Así, las tensiones en la definición y puesta en práctica del modelo de atención repercuten en la falta de acciones que den respuestas a las necesidades sociales. Esta problemática es observada por varios encuestados como un factor transversal a los restantes problemas identificados, tales como modificar los currículos, la redistribución de los profesionales, la jerarquización del primer nivel de atención, las condiciones laborales de los profesionales de la salud y la composición del equipo de atención.

La principal preocupación respecto del modelo de atención se refiere a los problemas detectados en atención primaria ya que pareciera que, según los encuestados, se otorga escasa relevancia a este nivel de atención y a la prevención/promoción de la salud. Algunas opiniones refieren a un problema de “jerarquización” de la APS, otras sostienen, incluso, la “inexistencia” de este nivel.

Tal diagnóstico, se refleja en la falta de estímulos para la formación en especialidades acordes, en la ausencia de incentivos para la retención de profesionales en este nivel, y en dificultades para la conformación de los equipos de salud.

*“Reorientar las políticas de salud en lo referente a promoción y prevención”*  
(Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“Cuál es el modelo de atención que debe orientar la política/Planificación y gestión del modelo de desarrollo de RHS”* (Institución formadora).

*“Construcción y sostenimiento de un sistema de salud basado en la APS con fuerte énfasis en el primer nivel, a partir de una política de RHS que responda a este modelo de atención”*  
(Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“El posicionamiento de la estrategia de Atención primaria en Salud, y en general de todo énfasis en acciones de salud pública y de promoción - prevención, existe en el papel y en los esfuerzos de las entidades públicas. En general se sigue valorando mucho más las intervenciones de super especialistas de alta complejidad, de la hospitalización, en general de la enfermedad, que de la salud y sus determinantes”* (Ministerio de Educación).

*“Estudio sobre las necesidades de Recursos humanos en salud para saber cuáles son necesarios y en qué áreas, definir sus competencia, trabajar sobre el avance de los acuerdos de país como por ejemplo el Tratado de Libre comercio, crear un verdadero sistema de Gestión y Planificación de Recursos humanos”* (Ministerio de Educación).

*“La planificación del recurso humano de acuerdo a necesidades de salud de la población”*  
(Institución formadora).

## **b) Dotación y distribución de los profesionales en zonas vulnerables y por nivel de atención**

Uno de los problemas señalados con más frecuencia por los encuestados es la dotación y distribución inadecuada de los profesionales de la salud. Se hace referencia al déficit de médicos y enfermeros en las zonas rurales y en las más vulnerables de los países. Así, **se menciona como problema la inequitativa distribución geográfica y, en algunos casos, por nivel de atención.** Particularmente, algunos encuestados señalan la falta de dotación de personal en APS debido al pobre reconocimiento de los profesionales que se desempeñan en estas áreas, lo que suscita, según varias opiniones, la necesidad de brindar incentivos como estrategia para revertir esta tendencia. Nuevamente, este hecho es mayoritariamente atribuido a la falta de acciones claras hacia la atención de las necesidades sociales.

*“Falta de médicos y enfermeros en APS”* (Institución formadora).

*“Equidad en la dotación y distribución a nivel territorial”* (Ministerio de Salud).

*“Contar con la cantidad de Recursos Humanos principalmente en los Departamentos más vulnerables”* (Ministerio de Educación).

*“Redistribución de los recursos geográficamente y hacia el primer nivel”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

*“Fortalecimiento de la política de compensaciones, prioritariamente a los Recursos Humanos de ámbitos de quintil de problema extrema, zona de frontera y zonas de emergencia del país”* (Ministerio de Salud).

## **c) La formación en articulación con el modelo de atención y las necesidades sociales**

Bajo este nudo problemático se incluyen aspectos referidos a la necesidad de cambios en los currículos y prioridades en la formación de pregrado y posgrado.

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

*“Falta de formación en medicina familiar, comunitaria y que se integre al modelo de APS”* (Institución formadora).

*“Poca o falta de articulación entre instituciones formadoras del recurso humano en salud y las instituciones prestadoras del servicio público y privado”* (Ministerio de Educación).

*“Articulación efectiva de los servicios y las instituciones formadoras en salud, para: incorporar contenidos de APS en la currícula de formación de pregrado en salud; para incorporar progresivamente escenarios de formación del primer nivel de atención y de entorno comunitario; para incorporar en el proceso de aprendizaje nuevos enfoques pedagógicos vinculados al*

*desarrollo de capacidad crítica para la transformación de los servicios para la APS, estandarizar procesos formativos en función de la calidad tanto en el pre como en el posgrado” (Ministerio de Salud).*

*“Coordinación entre el sistema de enseñanza y el sistema asistencial para ajustar las necesidades de la reforma de la salud con la dotación y distribución de los RRHH en todas las carreras de la salud” (Institución formadora).*

*“La falta de articulación entre las instituciones formadoras y los empleadores” (Institución prestadora de servicios).*

*“Competencias asociadas al perfil necesidades del país” (Institución prestadora de servicios).*

*“Establecimiento del perfil profesional que requiere el país de conformidad con el perfil epidemiológico del mismo” (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas)*

#### **d) Mejora de las condiciones de trabajo**

Las condiciones de trabajo desfavorables en el sector es otro de los problemas prioritarios de RHS identificados por varios encuestados. Este diagnóstico parece reflejarse, según sus opiniones, en una falta de reconocimiento a la tarea de los profesionales. Como modo de revertirlo, los diferentes actores sociales coinciden en la necesidad de elevar las remuneraciones e incentivos, así como ofrecer estabilidad laboral. También se señalan otros aspectos que deben ser revertidos a fin de lograr condiciones de trabajo “dignas”, tales como consolidar la carrera sanitaria, eliminar la precariedad laboral, la fragmentación del empleo y el multiempleo.

*“Estabilidad laboral, elevar salarios” (Institución formadora).*

*“Las condiciones laborales del personal de Salud en cuanto a trabajo digno y bien remunerado, incentivos económicos para que el personal de salud trabaje en áreas descentralizadas” (Institución formadora).*

*“Fomentar un empleo digno y bien remunerado dentro de un esquema de proveedor de servicios profesionales de salud a instancias privadas y de gobierno, con una visión que fomente la estabilidad en trabajo, y los derechos al beneficio de un trabajador formal” (Institución formadora).*

*“Mejora de las condiciones de trabajo en función de la construcción de una carrera sanitaria que promueva el mérito, el trabajo en equipo, la búsqueda de resultados con calidad, eficiencia y pertinencia social” (Ministerio de Salud).*

Las falencias observadas en las condiciones de trabajo dentro del sector público constituyen una preocupación específica. Esto es así dadas las consecuencias que esta situación laboral podría estar generando tanto para la retención de profesionales en el sector, como en el nivel de atención primaria. La falta de valoración de los profesionales que se desempeñan en esta área se traduce en condiciones de desventaja respecto de los que se insertan en el segundo o tercer nivel.

*“Condiciones laborales en servicios públicos” (Organización de trabajadores).*

*“Homologación de sueldos y salarios de los médicos y enfermeras que trabajan en APS con los médicos y enfermeras de las áreas hospitalarias” (Institución formadora).*

*“Incentivos laborales para el recurso humano de salud (escalafones, salarios, incentivos para áreas postergadas, para no emigración, condiciones del ambiente laboral, etc.) (Institución prestadora servicios).*

## **e) Mercado privado de la salud**

Otra de las cuestiones problemáticas emergentes refiere a la tensión entre el mercado privado de la salud y la posibilidad de brindar atención de acuerdo con las necesidades sociales. Se entiende que, entre otros factores, esta tensión se refleja en la dotación, distribución e inserción laboral de RHS en los diferentes países. Los principales problemas que ello genera se observan en dos sentidos. Por un lado, en la merma de la dotación de profesionales en el sector público frente a la competencia del sector privado y, por otro lado, en una oferta de formación de acuerdo con las posibilidades de inserción en espacios laborales más rentables.

Ante ello, algunos encuestados proponen la regulación y control sobre el mercado privado de la salud y de las ofertas de formación, así como la creación de sistemas de remuneraciones e incentivos que estimulen el trabajo en el sector público.

*“Mercantilización de los RRHH en salud que llevan a competencias de mercado en base a los niveles remunerativos. Ello perjudica notoriamente al sector público”* (Institución formadora).

*“Regulación del mercado privado de la salud”* (Ministerio de Salud).

*“El control sobre las ofertas de formación de trabajadores de salud, en la educación superior, es inexistente. Las ofertas se dan de acuerdo a las posibilidades de mercado para el programa y no tomando en cuenta las necesidades reales de las condiciones de salud y vida de los habitantes del país”* (Ministerio de Educación).

*“Retención de especialistas en el Sistema Público de Salud”* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).

*“Financiar la incorporación de licenciados en enfermería y médicos especializados para el sector público creando nuevos puestos de trabajo que sean atractivos por los incentivos de formación, de remuneración y condiciones de trabajo”* (Institución formadora).

*“Remuneraciones competitivas con el mercado”* (Institución de servicios).

## **f) Conformación del equipo de salud y regulación del ejercicio profesional: técnicos y profesionales**

La estructura del equipo de salud es otro de los problemas señalados como tema que demanda redefinición y discusión. En tal sentido, varias opiniones plantean el rol de los técnicos, de los profesionales y el lugar que ocupa la enfermería.

*“Cambiar la visión de que solo el médico y la enfermera son los actores principales para la atención en salud de la población”* (Institución formadora).

*“Formación de Equipos de Abordaje comunitario”* (Institución de servicios).

*“Reconocimiento y posicionamiento de los actores técnicos de la salud, quienes en muchísimas áreas del país son el único actor del sistema de salud. Esto garantizaría además la conformación de verdaderos “equipos de salud”* (Ministerio de Educación).

*“Regulación y control de la Práctica Profesional”* (Ministerio de Educación).

Así como fuera observado en las respuestas a la pregunta abierta 15, los referentes consultados pertenecientes a Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas, Organizaciones de trabajadores e Instituciones de formación sugieren un problema vinculado con la definición del rol y el reconocimiento de la enfermería dentro del equipo de

salud. Asimismo, mencionan la necesidad de mejoras laborales para este sector profesional. En relación con la formación, sostienen la importancia de generar mecanismos que faciliten la profesionalización de la enfermería.

*“Formación del recurso Humano Enfermero con título de grado”*(Organización de trabajadores).

*“Desregulación de la educación en Enfermería. La existencia de un gran paraguas que no considera profesiogramas ad hoc a los niveles de formación profesional, y que atribuye a personal no profesional las mismas competencias”*(Institución formadora).

*“Empleo de Enfermeras Profesionales y no formación de auxiliares”*(Institución formadora).

*“Enfermería como estratégico profesional en el equipo multidisciplinario debe ser regulado para satisfacer la calidad de la formación”* (Colegios/Asociaciones profesionales/sociedades científicas).

### **3. Entrevistas en profundidad: algunas aclaraciones metodológicas**

Tal como se señaló, durante la etapa cuantitativa de la presente Consulta Regional, se diseñó un cuestionario semi-estructurado a partir del cual se indagó un conjunto de dimensiones clave en materia de gestión/planificación de RHS.

El link del instrumento fue enviado por correo electrónico, de manera personalizada, a un grupo de actores sociales indicados como referentes en cada país por los respectivos puntos focales de OPS. Luego de remitir la encuesta a los 363 referentes señalados, se recibieron 179 respuestas. Sin embargo, 21 de ellas fueron parciales o incompletas, por lo que el análisis realizado en la etapa cuantitativa se centró en los 158 casos completos. Éstos constituyeron el grupo de participantes incluidos en la segunda actividad prevista en la estrategia metodológica diseñada para esta Consulta: las entrevistas en profundidad.

De acuerdo con los criterios metodológicos asumidos, se consideró seleccionar un grupo de referentes que, habiendo respondido la encuesta completa, en las preguntas abiertas del cuestionario haya expuesto opiniones que revelen distintos posicionamientos y miradas reflexivas sobre las temáticas abordadas. Así, la identificación de los posibles entrevistados se organizó a partir de la articulación de cuatro criterios, a saber:

- 1) Conocimiento y reflexión crítica sobre las dimensiones que hacen a la gestión/planificación de RHS en el país de residencia.
- 2) Aporte a la discusión de los principales hallazgos encontrados en la etapa cuantitativa y a los temas emergentes del análisis de las respuestas abiertas incluidas en el cuestionario: a) planificación; b) dotación y distribución; c) formación de RHS.
- 3) Actor social: Se seleccionó un grupo de entrevistados proporcional al peso relativo que las distintas categorías de actores sociales previamente definidas tuvieron en la encuesta.
- 4) País de residencia: Esta variable fue clave para la selección, en orden a obtener un grupo de entrevistados que diera cuenta de las particularidades y diversidades de la gestión/planificación de RHS en cada uno de los países que participaron de la Consulta Regional.

Considerando las categorías de actor social preestablecidas, y teniendo en cuenta aquellas que respondieron mayoritariamente al cuestionario, el grupo de entrevistados quedó conformado por referentes de: Instituciones formadoras, Ministerio de Salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud, Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas, Organizaciones de trabajadores y Otras categorías.

De acuerdo con las respuestas proporcionadas por los encuestados en las preguntas abiertas del cuestionario (Nº 8, 15 y 40) y los criterios de selección mencionados más arriba, se conformó un grupo de 15 personas a entrevistar de varios países y de las distintas categorías de actores, y sus correspondientes reemplazos, que fueron escogidos de la base de datos elaborada para este estudio.

Con el propósito de profundizar sobre algunas dimensiones relevantes para los objetivos de esta Consulta, se diseñó una Guía de Pautas que orientara las entrevistas a efectuar con los participantes seleccionados (ANEXO I).

Simultáneamente, se elaboró el Consentimiento Informado para garantizar la aceptación de los sujetos a la investigación, así como para explicitar las condiciones de confidencialidad y anonimato de las entrevistas que se desarrollarían (ANEXO II).

Finalmente, se logró que 11 referentes participaran en esta etapa de la investigación. En este marco, se consensuó el calendario para la realización de las entrevistas, las cuales se efectuaron entre el 19 y el 28 de mayo pasado.

Las entrevistas fueron concertadas con los participantes a través del envío de un correo electrónico personalizado. Posteriormente, fueron efectuadas a través de Skype, siguiendo la Guía de Pautas elaborada. La conversación fue grabada, con conocimiento del entrevistado, mediante el programa MP3 Skype Recorder. Luego, fueron pre-codificadas, a fin de preservar el anonimato, desgrabadas y procesadas con el software Atlas.ti de análisis de datos cualitativos.

Cabe destacar que las citas que acompañan los análisis que se presentan a continuación fueron seleccionadas en virtud de su claridad para “ilustrar” los procesos y situaciones manifestados por los entrevistados al momento de re-accionar a las cuestiones que organizaron los tres grandes momentos de las entrevistas: a) Planificación; b) Dotación y Distribución; c) Formación. En este contexto, debe comprenderse que algunas de las citas hayan sido utilizadas más de una vez para apoyar distintas lecturas analíticas.

## 4. Análisis de las entrevistas en profundidad

### 4.1. Perspectivas sobre la situación actual de la planificación en RHS

La primera dimensión analítica indagada en las entrevistas tuvo por propósito analizar las opiniones de los referentes respecto de la situación actual de la planificación en materia de RHS en sus respectivos países.

Luego de constatar que en las preguntas abiertas del cuestionario emergía, aunque desde distintas lecturas y posicionamientos, **un reconocimiento generalizado de la importancia política y operativa que reviste la concertación de actores para la formulación e implementación de políticas de RHS**, un primer momento de la entrevista se propuso explorar los puntos “fuertes” y “débiles” de esta lectura. Concretamente, se consultó a los referentes sobre los contenidos de dicho reconocimiento, indagando específicamente las características que adquiere la mencionada concertación entre actores en los contextos de cada país, los avances registrados, así como los obstáculos observados en este sentido para la formulación de políticas.

Así es como, al ser consultados sobre la situación de la planificación, los entrevistados esbozaron opiniones que reafirman la centralidad que tiene el diálogo entre múltiples actores tanto para la formulación, como para la implementación y sostenimiento de políticas a mediano y corto plazo. A modo de ejemplo, así lo manifiestan algunos de los referentes entrevistados:

*“(…) cuando respondíamos para tener una agenda de recursos humanos es necesario que se junten todas las partes, ¿verdad? Entonces, desde este contexto pensábamos que es necesario que las universidades que tienen estas carreras siempre estén en comunicación*

*con las personas que dirigen las estrategias y los planes de desarrollo de la salud, específicamente, la secretaría de la salud. ¿Que se junten para qué? Para prever, para conocer cuál es la propuesta de recursos humanos a futuro, a cinco años, a ocho años, a diez años” (Ministerio de Educación).*

*“(…) otra cosa es construir una agenda, digamos, otro gran avance ha sido esto de construir agenda conjunta, en las reuniones donde participan ministerios de salud, asociaciones científicas, universidades, colegios profesionales, en donde la discusión ya no queda restringida a un solo actor y donde se escuchan y se definen muchas más voces” (Otros actores).*

*“(…) tanto las instituciones formadoras como las instituciones que contratan al talento humano están abriendo los espacios para ese diálogo. Considero importante que haya una apertura en la cual se puedan sentar a conversar. Y eso es lo que está ocurriendo acá en mi país, en el sentido de que nos estamos conversando universidad con el ministerio, algunas veces de acuerdo, otras veces con algunas discrepancias. Pero nos hemos sentido a conversar sobre qué es lo que la sociedad en este momento necesita en la formación de recursos humanos, y cómo la política, la elaboración de políticas de recursos humanos, puede también tener el aporte de otros sectores” (Institución Formadora).*

En este marco, todos los referentes consultados sostuvieron que la convergencia de “voces”, “miradas” y “experiencias” provenientes de actores formadores, empleadores, prestadores, trabajadores y reguladores es una condición básica para la planificación. Sin embargo, aprovecharon la instancia de la entrevista para profundizar, con diversos niveles de explicitación, los condicionantes estructurales que suelen operar como obstáculos. Como se mencionó, en los cuestionarios se registraron opiniones vinculadas con un alto reconocimiento de la concertación entre actores, así como otras que identificaban pocos avances en la práctica cotidiana en este sentido. Es por ello que se decidió explorar cualitativamente los posicionamientos de los referentes a este respecto.

Así, en virtud de las respuestas manifestadas, los entrevistados pueden agruparse, *grosso modo*, en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos que consideran que en sus países se concretan acciones de planificación vinculadas a RHS, aunque señalan la coexistencia de diversos factores que tienden a limitar el mencionado proceso. Por otro lado, los referentes que sostienen la ausencia de planificación, o bien la predominancia de bajos niveles de organización y de convergencia de actores para el diseño e implementación de intervenciones que vinculen las políticas de RHS con las necesidades de salud en sus respectivos países.

Siguiendo esta demarcación meramente analítica, elaborada con fines expositivos, en lo que sigue se explicitan algunas lecturas de las respuestas ofrecidas por los entrevistados incluidos en ambos grupos.

#### **4.1.1. Avances en la planificación de RHS en la Región**

Recuperando lo expresado arriba, en este epígrafe se presenta el análisis de las opiniones vertidas por los entrevistados que consideran que en sus países se ha avanzado en capacidades institucionales para la planificación en materia de RHS, sin embargo reconocen la vigencia de diversos factores que tienden a limitar/obstaculizar dicho proceso.

En primer lugar, se detecta un grupo de respuestas en las que el problema que opera como “causa” y “efecto” de las debilidades observadas en la planificación es **la concreta falta de articulación entre actores clave** para la toma de decisiones en materia de RHS. En efecto, aún reconociendo la importancia de la mencionada concertación, en la cotidianeidad de las prácticas y procedimientos institucionales se observan limitaciones, específicamente en la articulación con actores de la sociedad civil y trabajadores.

*"En el espacio formal, la participación ha sido muy limitada por la poca apertura de las autoridades y porque, también, no se entiende muy bien que en salud hay que elaborar la política de manera conjunta para que estas sean legítimas, realmente; no por un capricho de gente que quiere participar, sino para poder lograr la legitimidad y poder debatir después si es adecuado lo que se está desarrollando o no (...) La historia de la última década, los últimos doce, trece años desde que el sistema se conformó legalmente es la que te comenté: una absoluta falta de participación, o por decirlo de alguna manera, una muy limitada participación tanto de las organizaciones de la sociedad civil como de los trabajadores del sector (...) el esfuerzo que tiene que hacer tanto el Estado como los trabajadores de salud es entender que el sistema de salud finalmente se debe a la ciudadanía. El sistema de salud no es de los profesionales ni de las autoridades. El sistema de salud es de la ciudadanía" (Otros actores).*

*"En este proceso en el que estamos involucrados hay participación, por ejemplo, de las personas del ministerio, de los funcionarios, hay también participación de la seguridad social, en algunos aspectos. Pero de la sociedad civil como tal, no. Más bien eso está dentro de los proyectos que la universidad está tratando de abrir, los espacios de comunicación con la sociedad civil, a través de proyectos de vinculación con la comunidad, básicamente" (Institución Formadora).*

En los fragmentos anteriores, los entrevistados enfatizan la **ausencia de organizaciones de la sociedad civil y de trabajadores** en instancias formales de diálogo para la planificación y la puesta en marcha de políticas. Por un lado, se reclama la activa participación de todos los actores vinculados al campo de la salud para que las decisiones tengan **legitimidad social**. En esta clave de lectura, la legitimidad es emparentada no sólo con una lógica consultiva abierta y plural que debe impulsar y acompañar el proceso, sino también con el hecho – convertido en posicionamiento político – que **el sistema de salud debe responder a la "ciudadanía" y a las necesidades sociales**. Así, la legitimidad es reconocida como un componente central e imprescindible para que las decisiones, devenidas líneas de acción, tengan impacto concreto y cotidiano en la población.

En conexión con lo anterior, el segundo relato destaca acciones de concertación en las que han intervenido activamente instituciones formadoras, el ministerio de salud y funcionarios de la seguridad social. Más allá de las particularidades del caso, la cita seleccionada muestra una preocupación común a varios entrevistados, a saber: el desafío futuro radica **en abrir y consolidar la participación de actores de la sociedad civil**, cuya opinión se valora como central para avanzar en el camino de pensar el tipo y calidad de recursos humanos requeridos en función de las necesidades sociales. De esta manera, aunque se reconocen ciertos cambios "positivos" en instancias formales tendientes a abrir espacios de diálogo entre múltiples actores, la falta de participación de actores de la sociedad civil ha sido más bien la "regla", y no la excepción, en materia de planificación de RHS.

Ante la pregunta respecto del "estado de situación" de la planificación en RHS en sus países, una reacción común observada en varios entrevistados es la enumeración de algunos logros/avances. Tal es el caso de un referente, perteneciente a un ministerio de educación, quien consultado sobre los avances producidos en su país, describe acciones que supusieron la articulación efectiva entre los ministerios de salud y educación, junto con instituciones formadoras y prestadoras de servicios quienes, colectivamente, definieron los "estándares de competencia" que operarán como guías para la elaboración de currículos y proyectos de formación de RHS en el país.

*"Tenemos nosotros lo que se llama [nombre propio], que es la instancia en la que los actores representativos del sector gubernamental, del sector educativo, del sector productivo, empleadores y trabajadores, nos sentamos y aplicando una metodología de análisis funcional construimos esos estándares que luego van a servir de referentes para la elaboración de currículum y de proyectos ya específicos de formación. Allí tenemos una ventaja importante y es que en esa instancia participa tanto el ministerio de salud como el ministerio de educación, y eso posibilita que muchas de esas decisiones concertadas que se toman en esa mesa sectorial se conviertan luego en políticas. Y se conviertan luego en*

*decisiones nacionales frente a la planeación, la formación y el desempeño de trabajadores en el sector salud” (Ministerio de Educación).*

Más allá de sus aspectos particulares, este caso ilustra que, **junto a experiencias de concertación, se observan ciertas “rupturas” de intereses y objetivos entre actores clave del campo de RHS:**

*“Una ruptura que vemos en los procesos de la planeación y de la formación y de desempeño del recurso humano en salud entre lo que llamamos niveles de educación superior, o aquí se suelen llamar profesionales universitarios, y lo que llamamos acá técnicos o tecnólogos, que corresponden a un nivel de formación para el trabajo y el desarrollo humano. Ahí hay una primera ruptura que nos preocupa y es el no ver el equipo de salud como un todo, el no estructurar los procesos de planeación, de formación y de desempeño como un equipo en salud, sino que nos hemos fraccionado en esos dos niveles (...) Esa es una ruptura importante que se la debe afrontar” (Ministerio de Educación).*

Según el relato anterior, esta **desarticulación entre actores**, en este caso, formadores universitarios y formadores técnicos, **observable en la práctica** tiene dos consecuencias concretas: por un lado, **atentaría contra los esfuerzos colectivos de planificación**, restringiendo de ese modo las posibilidades (técnicas, operativas y culturales) de **entender al equipo de salud como un “todo”**, tal como lo demanda el modelo de atención enfocado a la APS. Por otro lado, al responder a una lógica meramente individual orientada por intereses y objetivos particulares, la falta de articulación entre actores promovería la **multiplicación de espacios o instancias de formación que no se condicen ni responden a las necesidades de la población.**

En este sentido, a la hora de dar cuenta del estado actual de la planificación, una de las dificultades identificadas por otro referente consultado es la **desvinculación entre el ministerio de salud y las universidades**, en tanto instituciones formadoras “por excelencia” de RHS del país. El entrevistado comenta que en los últimos años se intentaron crear instancias formales de coordinación entre ambos actores estratégicos, pero no prosperaron. Y es precisamente esta falta de articulación la que es evaluada como una de las mayores dificultades que atraviesa el campo de RHS locales en la actualidad.

*“El ministerio de salud tiene un rol bastante restringido en este área. Como tú sabrás, el mayor ente formador de recursos humanos es la [nombre de la universidad pública]. Y justamente la [universidad pública] es un ente autónomo. La injerencia que tiene el ministerio en cuanto a planificación, digamos, de formación de recursos humanos es nula, o es casi nula, para no decir que es nula. (...) Se generaron espacios. Las discusiones estaban buenas pero nunca se logró concretar lo que específicamente teníamos como objetivo en ese momento de generar ese espacio” (Ministerio de Salud)*

Por su parte, la mayor o menor **“desconexión” entre las instancias de formación y las necesidades sociales de cada país** es una de las preocupaciones más frecuentes. De acuerdo con la experiencia personal y al lugar que los entrevistados ocupen en el campo, las opiniones cambian, ofreciendo una variedad de sentidos que interesa recuperar en términos analíticos.

Por ejemplo, el referente de un ministerio de salud sostiene que la mayor falencia en materia de RHS en su país es la **falta de un sistema de formación orientado por las reales necesidades de la población.** En este sentido, **demandamos una mayor solvencia formativa**, tanto en lo que respecta a **cuestiones curriculares como a las prácticas formativas.** En este contexto, el referente tiende a encontrar la razón de tal estado de situación en una “cuestión cultural” que atañe especialmente a los docentes y a los responsables de las instituciones formadoras, tanto académicas como los servicios de salud propiamente dichos.

*“Necesitamos un personal que se forme, incluso, más cercano a la comunidad, en los primeros niveles de atención en donde hay posibilidad de actuar de manera más oportuna,*

de manera preventiva, y se puede atender a muchísimas más personas, se pueden llevar los beneficios de las ciencias, la medicina, a muchísimas más personas. Ese es un primer elemento, entonces, tanto a nivel curricular, tanto en el tema curricular, como en el tema de los escenarios donde se realizan las prácticas formativas" (...) pasa por un tema que es cultural, que es difícil, cómo cambiar esa cultura que traen los docentes, los directores de los programas en las universidades, los mismos directores de los servicios en las instituciones de salud para que de alguna manera entiendan que realmente se hace más si se cambia esa forma tradicional de pensar donde lo importante era como estar cerca de la alta tecnología y estar cerca de los grandes especialistas, digamos. Realmente lo importante es incidir de manera más efectiva sobre la salud de las personas" (Ministerio de Salud).

En línea con lo anterior, algunos entrevistados sostienen que es preciso **(re)activar el rol rector del Estado en materia de RHS**. En el grupo de referentes consultados, esta demanda adquiere distintos contenidos que van desde una mayor participación de los Ministerios de Salud y Educación en lo que hace a la **regulación de los contenidos formativos, a fin de que éstos se ajusten a las necesidades y demandas de la población**, hasta la consolidación de **instancias de coordinación** que promuevan y orienten el desempeño de un modelo de atención orientado hacia la APS.

*"Por ejemplo, ahora, hace un par de minutos, salí justamente de una reunión en la cual se está discutiendo la nueva ley de residencias médicas. Y justamente una necesidad que planteaba la propia escuela de graduados de la facultad de medicina era que el ministerio debería tomar asunto y poner cierta limitación en ciertas especialidades, por ejemplo, salió justo el caso de pediatría que en promedio egresan más de sesenta por año. No es que haya un exceso de especialidades en ninguna, para ninguna especialidad, si se tiene en cuenta la relación con la población. Pero sí lo que me pareció interesante que la propia escuela de graduados, el equipo técnico, decía que el ministerio debería tener como algo, bueno, "empecemos a formar en esta especialidad que hay un déficit más grande". Como que limitara los cupos. Y eso me pareció importante que ellos reconocieran que el rol del Ministerio era ése" (Ministerio de Salud).*

*"En últimas, creemos que hace falta un apretón en ese escenario para definir conjuntamente necesidades y por tanto construir políticas públicas aun en el marco de autonomía universitaria, pero supeditado a un nivel de control o regulación sobre las denominaciones y los contenidos en la educación universitaria" (Otros actores).*

*"El Estado ha cedido mucho en su capacidad de rectoría. Hay una autonomía muy alta de las universidades y de los consejos de formación. Pero creo que cuando uno ve cómo realmente se está desarrollando la salud de la población puede generar unos mensajes desde el Estado categóricos hacia las universidades, diciéndoles: vean, nosotros realmente lo que necesitamos para este país son unos perfiles y unas competencias diferentes a los que están formando ustedes (...) el papel del Estado es de liderar, de aglutinar y también de propiciar de alguna manera ciertos incentivos para que haya un cambio en esa dirección y de enviar señales. De alguna manera, el Estado como rector, como líder, como intérprete, de alguna manera, de la salud de su población, de enviar unas señales adecuadas al sistema educativo, justamente, diciéndole: vea, nuestras características en materia de salud, nuestras necesidades en materia de salud de la población nos llevan a pensar que realmente lo que necesitamos en este momento son unos profesionales de la salud que tengan estas necesidades, que tengan estas competencias. (Ministerio de Salud).*

*"Sin duda, la implementación de un modelo que tome en cuenta determinantes, o un modelo que produce la prevención, o un modelo de resolución en primer nivel, en último, un modelo de salud y no de enfermedad, depende lógicamente del liderazgo que asuma la política pública del país" (Ministerio de Educación).*

Entre muchas dimensiones, **planificar es sinónimo de "manejar información"**. Según la opinión de algunos referentes consultados, diseñar, implementar y sostener políticas de RHS implica producir, analizar, interpretar y utilizar información clara que posibilite tomar

decisiones que se ajusten "a los hechos". Y ésta es una tarea que compete a diversos actores, sean éstos formadores, prestadores, reguladores, empleadores y/o trabajadores.

*“Para prever, para conocer cuál es la propuesta de recursos humanos a futuro, a cinco años, a ocho años, a diez años. Con cuántos médicos se va a contar, los índices, porcentajes de matrícula que se tienen, o de acuerdo a las demandas que se van dando en cada año. Luego, conocer por etapas, por ejemplo, cuántos graduados van a haber por año, tanto para las enfermeras, como para los médicos. Y cómo esta propuesta de recursos humanos que va a saliendo, que siempre va a haber un margen de error en que se va a mover, nunca va a ser exacta, cómo el Estado, o sea, lo público y lo privado, va a hacer uso de esos recursos humanos (...) Trabajar con esos datos, esos datos son muy importantes para que se puedan colocar en las estrategias y los planes de desarrollo que deben usar la secretaría de salud, el instituto de servicios social, y también las empresas privadas” (Ministerio de Educación).*

Además del vínculo con actores prestadores, trabajadores y reguladores, los entrevistados destacan el **carácter estratégico que reviste establecer lazos sólidos y permanentes con las instituciones formadoras**, en vistas a consolidar espacios de concertación para la planificación de RHS.

No obstante este reconocimiento, y la descripción de prácticas concretas que en este sentido tienen lugar en los diversos países, algunos referentes consultados mencionan el **contenido “utilitario”** que suele regir la organización del vínculo entre ambos tipos de instituciones.

*“Para que tú presentes el posgrado tienes que hacer un estudio de qué tan necesaria es esa carrera que tú vas a proponer, por ejemplo, en el pregrado, en el posgrado. Porque nosotros estamos en un momento de acreditación de las carreras (...) Y para toda esa aprobación de las carreras todas las universidades tienen que presentar la pertinencia de las carreras, y el mercado laboral. Entonces, eso ha obligado a que las universidades nos acerquemos mucho más a las instituciones prestadoras para conversar, para obtener información. Ya no solamente en el sentido anterior en el cual nosotros usábamos los servicios para las prácticas de los estudiantes (...) Los que estamos involucrados en la formación y los prestadores de servicio, que son los que al final emplean a esos recursos, sí hemos establecido mecanismos de encuentro ¿a través de qué? A través, por ejemplo, de ir elaborando juntos los planes de posgrado” (Institución Formadora).*

En tanto áreas estratégicas del campo de RHS, “Formación” y “Empleo” están cada vez más vinculadas de acuerdo con la **lógica de oferta-demanda** que marca el pulso de la situación laboral de los profesionales en cada país. Así, las instituciones formadoras requieren, cada vez más,, contar con el aval de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en tanto “futuro” mercado laboral de los estudiantes en formación. Tal como se desprende del relato anterior, ese lazo instrumental se observa particularmente al momento de formular propuestas de nuevas carreras de formación, tanto a nivel de grado como de posgrado.

Varios referentes coinciden en que el **modelo de atención enfocado a la APS** –que debiera guiar la definición, implementación y evaluación de políticas de RHS– es **más una instancia “declarativa” que un paradigma rector de las prácticas efectivas de salud**. En ese contexto, la coexistencia de dos modelos de atención “desconectados” es un problema de base que atentaría contra las posibilidades de planificación. Según algunos entrevistados, esta falencia estructural opera como punto de partida para una serie de dificultades, algunas ya mencionadas, que se observan en la práctica cotidiana, tales como la imposibilidad de ver al equipo de salud como un “todo”; la emergencia de decisiones que desconocen las necesidades (reales/validadas) de la población; la falta de reconocimiento económico y social de los trabajadores de APS; la consolidación de un modelo de atención “curativo” y no “preventivo”; la potenciación de la lógica de la salud como mercancía, etc.

*“[El país] tomó una decisión hace muchos años de orientarse hacia la atención primaria en salud con la resolución en primeros niveles y con la formación de recursos humanos para*

*ese tipo de atención. Sin embargo, eso está en el papel, en la vida real eso no está tan claro. Sigue estando primero el super-especialista como el más destacado de los proveedores de los profesionales de salud. Incluso, de reconocimiento económico, no solamente de reconocimiento social (...) aunque los formamos con toda la convicción y la pasión por las atenciones de prevención en la salud, por ejemplo, no consiguen empleo. Es decir, las instituciones de prestación de salud, las aseguradoras, siguen jugándole a la contratación de recursos humanos curativos. Y entre mayor complejidad, mejor, porque seguramente eso les deja mayor ganancia económica en cada uno de los procedimientos. Entonces, no es fácil cambiar ese círculo en la mentalidad de las instituciones y del sistema, aunque está escrito en el papel” (Ministerio de Educación).*

*“Entonces, a partir de ese gran objetivo, que es el de avanzar hacia el acceso universal de la población a la salud, con unos modelos y unos sistemas adecuados, ya en el tema específico del talento humano, lo primero que hay que hacer es revisar los actuales procesos de formación, que es un tema en el cual ya se ha venido trabajando. Y, justamente, lo que hay que mirar es si realmente hoy día nosotros estamos formando un personal sanitario, un talento humano, que se adecue, digamos, a esos objetivos, o seguimos formando nuestros médicos y nuestras enfermeras en niveles de atención complejos, digamos, para atender básicamente a enfermos que están en hospitales de niveles de complejidad altos (...) Y es una reflexión que ya se está dando pero que es difícil cambiar la forma cómo se ha venido haciendo la programación curricular de las universidades. Es difícil también porque los docentes ya tienen en, digamos, su disco duro un proceso de formación donde, de alguna manera, se incentiva y se privilegia la alta tecnología, generalmente está al lado... la atención al interior de instituciones hospitalarias y no, de alguna manera, como esa atención de personas que están, digamos, con unos estados de salud que pueden ser atendidas por fuera del hospital. Es decir, niveles de atención relativamente sencillos” (Ministerio de Salud).*

*“(...) hay dos modelos de atención. El modelo de atención del ministerio de salud y el modelo de atención de la seguridad social. O sea, hay dos grandes aparatos prestadores. Son distintos, no dialogan adecuadamente. El del ministerio de salud tiene mucho más que ver con el territorio, con la familia, etc., con, digamos, algunas otras consideraciones de salud colectiva o salud pública, como la quieran llamar. (...) el otro está concentrado en la alta complejidad, entonces están desconectados. Ése es el problema”. (Otros actores).*

#### **4.1.2. Limitantes/obstáculos para la planificación de RHS en la Región**

En este apartado, se presenta el análisis de las respuestas de los entrevistados que sostienen la ausencia de planificación, o bien la predominancia de bajos niveles de organización y de convergencia de actores para el diseño e implementación de intervenciones que vinculen las políticas de RHS con las necesidades de salud en sus respectivos países.

Con fines expositivos, las opiniones de los entrevistados pueden clasificarse en tres grandes núcleos problemáticos: a) Concertación de actores; b) Rectoría del Estado y c) Modelo de atención.

##### **a) Concertación de actores**

La totalidad de los entrevistados incluidos en este grupo, sostienen que una de las principales debilidades observadas en el campo de RHS en sus países radica en la **falta de una concertación real entre actores para la planificación**. Este diagnóstico es explicado por los referentes consultados a partir de una serie de razones, entre las que se destacan las siguientes:

##### **a.1.) La planificación como un “bien exclusivo” de determinados actores sociales**

Uno de los entrevistados sostiene que en los últimos años la planificación de RHS se ha convertido en un “bien de lujo”, en tanto incluye a ciertos actores sociales en detrimento de otros. Además de ser reducidos y escasos, según la opinión del referente, estos espacios

de planificación, básicamente "centralizados", operan como meros ensayos o ejercicios que suelen quedarse en un documento, sin replicarse, continuarse ni profundizarse en la práctica cotidiana de los actores involucrados en el campo de la salud.

*"Por otro lado, uno podría encontrarse en el sistema de salud de que la planificación se volvió casi como un lujo o un documento que se hace a nivel central con algunos actores. En este país se convocan a actores, pero a la hora de concretar ese ejercicio de planificación en el día a día y en el quehacer diario de los entes relacionados se pierde la planificación en absoluto"* (Ministerio de Salud).

A partir de esta observación, el entrevistado afirma que frente a las demandas y exigencias que impone la lógica de la oferta-demanda del mercado en el campo de la salud, en la práctica tiende a implantarse una **programación puntual/focalizada**, más que una planificación estratégica que demarque un rumbo o una orientación de RHS no impulsados por el mercado.

*"Yo diría que estamos acostumbrados más bien ahora a una programación muy puntual de recursos que pierde la orientación de un ejercicio de planificación conciente, estratégico y que vaya a identificar el rumbo de los recursos humanos del país. Esas son las contradicciones de un modelo que, a mi juicio, a pesar de que se diga todo lo que se diga, está más bien apuntando a un mercado, y este mercado lo que menos necesita es una planificación detallada, estratégica de nada. Y por lo tanto en los recursos humanos esto se hace evidente cuando, por ejemplo, de repente nos despertamos y aparece la crisis de que no existen profesionales en tal lugar, o de tal clase, y que no están ubicados, cuando sabemos todos que en recursos humanos si no hay una planificación a mediano y largo plazo es imposible poder ordenar la oferta en los servicios"* (Ministerio de Salud).

## **a. 2.) Falta de reconocimiento al modelo y a los trabajadores dedicados a la APS**

Otro referente consultado sostiene que en su país aún no se ha consolidado la concertación de actores clave para la definición, implementación y seguimiento de políticas en materia de RHS porque tiende a ser muy bajo el nivel de reconocimiento al modelo y a los trabajadores dedicados a la APS.

En tal sentido, la **falta de reconocimiento económico y social del modelo de atención** es señalada por los entrevistados en un doble sentido: por un lado, en términos de la escasa defensa, valorización y legitimidad otorgada socialmente a la APS en tanto estrategia de salud; por otro lado, pero en conexión con lo anterior, la falta de reconocimiento hacia el modelo se desplaza y encarna en los propios trabajadores, quienes ven cada vez más restringidas sus cuotas de reconocimiento social y económico, precisamente por adherir e inscribir su desempeño profesional en el enfoque de APS.

*"Existe toda una baja receptividad de parte de muchos de los actores en relación a la atención primaria, dado que, al menos en nuestro país, muchos médicos, enfermeras, los kinesiólogos, sienten que la atención primaria no ha sido fundamentalmente bien reconocida en sus quehaceres primarios y eso hace de que los profesionales que trabajan en la comunidad con atención primaria son profesionales de segunda (...) yo creo que un punto fundamental tiene que ver con la valoración que se les da a los profesionales en la atención primaria, el reconocimiento de esos profesionales, en considerar que la atención primaria es una especialidad, no es un pasar para estar aquí porque tienen mejores expectativas económicas (...) No existen incentivos desde las universidades al desempeño de los servicios de salud a nivel primario para formar otro tipo de profesionales que estén más capacitados en atención primaria".* (Institución Formadora).

*"Entonces, si nosotros pensamos, y nos sentamos a ver, no quiero decirte que queremos ser como los países nórdicos porque estamos lejísimos de una maduración de ese tipo; pero por lo menos nos sentemos a decir, bueno: muchachos, ¿cómo queremos el sistema de salud? ¿quién lo va a financiar? y de acuerdo a eso hagamos las leyes de carrera que necesitamos para ingresar a este sector, y que vamos a tener cierta estabilidad cuando uno va*

*cumpliendo objetivos dentro del sistema, y que va a ayudar a que uno se sienta comprometido y que el médico se sienta comprometido con la sociedad en la que está, si somos parte de esa sociedad. Y no que nuestro trabajo es simplemente darlo como una situación de beneficencia, cuando no es así. Es un trabajo que realmente vale, que tiene su valor intelectual y tiene que ser valorado justamente por los políticos. Porque si los políticos no valoran eso, seguimos como era en la época de Aristóteles donde prácticamente los médicos eran esclavos. Entonces no hemos cambiado la óptica”* (Organización de trabajadores).

Asimismo, otro entrevistado sostiene que la falta de reconocimiento al modelo y a los trabajadores de APS es una problemática directamente ligada a una **estructura de formación que no supo adecuarse eficazmente a los nuevos desafíos que supone asumir la APS como modelo de atención**. Esta situación produce una serie de contradicciones entre los profesionales que se forman efectivamente y las demandas sociales de salud del país.

*“Las universidades han venido formando doctores en medicina a nivel hospitalario. Entonces cuando se ha querido distribuir al médico general en las áreas comunitarias se les critica el hecho de que no están capacitados para responder a las necesidades del sistema”* (Institución prestadora de servicios).

### **a.3.) Escasas conexiones entre los ministerios de salud y educación, en tanto instancias estatales clave**

La falta de un diálogo sólido y continuo entre actores para la formulación e implementación de políticas de RHS es también explicada como resultado de un **Estado que no ejerce su rectoría en la temática**. Según algunos entrevistados, uno de los indicadores que explicarían esta deficiencia estatal es la escasa conexión/vinculación existente entre los ministerios de educación y salud, en tanto instancias estratégicas para promover el diálogo entre múltiples actores sin el cual no es posible generar políticas de RHS adecuadas a las necesidades de la población.

*(...) un Estado muy separado de la función de lo que es recursos humanos en salud dependientes del ministerio de salud pública, con los entes promotores, que dependen del ministerio de educación. Ha costado muchísimo articular en estos aspectos a ambos ministerios, poder articular estas áreas de trabajo que permitan poder tener orientación entre el ministerio de salud en la formación de los profesionales. (...) Entonces, desde ese punto de vista tampoco existe una implicación precisa respecto a una orientación que pueda dar el ministerio de educación en el sentido de formación de los profesionales del área de la salud hacia lo que el país necesita”* (Institución Formadora).

En suma, la **falta de concertación real para la planificación en materia de RHS** es explicada por los referentes como consecuencia de varios factores que, en mayor o menor medida, operan en los países relevados de manera concomitante, a saber: la configuración de espacios decisorios mayoritariamente centralizados y excluyentes que socavan la participación real y efectiva de actores estratégicos en el campo de la salud; los procesos de toma de decisiones vinculados a RHS se orientan por una programación focalizada más que por una planificación estratégica; la sostenida falta de reconocimiento, tanto económico como social, hacia el modelo y los profesionales de la salud dedicados a la APS; las escasas vinculaciones entre los ministerios de salud y educación de los países, en tanto instancias estatales estratégicas para promover y dinamizar la concertación entre actores para la planificación de RHS.

## **b) Rectoría del Estado**

Otro de los obstáculos o limitantes para la planificación identificados por los entrevistados en sus países se vincula con una cierta **falta de decisión política que oriente la toma de decisiones e intervenciones**.

*“Me parece que todavía falta un poco más tener en claro cuál es el rol rector que tiene el Estado, en términos de definir más claramente las políticas, o cómo sostener políticas más claras, digamos, de incorporación y distribución de recursos. O sea, a este avance de voces integrales y de una mirada integral, creo que la recuperación de la rectoría del Estado es importante”* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades Científicas).

Esta carencia es señalada como un componente estructural que se replica, con sus particularidades, en otras áreas del tejido social. En el caso particular del campo de la salud, una de las consecuencias más evidentes y significativas de la falta de decisión/voluntad política por parte de actores clave es que **impide observar, detectar, identificar y dimensionar las necesidades de la población**, en tanto insumos básicos de cualquier planificación.

*“Si a la gente uno le pregunta, también, muchos te van a decir: queremos el tomógrafo acá. ¿me entiendes? El tema es cuando hay políticas, si hay una política bien estructurada de salud se ve la necesidad que es tan importante del médico (...) porque yo veo que nos está faltando mucho debatir qué nos pasa en el sector salud y en el sector político para que realmente sea una política de salud y el recurso humano sea tenido en cuenta para que esa carencia de médicos y de enfermeras que hace tanta falta a la gente que está más alejada de los centros y todavía no les llega, no les llega y está en la planificación. Porque yo no lo veo, o por lo menos, no noto que haya una planificación del recurso humano para la dotación de esos lugares”* (Organización de trabajadores).

En esa misma línea, y vinculando las deficiencias observadas en la planificación de RHS con el posicionamiento y prácticas concretas del Estado, otro entrevistado reconoce deficiencias en el rol "planificador" asumido por el ministerio de salud. al señalar que es precisamente **el desconocimiento de las consecuencias que supone la falta de planificación** un factor que contribuye a que en la práctica no se lo haga realmente.

*“Si nosotros tuviéramos una planificación más clara de la multiplicidad de consecuencias que tiene la no planificación o una mala planificación, el problema sería abordado más integralmente por todas las áreas del Ministerio de Salud”* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades Científicas).

Específicamente, el entrevistado sostiene que la planificación atraviesa todas las necesidades del sistema, y por ello es menester que entre los actores involucrados en el campo **se re-signifique y valore la importancia que reviste la planificación** en términos de la direccionalidad del modelo de salud.

*“Yo creo que una de las dificultades es que no hay un conocimiento real de la importancia que tiene, o una valoración -más que un conocimiento, una valoración- de la importancia que tiene la planificación de los recursos al interior del sistema. Yo veo que lo toman como un componente más de las cuestiones que se ponen en juego, las económicas, las edilicias, las que tienen que ver con la cuestión coyuntural de los reclamos de la comunidad, o de los reclamos de las instituciones al Estado, y que la planificación de recursos humanos atraviesa todas esas necesidades”* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades Científicas).

Otra opinión, sostiene que **las políticas de RHS están sujetas al “timing” de los recambios gubernamentales**. Esta situación socava cualquier pretensión de planificación continuada y sistemática, afectando directamente a los profesionales tanto en lo que respecta a su trayectoria profesional como en su situación personal:

*“Que las políticas al no ser permanentes... yo cuando empecé sí había una política de recursos humanos que era interesante; (...) porque se les pagaba bien, había estímulo para los médicos tanto económico como de formación, no se los abandonaba. Cuando yo vi que todo esto se iba perdiendo porque los gobiernos van cambiando y asientan las prioridades*

*en otro lado, entonces dije: no, no me voy a quedar. Cuando me comparo con los que quedaron en esa situación, los veo después de treinta años y me encuentro con muchos de ellos, algunos sí hicieron después también una especialidad como yo, pero la mitad se quedó. Y se quedó pensando en que algún día iba a cambiar, iba a mejorar y yo digo que el sistema los abandonó, porque no solamente los abandonó como profesionales sino que han perdido la familia, o están con problemas de adicciones, o están con problemas psiquiátricos de frustraciones tan grandes que su familia migró y se les fue. Y porque no tuvieron el apoyo que le tendrían que haber dado para que ese profesional se quede" (Organización de trabajadores).*

Sosteniendo una mirada crítica sobre el rol del Estado en la planificación de RHS, un referente afirma enfáticamente que en su país no existe planificación sino una programación focalizada en ciertas problemáticas emergentes. Según la opinión de este entrevistado, el Estado es un "testigo de piedra" en la materia, pues los cursos de acción emprendidos a nivel local –en especial en lo que refiere a formación, dotación y distribución de especialistas– son encabezados por los gremios, quienes toman decisiones en función de intereses particulares. Esta **sectorialización de las decisiones e intervenciones develarían la creciente mercantilización de la salud en el país, así como la falta de rectoría del Estado** para administrar estos procesos y revertir sus consecuencias sociales.

*"(...) Estado delegó en los gremios esto, y así como se dice que hay una planificación de recursos humanos, que no es cierta porque no existe; porque cómo es posible que tengamos crisis de anestesistas, por ejemplo, a lo largo de muchísimos años y todavía no la hemos podido controlar. Eso quiere decir que son los gremios los que deciden y abren cupos para formar profesionales y los cierran cuando así sus intereses lo demandan. Y el Estado es un simple testigo de piedra en este juego de intereses donde lo que prima son intereses particulares sobre los generales. Yo creo que es lo mismo que hemos estado hablando, no sólo en el campo de los recursos humanos sino en cualquier otro, donde es el mercado el que ha venido infiltrándose en la toma de decisiones, en forma solapada, como es en este país, que no se quiere reconocer" (Ministerio de Salud).*

En síntesis, varios entrevistados incluidos en este grupo analítico sostienen que en sus respectivos países la escasa o nula planificación en materia de RHS responde en gran medida a la **falta de rectoría del Estado**, en sus distintos niveles e instancias. Esta "ausencia", expresada en algunos casos como una falta de decisión/voluntad política capaz de orientar la toma de decisiones e intervenciones en el campo de RHS, impide observar, detectar, identificar y dimensionar las necesidades de salud de la población. Asimismo, desde esta clave de lectura crítica, varios referentes afirman que las políticas de RHS están sujetas al "timing" de los recambios gubernamentales y que existe un fuerte desconocimiento de las consecuencias que supone intervenir en el campo de la salud sin planificar. En paralelo, tal diagnóstico reconoce la urgencia de que el Estado asuma su rol rector en la materia, revalorizando la importancia de cursos de acción sujetos a una planificación centrada en las necesidades sociales.

### **c) Modelo de atención**

Los referentes reconocen que el campo de RHS refracta de manera ostensible las problemáticas que se suceden y acumulan en el sistema de salud de los países. De allí que reconozcan que avanzar en el diagnóstico, análisis y "corrección" de las inconsistencias e incongruencias observables en el ámbito de RHS sea una manera, aunque no exclusiva ni excluyente, de ingresar al "corazón" mismo del sistema de salud y sus contradicciones. Ante este posicionamiento, que enfatiza la importancia política y operativa de adecuar los RHS a las necesidades de la población, la evaluación del modelo de salud, en sus vinculaciones con la planificación de RHS, es una problemática que surge en forma reiterada a lo largo de las entrevistas.

En este sentido, uno de los referentes asegura que existe un **"divorcio absoluto" entre el modelo de atención y la formación de RHS**. Este desencuentro evidentemente incide en el desempeño laboral de los profesionales, pero también repercute –cuantitativa y cualitativamente– sobre la cobertura de las necesidades de salud de la población.

*"Se habla mucho del modelo de atención y pareciera que, a pesar de que se habla, es poco lo que se ha avanzado en una definición clara y evidente, y es un alineamiento común en todos los campos de la planificación. En el campo de los recursos humanos esto se hace mucho más evidente, donde hay un divorcio absoluto entre lo que es la formación de recursos humanos y el modelo de atención que supuestamente se está desarrollando en el país. Entonces uno se pregunta cómo es que este tema que es de vital importancia para el desarrollo humano e integral de atención, basado en atención primaria, en redes de atención, etc., no sea el eje en el cual se reflexione y se enmarque el desarrollo de recursos humanos. Esa es una de las contradicciones más grandes que uno puede encontrar"* (Ministerio de Salud).

Por su parte, según otras opiniones, la **planificación de RHS es vital para la transformación, el mejoramiento y el sostenimiento del modelo de atención esperable/deseable en un país en un momento dado**.

*"(...) pensar un modelo de atención es pensar la postura ética, filosófica, política frente a lo que uno interpreta como modelo de salud, eso se expresa en el modelo de atención. Qué, digamos, cómo transformamos o cómo sostenemos el modelo de atención y que la planificación de recursos para esto es fundamental. Atraviesa todos los problemas. No es que solamente, bueno, acá nos falta un médico, ponemos un médico y listo, se resolvió el tema. Esta me parece que es la visión más restringida que se tiene, en términos de que solo con poner una persona más a trabajar en un determinado lugar a que haga lo que pueda o lo que sabe es suficiente"* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades Científicas).

Más allá de este "ideal" que articula el modelo de atención con la planificación de las intervenciones en materia de recursos humanos, un entrevistado afirma que frente a la falta de una real y efectiva concertación de actores –evidente en varios de los países relevados en esta Consulta– **el modelo de atención orientado a la APS en su país sólo ha sido definido "en los papeles"**. Es decir, se trata de un modelo o esbozo teórico cuyas "resonancias" en las prácticas efectivas de los trabajadores, especialmente en los del tercer nivel, todavía no pueden observarse con claridad.

*"Yo pertenezco a un nivel de atención que es el tercer nivel; es que nunca se nos participaron las políticas. O sea, los grandes pronunciamientos, sí, pero nunca dentro del plan estratégico. En el hospital nunca se alineó la visión y la misión del hospital, y la visión y la misión del ministerio, por ejemplo. Y por lo tanto nunca hubo una coherencia en cuanto a qué debíamos hacer nosotros para responder a las necesidades del nuevo modelo de atención. El nuevo modelo de atención, que tenía que estar centrado en la APS, no fue comunicado de una forma práctica, por decir así, se dijeran cuáles eran las líneas a seguir, si no que simplemente lo que se hizo fue hacer una distribución del presupuesto, dándole más presupuesto al área de la atención primaria, y dejando la atención secundaria y terciaria bastante descubierta en los primeros dos años"* (Institución prestadora de servicios).

Tal como se desprende de la cita anterior, el entrevistado menciona la **falta de comunicación entre el ministerio de salud y los niveles de atención**. Refiere que una vez establecido el nuevo modelo de atención, la respuesta estatal consistió en ejecutar mayor presupuesto destinado al primer nivel, desatendiendo los otros niveles. Más allá de lo anecdótico y particular de la situación narrada por el referente, lo significativo es que la **aplicación del nuevo modelo de atención pareciera haberse restringido a la distribución de recursos económicos, sin incluir procesos de diálogo y comunicación**

**entre actores estratégicos.** De allí que para algún entrevistado no pueda hablarse ni sostenerse la existencia de un plan estratégico en materia de RHS orientados a la APS.

En esta línea, otras opiniones establecen una conexión entre el modelo de atención y la administración de RHS que, lejos de estar precedida por una definición político-estratégica orientada por el enfoque de APS, tendería a “resolverse” echando mano a los recursos disponibles, sin ninguna direccionalidad.

*"Hoy lo que uno ve es que el modelo de atención no es lo que condiciona la cuestión administrativa en función de la necesidad o de la evaluación de la necesidad de los recursos adecuados, y en calidad y en cantidad para sostener un determinado modelo, sino a la inversa; se trata de adaptar y de hacer sobrevivir el modelo de atención con lo que uno tiene. Es verdad que tampoco se puede pensar un modelo en situación abstracta y decir, bueno, "lo ideal para tener es esto", y hasta que yo lo tengo no empiezo. Pero, a veces, lo que cuesta ver es este sentido de direccionalidad, que si bien podemos tener estas dificultades hoy, el sentido de la dirección, hacia dónde vamos, quede claro que cada una de las medidas que tomamos aporta hacia esa dirección"* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades Científicas).

Esta idea narrada por el entrevistado de hacer "sobrevivir" el modelo de atención con los recursos disponibles, por naturaleza escasos y definidos para otro modelo, reafirmaría la falta de direccionalidad política que suele preceder y presidir la formulación e implementación de políticas de RHS en algunos países.

En suma, una de las problemáticas que atravesaría la planificación de RHS es su “desarticulación” respecto del modelo de atención. Desarticulación que, según las opiniones manifestadas por los entrevistados incluidos en este grupo, adquiriría distintos sentidos y tendría diferentes consecuencias. Por un lado, algunos referentes señalan la **casi total desarticulación entre el modelo de atención y la formación de RHS**. Esta situación incide directa o indirectamente en el desempeño laboral de los profesionales, así como en las posibilidades de identificar y abordar las necesidades sociales. Por otro lado, aunque muchos entrevistados reconocen la importancia política y operativa que supone **la articulación del modelo de atención con la planificación de RHS, este maridaje suele ser un bien escaso en el escenario regional**. En efecto, la mayoría de las opiniones recolectadas refieren la existencia de “debilidades” estructurales (falta de concertación entre actores, carencia de mecanismos de comunicación, ausencia del papel rector del Estado, escasez de recursos económicos, etc.) que socavan las posibilidades para la aplicación de un modelo de atención orientado a cubrir las necesidades de salud de la población.

## 4.2. Dotación y distribución de Recursos Humanos en Salud

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

En tal sentido, en lo que sigue se presenta el análisis de esta problemática a partir de categorías emergentes de las entrevistas en profundidad. Con fines argumentativos, y en orden a clarificar la exposición de una temática de por sí compleja, se expone la cuestión a partir de cinco sub-dimensiones detectadas durante el análisis cualitativo de las opiniones de los referentes consultados.

#### 4.2.1. Dotación y brechas

La dotación de RHS constituye la cantidad de personas que dispone una sociedad para atender las necesidades de salud de sus miembros. Está configurada no sólo por aquellos que atraviesan procesos de formación específicos, en cualquiera de los niveles, sino también por todos los que se insertan en el mercado laboral bajo distintas modalidades. Esta disponibilidad debe ser dimensionada, al tiempo que su estructura debe ser objeto de planificación.

Atendiendo a esta cuestión, algunos entrevistados plantean que no considerar esta situación **instala un problema de brechas**. En este sentido, las opiniones tienden a distinguir dos situaciones concretas: por un lado, se menciona la necesidad de subsanar las brechas, especialmente cuando esta situación se ha vuelto “crítica” en términos cuantitativos y cualitativos; por otro lado, algunos entrevistados afirman la importancia de revisar los criterios para la determinación de esas brechas.

*“Todavía el tema de la dotación está complicado porque las brechas son inmensas; estamos en una brecha de quince mil médicos aún. Ese gran tema todavía no se ha abordado”* (Otros actores).

*“En los recursos humanos esto se hace evidente cuando, por ejemplo, de repente nos despertamos y aparece la crisis de que no existen profesionales en tal lugar, o de tal clase, y que no están ubicados cuando sabemos todos que en recursos humanos si no hay una planificación a mediano y largo plazo es imposible poder ordenar la oferta en los servicios”* (Ministerio de Salud).

*“La discusión que tenemos sobre todo con (...) enfermería es, bueno, hay un déficit de licenciadas. Ese déficit es real. Lo que no estoy de acuerdo es que se tenga que decir que debe haber una licenciada cada un médico. Si no estamos diciendo que tenemos cuarenta y ocho médicos cada diez mil habitantes, en cierta medida, no es la palabra tampoco exceso de médicos, ¿queremos tener diecisiete mil licenciadas en [èl país]? ¿Queremos tener una dotación de casi cincuenta licenciadas cada diez mil habitantes? Es ese el razonamiento que a veces también es difícil de llevarlo a la tierra.”* (Ministerio de Salud).

Tanto en la etapa cuantitativa como en la cualitativa de esta Consulta, cuando se observa la dotación de recursos humanos, la mayoría de las voces coincide en señalar que en los diferentes países **el déficit en la dotación de enfermería es mayor que el de medicina**. En las entrevistas se destacó nuevamente la importancia de esta categoría profesional en el equipo de salud y su capacidad histórica, por el carácter específico de su formación, de acercarse más a las comunidades y de radicarse en zonas desatendidas.

*“Tenemos hoy el tema de que las enfermeras han perdido espacio, han perdido protagonismo. Y uno de los objetivos es ese: es decir, cómo hacer que nuevamente las enfermeras recuperen esos espacios profesionales, los ámbitos de ejercicio profesional que realmente son importantes para llegar a más gente, para llegar con más calidad y probablemente con mayor capacidad resolutive de unos equipos de salud”* (Ministerio de Salud)

*“El personal de enfermería le da otro nivel de actuación y eleva las competencias de la entrega de los servicios muy por encima de lo que hace el médico general. Tal vez también por su propia formación en enfermería se ha cuidado de tener una formación muy integral, mucho más consciente de las necesidades de la gente y más apegada a la entrega de los servicios. Y, obviamente, que el que no esté enfermería dando las labores que usualmente daba, como eran todas las labores de atención prenatal, de planificación familiar, atención integral del adolescente, crecimiento y desarrollo del niño y de la niña, etcétera. Eran actividades que caían en enfermería y que ellas*

*desarrollaban con gran certeza y con una mirada muy integrada. Y que nos duele en el alma que en este momento todavía no contemos con esa mirada experta de enfermería en un modelo que dice que es integral, pero al cual llegan nuestros queridos colegas médicos y médicas, y no tienen ni idea cómo se ofrece esa integralidad” (Ministerio de Salud)*

#### **4.2.2. Articulación entre formación y empleo**

La idea de que la **dotación de RHS** resulta de una **conjugación de dos procesos –el de formación y el de empleo–** es ostensible en las opiniones de varios entrevistados. Los modos de vinculación entre estas dos instancias, así como la diversidad de actores sociales que participan en la definición de estos recorridos, pueden variar. Las falencias de esa articulación son percibidas por los referentes como las causantes de los problemas que se registran en la dotación de profesionales de la salud.

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

*“Las universidades van a fabricar profesionales que les resulte más rentables. Pero el Estado y el sistema de salud necesita otros” (Otros actores).*

*“La falta de control sobre las denominaciones y los contenidos de los programas ha llevado a que se presenten, a que se creen, incluso, y a que se fortalezcan muchas áreas de desempeño del trabajador en salud que no se han validado como necesidad para el país. Doy un ejemplo: el tema de la gerontología, como profesión o como especialidad, de acuerdo a un análisis que hicimos hace unos años, no debería existir en [el país]. Es decir, la gerontología sería transversal a todas las profesiones de salud, no existir una específica llamada gerontología. Sin embargo, hay facultades de universidades del país que toman gerontólogos, y los forman para el desempleo y los forman más mirando el mercado educativo no el mercado de la salud, no las necesidades de la salud” (Ministerio de Educación).*

*“Nuestra carrera de enfermería dura cuatro semestres, el [institución reguladora] determinó cinco semestres, nueve semestres, nos aumentó uno. Y para toda esa aprobación de las carreras todas las universidades tienen que presentar la pertinencia de las carreras, y el mercado laboral. Entonces, eso ha obligado a que las universidades nos acerquemos mucho más a las instituciones prestadoras para conversar, para obtener información. Ya no solamente en el sentido anterior en el cual nosotros usábamos los servicios para las prácticas de los estudiantes”. (Institución formadora).*

#### **4.2.3. Condiciones laborales y sistema de salud como determinantes de la dotación**

De acuerdo con las opiniones de los entrevistados, el **mercado de trabajo es uno de los aspectos** fundamentales a considerar en el análisis de **la dotación y la distribución de RHS**, ya que el nivel de remuneraciones y las condiciones laborales influyen decisivamente en la elección de las especialidades por las que optarán los egresados.

En este sentido, tal como se observó en otras etapas de esta investigación, la combinación de remuneración y oportunidades de inserción laboral constituye una cuestión fundamental ya que, de acuerdo con las formas que asume puede derivar en dos situaciones concretas:

déficit en las especialidades menos rentables –como la de médicos generalistas o médicos de familia–, o superpoblación de profesionales en las especialidades del tercer nivel.

Las condiciones laborales desfavorables que desalientan la formación en ciertas especialidades, también **aparecen asociadas** por algunos entrevistados con la **ausencia de una carrera sanitaria** adecuadamente legislada y con reglas precisas.

*“El problema está en las diferencias salariales que a veces se da entre [la capital] y el interior. O, justamente, entre el sector público y el privado”* (Ministerio de Salud).

*“Pero sí ha habido un esfuerzo de dotar de más personal. El problema es que como no hay dinero, se está mandando en malas condiciones, bien malas, a las personas a las áreas fuera de las áreas urbanas. Lo que hace que haya un sacrificio de una persona que estudió ocho, nueve años para ser pagado menos de ochocientos dólares y que tiene que pagar pasaje, vivienda y dejar a su familia para irse a vivir lejos de las áreas urbanas”* (Institución prestadora de servicios).

*“(...) en algún momento, y yo estuve incluso con alguna gente de la OPS, en donde yo veía lo que era después de la Declaración de Toronto en donde se habló sobre la parte de recursos humanos y la ley de carrera sanitaria, yo veía la importancia y desde mis puntos donde anduve siempre estuve promoviendo que era muy importante el tema de la carrera sanitaria. Ese es un punto fundamental, creo yo, y que tendría que ser prácticamente así como un sistema de salud universal, tendría que tener una carrera sanitaria universal, también. Cosa de que cada uno sepa cómo puede ir ascendiendo en el sistema de salud, cómo uno puede ir creciendo de acuerdo a su compromiso, a su preparación, a cómo uno va acumulando puntaje, llamémosle así, para mejorar la situación. (...) Es como que salimos de la facultad y vamos expulsados a ver o una especialidad o directamente a tratar de armar como cada uno puede su propia profesión”* (Organización de trabajadores).

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

*“Entonces, se abren facultades de medicina, se abren facultades de enfermería, como si se tratase de centros comerciales. Cada día hay más oferta pero esta oferta no tiene ninguna relación con la demanda. Ese es el problema. Y el Estado no tiene los mecanismos legales para orientarlo. Puede tener voluntad, quizás, puede haber algún tipo de espacio de negociación, sobre todo en el resindentado, hay ahí las plazas, hay un comité que de alguna manera trata de distribuir un poco. Pero es una negociación dura en este tema del resindentado, ya la carrera está hecha. Entonces aquí nos enfrentamos con limitaciones y fechas en la gestión del país en las cuales faltan especialistas”* (Otros actores).

*“Hoy tenemos tantos financiadores en la salud, tantos subsistemas dentro del sector, que nadie se compromete con nadie. Nadie sabe cómo va a seguir trabajando el año subsiguiente y en qué sistema va a caber o va a mejorar a lo mejor su situación”* (Organización de trabajadores).

*“El problema, sabes cuál es, es que aquí tenemos un sistema fragmentado y segmentado (...) ese doble sistema público también influye en la dotación”* (Otros actores).

*“(...) juega mucho el rol, digamos, no el rol sino la cuestión federal en nuestro sistema, en el cual, realmente, uno cambia de provincia y cambia de modelo, cambia de*

sistema. Y la adaptación que tiene que hacer el trabajador, cualquiera sea su profesión o su especialidad, al mercado de trabajo es fenomenal. Entonces, como vos decías, la influencia que tiene el mercado, tanto educativo como la oferta de capacitación, como el laboral, es impresionante. Y uno ve equipos formados en el mismo lugar, han hecho la facultad juntos, se han recibido en la misma facultad y han tenido compañeros de residencia que después por motivos laborales se radican en provincias diferentes y su trabajo, no digo que sea diametralmente opuesto, porque tampoco llega a ese punto, pero sí con diferencias marcadas entre cómo se ejerce la práctica en un lugar y en otro” (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).

#### 4.2.4. Redistribución de RHS en zonas desatendidas

La **necesidad de considerar las zonas desatendidas** es otro de los temas que ha emergido como preocupación de los referentes consultados en las dos etapas de esta investigación.

La distribución de RHS requiere, de acuerdo con los entrevistados, condiciones laborales en un sentido amplio. No sólo se trata de ofrecer **incentivos económicos** para el desarrollo profesional en zonas distantes o vulnerables, sino también de brindar, por un lado, **acompañamiento institucional** a través de la infraestructura y el equipamiento adecuado y, por el otro, apoyo **personal**, dado que, para quienes decidan un traslado o elijan ese camino, el desempeño en esas áreas supone cambios familiares importantes.

*(...) el sistema los abandonó, porque no solamente los abandonó como profesionales sino que han perdido la familia, o están con problemas de adicciones, o están con problemas psiquiátricos de frustraciones tan grandes que su familia migró y se les fue. Y porque no tuvieron el apoyo que le tendrían que haber dado para que ese profesional se quede” (Organización de trabajadores). CORONEL*

Según algunos relatos, uno de los componentes fundamentales que orientan la decisión de ejercer la práctica lejos de los centros urbanos es la **valoración social de los profesionales**. De acuerdo con algunas de las voces consultadas, el tema de la **distribución constituye una tensión entre el centro y la periferia**. Los centros, ofrecen mayores oportunidades de formación, ingresos y consumo, mientras que las periferias son percibidas como entornos inhóspitos, faltos de contención y sin la concreta presencia del Estado.

*“El estímulo generalmente el único es el económico, y cada vez es mayor la sociedad de consumo en la que estamos, y esa tendencia se ve reflejada en que nadie quiere alejarse de los centros. (...) De hecho, no tenemos la cantidad de médicos de familia o médicos generalistas que es realmente lo que necesita el país, que se animen a salir de las instituciones. Es decir, en eso cuesta un poco más, ¿no? Y yo veo que hay mucha dificultad en esa formación del médico joven, que no sean las especialidades tradicionales” (Organización de trabajadores).*

*“(...) uno ve que los médicos nos seguimos concentrando en las grandes urbes, en los grandes lugares, la mayoría trata de quedarse en los lugares donde hicieron su formación, y no se atreven... Hay, aparte, circunstancias que yo noto también, que la gente no se anima, una porque no se siente a veces capacitada para ir solo en un lugar de atención primaria y alejado de todo centro, cómo se tienen que enfrentar con toda una situación de salud de una población. Después, el tema de los juicios de mala praxis, que esto también lo ha acobardado mucho a los profesionales como para salir de las instituciones, cuando hace veinte años atrás hablábamos de que había que demoler las paredes de los hospitales y teníamos que salir todos a hacer salud afuera de los hospitales. Entonces, todas estas cuestiones a mí me llevan todavía a reflexionar y pensar qué nos pasa que no lo debatimos esto o que no analizamos y hacemos el diagnóstico para hacer el mejor tratamiento para solucionar estos problemas de recursos humanos” (Colegios/Asociaciones profesionales / Sociedades científicas).*

En este sentido, **una de las alternativas** que plantean algunos entrevistados para lograr una mejor distribución es **descentralizar la formación y crear instituciones educativas en zonas desatendidas**.

*“De los análisis que hemos hecho desde la división, nos dimos cuenta de que una forma de redistribuir la fuerza de trabajo es descentralizar la educación” (Ministerio de Salud)*

Asumiendo un punto de vista diverso, pero representativo de otras miradas posibles sobre la cuestión, uno de los entrevistados señala con claridad que la anterior no es una solución. En su opinión, la experiencia indica que, una vez formados, y ante las menores posibilidades de inserción laboral y de desarrollo profesional, los egresados optan por radicarse en centros que ofrezcan mayores y mejores oportunidades

*“(…) la problemática de tener o no una facultad de medicina, que empezó este año en [ciudad], y cuál sería la real necesidad. Y yo les daba el ejemplo de las universidades o las facultades de medicina que se han generado en el país, no tienen solucionado el problema, porque el argumento era "con esto vamos a tener solucionado el problema de recurso humano en el interior". Y yo les digo: señores, están equivocados si piensan que poner una universidad es eso (...) Pero más allá de eso, no les ha solucionado la facultad (...). Uno se va a [nombre ciudad] que es chiquitito, y se va a un pueblo alejado y hay pueblos que no tienen médico. Entonces, bueno, yo creo que es una visión, que se hacen cosas, que se quieren hacer cosas por estrategias políticas pero no por estrategias reales de necesidad de la gente y de recursos humanos” (Organización de trabajadores).*

Por su parte, la “resistencia” a ejercer la práctica en áreas caracterizadas por la violencia, que puede poner en riesgo la integridad de los habitantes y de los profesionales, es mencionada como otra de las dificultades para redistribución de RHS.

*“Se ha venido discutiendo hace muchísimos años que [una zona del país] es una zona que además de tener pobreza ahora está siendo invadida por el narcotráfico. Y los profesionales de la salud alegan peligrosidad en esas zonas para no denegar o negarse a ir a trabajar allí. Esto ha llegado a crisis de tal sentido que el gobierno ha estado pensando en la importación de profesionales de la salud especialistas en áreas tan sencillas, especialidades básicas como pediatría, neonatología, ortopedia, para poder trabajar en estas zonas”. (Ministerio de Salud)*

#### **4.2.5. La problemática de las migraciones**

La **migración de RHS** hacia otros países constituye otro de los temas a considerar cuando se analiza la dotación de profesionales. Muchos de los entrevistados indican que las **mejores condiciones laborales son el principal atractivo para los profesionales** que, formados en su país, eligen desarrollarse profesionalmente en otro.

*“Con el agravante de que, no sé cómo es en otros países, pero aquí la formación de la especialidad la financia el Estado. Y el médico que termina su especialidad no tiene ninguna obligación de devolver eso al sistema (...) Entonces el médico termina y se puede ir a, sobre todo a España se van, o a Italia. Entonces, asumimos un costo” (Otros actores).*

*“Aquí en este país tenemos migración de recursos humanos en salud, especialmente de personal de enfermería, que es un personal que en el modelo de atención que el Estado está desarrollando a nivel de primer nivel de atención es un recurso que no se tomó en cuenta, alegando que el recurso de enfermería era igual de caro que el médico y que no le daba un valor agregado a la oferta de servicios en el primer nivel. Esto ha sido catastrófico” (Ministerio de Salud).*

También se reconoce que las migraciones son una **dimensión, podría decirse, casi estructural de nuestras sociedades**, pues atraviesa todos los sectores, no sólo el de la salud. La **necesidad de una mayor rectoría del Estado** en este campo – expresada en el establecimiento de requisitos para retribuir a la sociedad que financió la formación de estos profesionales o en la implementación de políticas específicas para revertir la tendencia– también se pone de manifiesto en el discurso de los entrevistados.

*“La migración es un fenómeno mundial, universal, histórico que no se puede detener. Y en el caso de los países de nuestras regiones, pues, simplemente tenemos unas desventajas estructurales también históricas y es que, de alguna manera, resulta muchísimo más atractivo para cualquier persona, independientemente de su profesión, tener la posibilidad de ir a vivir y trabajar en Europa y en Norteamérica frente a lo que ofrece nuestro país (...) Acuérdate que era un viejo anhelo de los países en desarrollo que se abrieran las fronteras para nuestros nacionales. Solamente que se están abriendo de manera selectiva: se le abren a los médicos que ellos necesitan, a las enfermeras que ellos necesitan. Pero a los demás, no. Pero de alguna manera de tener un médico, una enfermera acá, negarle la posibilidad de, digamos, de irse a mejorar sus condiciones de vida. Es muy complicado, yo lo veo muy complicado” (Ministerio de Salud).*

En algunos casos se mencionan **experiencias exitosas que lograron revertir el déficit de dotación por migración a partir de incentivos económicos y de condiciones laborales favorables al desempeño asistencial y docente simultáneo.**

*“Mira, nosotras con [una colega] hicimos un estudio sobre este aspecto de la migración. Interesante porque rescatamos algunos informes de algunas enfermeras que regresaron, algunos profesionales de la salud que regresaron. Bueno, hubo una partida masiva a partir de nuestra crisis (...), hubo una partida masiva de profesionales de la salud y de otras personas que buscaron mejorar sus condiciones de vida. La migración realmente ha cambiado un poco ese salir de las personas para regresar porque hay un programa que tiene el ministerio, el nombre no lo recuerdo. Entonces eso lo que ha hecho es poner políticas y también hacer acciones para que las personas que quieren regresar, regresen. (...) Tiempo completo en la parte asistencial, medio tiempo en la parte universitaria. Esto no se había dado, es la primera vez que se da. Y creo que esa intervención del Estado también ha permitido dar esos procesos. No te puedo decir si está bien, si está mal. Creemos que podría ser muy importante (...) Pero sí tenemos muchas creaciones de empleo. Se los digo a mis estudiantes, ellas terminan e inmediatamente pueden conseguir trabajo. Algo que no ocurría hace años. Se necesitaban médicos, enfermeras, en las instituciones, pero al no crearse las vacantes, no había cómo trabajar” (Institución formadora).*

En suma, los entrevistados dan cuenta de la **necesidad de una regulación por parte del Estado**, en tanto actor capaz de arbitrar, desde una perspectiva de políticas públicas, **la orientación de la estructura de la dotación de profesionales y su distribución por áreas y especialidades, de modo de mejorar la atención de las necesidades de salud de la población.** En este sentido, el sistema de salud se presenta como el marco en el que se deben inscribir las acciones que permitan contar con una dotación y distribución del personal acorde.

Asimismo, las **características del sistema de salud y el número de médicos y enfermeras que requiere se presenta como un territorio de discusiones**, que no se rige por una pauta concisa y clara a la que linealmente adhieren todos los actores involucrados en el proceso. Se reafirma la importancia de **regulaciones** que permitan adecuar los RHS a las necesidades reales del modelo de atención.

Por otro lado, pero en conexión con lo anterior, entre los entrevistados existe un **claro posicionamiento en defensa del modelo de atención orientado hacia la APS**. Y lo asumen como **un espacio de tensiones, de articulación de actores**, que requiere transitar por procesos de **debate público para lograr los acuerdos**.

Por su parte, varias voces aluden a procesos sociales, culturales e históricos que trascienden los contextos locales para dar una explicación más acabada de la complejidad que reviste la problemática de la dotación y distribución de RHS en cada país, particularmente en lo que refiere a las migraciones de profesionales.

### **4.3. La formación de RHS**

Tal como se desprende del análisis cualitativo de las preguntas abiertas del formulario aplicado en esta Consulta, la formación de RHS es un aspecto nodal que hace a la complejidad del campo. Tanto en términos de las características de los modelos de formación, de su relación con las necesidades de salud de la población, de la influencia del mercado sobre los planes de estudio y el desempeño laboral de los profesionales, así como el rol rector que se le demanda al Estado.

Durante esta etapa cualitativa los entrevistados fueron consultados sobre la situación de la formación de RHS, en particular las dificultades y avances observados en sus respectivos países. En lo que sigue, se presenta el análisis cualitativo de las opiniones ofrecidas por los referentes a este respecto. Con fines expositivos, la problemática ha sido recortada analíticamente en cuatro sub-dimensiones emergentes de las entrevistas, vinculadas a: el rol del Estado; los modelos de formación y cambios curriculares; la formación de posgrado; los niveles de formación y la fragmentación de los equipos de salud.

#### **4.3.1. El rol del Estado y su capacidad reguladora en la educación**

##### **a. La escasa regulación estatal y sus implicancias**

El **rol de Estado y la mención a su capacidad reguladora de la formación** es uno de los temas que aparece reiteradamente en las opiniones de los entrevistados. En muchos casos se señala que es prácticamente **“inexistente”**, casi siempre en el marco de la pérdida de la capacidad pública para orientar la oferta educativa y enfrentar la presión del mercado. Varias opiniones plantean que el **Estado “ha cedido” en su capacidad de rectoría**, o bien que ha **perdido el control de la formación**. Tales menciones, permitirían pensar que en algún momento la había tenido o que debería asumir esa responsabilidad sobre la educación.

*“En el caso de la regulación del mercado de formación, la intervención, una orientación desde el Estado yo diría que es prácticamente inexistente. Lo que pasa es que (el país), como tú sabes, es uno de los países que más ha desregulado toda su capacidad pública, ¿no? (...) es toda una desregulación y el mercado hace lo que le da la gana, prácticamente. Entonces, se abren facultades de medicina, se abren facultades de enfermería, como si se tratase de centros comerciales” (Otros actores).*

*“Hay otro ejemplo: hay una discusión grande desde hace varios años en el país en el tema de los especialistas en medicina estética o los especialistas en cirugía plástica, o incluso frente a los especialistas en cirugía maxilofacial, por ejemplo. Están creando algo que nosotros llamamos zonas grises en donde hay funciones y competencias que se están disputando entre diferentes profesiones, varias de ellas creadas a partir de intereses académicos, profesionales, de personas que han recibido formación en el exterior en programas que hoy seguramente no son requeridos prioritariamente para el país” (Ministerio de Educación).*

Los relatos anteriores señalan que esta cierta debilidad en los lineamientos para la creación de instituciones formadoras, es una de las consecuencias negativas de la falta de regulación por parte del Estado. Aquí se plantea que cuando **la lógica del mercado orienta el funcionamiento de las universidades, éstas operan como “centros comerciales”, o bien respondiendo a intereses sólo académicos o profesionales.** De hecho, la noción “mercado de formación” es mencionada por algunas voces con una connotación negativa, destacando que cuando el Estado no ejerce su rol regulador, el desarrollo de los programas de las instituciones formadoras no tiene como prioridad la atención de las necesidades sociales.

*“De alguna manera, el Estado como rector, como líder, como intérprete, de alguna manera, de la salud de su población, debe enviar unas señales adecuadas al sistema educativo, justamente, diciéndole: vea, nuestras características en materia de salud, nuestras necesidades en materia de salud de la población nos llevan a pensar que realmente lo que necesitamos en este momento son unos profesionales de la salud que atiendan estas necesidades, que tengan estas competencias. Y eso, como le digo, tratando de combinarlo con otros temas, como por ejemplo, lo de las evaluaciones que aplica el Estado a los egresados de los programas. El Estado ha cedido mucho en su capacidad de rectoría. Hay una autonomía muy alta de las universidades y de los consejos de formación. Pero creo que cuando uno ve cómo realmente se está desarrollando la salud de la población puede generar unos mensajes desde el Estado categóricos hacia las universidades, diciéndoles: vean, nosotros realmente lo que necesitamos para este país son unos perfiles y unas competencias diferentes a los que están formando ustedes. Por ejemplo, nosotros acá estamos pensando hacerlo con la reformulación o el rediseño de los exámenes del Estado que se les hace a los egresados de estos programas, introduciendo, justamente, preguntas que hagan referencias a esos que las autoridades sanitarias se consideran relevantes en los profesionales que salen de estos programas” (Ministerio de Salud).*

De acuerdo con este relato, y en línea con el requerimiento de un Estado con mayor presencia, una de las capacidades evocadas es la de articular la discusión entre los diferentes actores en su rol de “líder” e “intérprete” **capaz de traducir a los ministerios de educación las necesidades de la población.** Es decir que si bien debe haber un diálogo entre los diferentes actores, el **Estado es quien debe arbitrar esta interacción** de modo que las instituciones formadoras articulen con las necesidades sociales y **no sea el mercado educativo**, guiado por una lógica de rentabilidad, **el que determine el perfil de los profesionales, el tipo de especialidades a desarrollar en el país, las características de la oferta de residencias o la cantidad de carreras a crear.**

*“Uno de los principales mecanismos tiene que ser que las universidades que forman profesionales de la salud puedan realmente colaborar para atender la salud. Yo estoy integrando un equipo de trabajo en una de las Escuelas del país para la currícula de medicina enfocados más en atención primaria. Sin embargo, me he encontrado con las dificultades que muchas de las universidades privadas que hay no quieren alinearse con esta orientación en formación hacia la atención primaria” (Institución formadora).*

*“Cada día hay más oferta pero esta oferta no tiene ninguna relación con la demanda. Ése es el problema. Y el Estado no tiene los mecanismos legales para orientarlo (...) Las universidades van a fabricar los profesionales que les resulte más rentables. Pero el Estado y el sistema de salud necesitan otros”. (Otros actores)*

En cuanto a los posgrados y, en particular a las residencias, se señala la búsqueda de “rentabilidad” por parte de las universidades privadas y la **falta de marcos legales para que el Estado ejerza un rol de conducción del tipo de formación que se necesita**, los contenidos de los planes de estudio y las denominaciones de las especialidades. De allí que los entrevistados refieran la **falta de relación entre la**

**oferta educativa y las demandas sociales en salud;** aspecto que en uno de los testimonios se expresa como **“falta de conexión” de la formación con el modelo de atención.**

En efecto, la **fragmentación entre las etapas de la formación** –grado y residencias– se presenta como **otro de los síntomas de la falta de regulación por parte del Estado.** En algunos testimonios, se señala que, para atender las necesidades de salud del país, **no basta que las instituciones formadoras se ajusten a las normas del Ministerio de Educación, ya que no siempre estas normas están articuladas con las prioridades establecidas por el Ministerio de Salud y los restantes actores sociales relevantes de este campo,** lo cual redundará en acciones y ofertas fragmentadas.

*“(...) yo creo que tiene que haber una regulación de la formación en salud. De la formación pública y de la formación privada. Lo público tiene que incrementarse, el número de facultades de ciencias de la salud. O sea, tiene que incrementarse y tiene que haber formación en determinadas regiones del país también (...) el Estado tiene que formar muchísimo más personal, por un lado. Y por otro lado tiene que regular la formación privada. No podemos formar médicos de la forma en que se está haciendo, sin ninguna conexión con el modelo de atención y con las necesidades del país. Entonces, eso es lo que, digamos, está en discusión y que tiene dificultades porque viene todo este fantasma de intervenir en el mercado y cosas por el estilo que no son. Pero en un modelo como este, que tiene mucha fuerza esa hegemonía de mercado, ¿no? Entonces, ese es el reto que creo que hay hoy. El Estado tiene que formar más y tiene que formar en relación a lo que necesita. (...) No se está interviniendo en lo económico, pero sí en la necesidad del sistema: qué se necesita. Y ahí nos ponemos de acuerdo” (Otros actores).*

*“(...) cada facultad de medicina puede crear el programa con el nombre que considere, cumpliendo sí con unos estándares de norma que se verifican en una comisión del ministerio de educación. Esa falta de control sobre las denominaciones y los contenidos de los programas ha llevado a que se presenten, a que se creen, incluso, y a que se fortalezcan muchas áreas de desempeño del trabajador en salud que no se han validado como necesidad para el país. (...) Sin embargo, hay facultades de universidades del país que toman gerontólogos, y los forman para el desempleo y los forman más mirando el mercado educativo no el mercado de la salud, no las necesidades de la salud” (Ministerio de Educación).*

*“Yo te decía que no hay iniciativas en ese sentido desde el ministerio de educación. Hubo la intención en algún momento de generar algunas directrices, y existe una función general de acreditación medicinal que tiene que ver con el funcionamiento de la carrera de salud, y la acreditación de las universidades, la habilitación de algunas escuelas de salud, siendo solamente la convocatoria para medicina pero no para otras escuelas de la salud. Entonces, desde ese punto de vista no existe una implicación precisa respecto a una orientación que pueda dar el ministerio de educación en el sentido de formación de los profesionales del área de la salud hacia lo que el país necesita” (Institución formadora).*

Algunas voces demandan la **presencia del Estado** no sólo en su rol de regulador del mercado de formación, sino también **definiendo con protagonismo los perfiles necesarios para la mejor atención de salud de su población.** En muchos de los relatos se destaca la disociación existente entre la oferta educativa y las demandas del sector salud; el ámbito de formación del ámbito de los servicios de salud; y las intervenciones estatales de las necesidades sociales.

## **b. Autonomía universitaria como barrera para el cambio**

La **autonomía universitaria** es mencionada por los entrevistados como una de las dificultades que el Estado enfrenta para avanzar en la regulación del mercado educativo, es decir, como **uno de los obstáculos para ejercer su rol rector**. Esta situación determina pocos márgenes de acción para que se articulen los lineamientos de las carreras con las necesidades sociales. En este sentido, la implementación de las políticas públicas parece encontrar una **barrera en la autonomía universitaria**, que posibilita que los programas de las carreras estén mayormente orientados por criterios sólo académicos o de rentabilidad, teniendo inclusive el control de las denominaciones y contenidos.

*“Eso está asentado en un principio constitucional que tenemos que se llama la autonomía universitaria, es decir, las instituciones de educación superior tienen autonomía para tomar en cuenta o no tomar en cuenta los modelos y las necesidades nacionales en términos de recurso humano en salud. Y ese es un tema crítico. Por ejemplo, las denominaciones de los programas de formación, en especial las especialidades, o más bien en las subespecialidades médicas que inciden sobre la denominación y el desempeño de los trabajadores de otras profesiones de salud y técnicos y tecnólogos es una denominación que se enmarca en la autonomía universitaria”* (Ministerio de Educación).

*“Como tú sabrás, el mayor ente formador de recursos humanos es la [universidad pública]. Y justamente la [universidad pública] es un ente autónomo. La injerencia que tiene el ministerio en cuanto a planificación, digamos, de formación de recursos humanos es nula, o es casi nula, para no decir que es nula. Se han hecho algunas iniciativas. Recuerdo que dos años atrás se intentó hacer un espacio, en el cual se llamó específicamente a las comisiones [nominación], formadas justamente por las instituciones que forman el área de la salud. Y te puedo decir que fue un fracaso bastante grande. Se generaron espacios. Las discusiones estaban buenas pero nunca se logró concretar lo que específicamente teníamos como objetivo en ese momento de generar ese espacio”* (Ministerio de Salud).

*“En últimas, creemos que hace falta un apretón en ese escenario para definir conjuntamente necesidades y por tanto construir políticas públicas aún en el marco de autonomía universitaria pero supeditado a un nivel de control o regulación sobre las denominaciones y los contenidos en la educación universitaria, en la universitaria. Porque en el tema de trabajadores no universitarios, y hablamos de técnicos y tecnólogos, sí están muy bien definidos esos alcances y la metodología de actualización, de identificación de necesidades, la actualización del currículum, del seguimiento de los currículum y las necesidades”* (Ministerio de Educación).

Es destacable este último testimonio que compara, a modo de ejemplo, esta limitación a nivel universitario con la regulación que se logra en carreras de nivel no universitario, en las que se han podido establecer pautas orientadas por el modelo de atención.

Desde sus particularidades, estos relatos ponen de manifiesto las **dificultades para iniciar y consolidar un trabajo conjunto entre los ministerios de salud, de educación y las universidades**, lo cual refleja, desde una perspectiva específica, una opinión ya mencionada por los entrevistados en dimensiones analizadas más arriba: las **resistencias para construir un espacio de diálogo entre actores que tienen intereses en el mismo campo de práctica**.

### **c. Algunas experiencias “exitosas” de regulación**

Así como algunas voces testimonian la escasa participación e involucramiento del Estado en materia de formación de RHS en los países, otras en cambio, **reconocen la existencia de algunas experiencias de regulación**. Por ejemplo, las instancias de acreditación o evaluación de los posgrados, coordinadas entre diversas dependencias del campo de la educación.

*“Nosotros tenemos una regulación para la educación superior que es el consejo de educación superior, la secretaría de ciencia y tecnología, y lo que es la evaluación de las universidades, y ellas han puesto cierta regulación de estándares básicos de los posgrados (...) La capacidad de esta regulación está dada por el consejo de educación superior en cuanto a la formación dentro de lo que el reglamento de elaboración de posgrados. Para que tú presentes el posgrado tienes que hacer un estudio de qué tan necesaria es esa carrera que tú vas a proponer, por ejemplo, en el pregrado, en el posgrado. Porque nosotros estamos en un momento de acreditación de las carreras”* (Institución formadora).

*“Estamos trabajando ministerio, universidades, consejo de educación superior. Creo que eso ha sido uno de los cambios fundamentales en esta relación con las instituciones. Hace algún tiempo la universidad ha colocado un posgrado porque lo quería hacer, y lo hacía. Pero ahora el ministerio también nos ha dicho: mire, según los perfiles, según lo que el ministerio tiene para legitimar su foro estatal, necesita tales y tales especialistas. Entonces eso también ha abierto otras formas de trabajo que me parecen interesantes”* (Institución formadora).

*“Y para toda esa aprobación de las carreras, todas las universidades tienen que presentar la pertinencia de la carrera, y el mercado laboral. Entonces, eso ha obligado a que las universidades nos acerquemos mucho más a las instituciones prestadoras para conversar, para obtener información. Ya no solamente en el sentido anterior en el cual nosotros usábamos los servicios para las prácticas de los estudiantes”* (Institución formadora).

*“Pero los que estamos involucrados en la formación y los prestadores de servicio, que son los que al final emplean a esos recursos, sí hemos establecido mecanismos de encuentro ¿a través de qué? A través, por ejemplo, de ir elaborando juntos los planes de posgrado, eso ha sido una manera de sentarnos a conversar y a ver qué es lo que está sucediendo. (...) Otro elemento también ha sido el que el ministerio de salud tiene una apertura para trabajar con nosotros”* (Institución formadora).

En varios testimonios aparece una **incipiente articulación entre educación y salud** con connotaciones diversas. En algún caso, es entendida desde las instituciones formadoras como disposición al diálogo. Desde el ministerio de salud es mencionada como “bajada de línea”, indicando a los formadores qué se necesita.

*“Pero los que estamos involucrados en la formación y los prestadores de servicio, que son los que al final emplean a esos recursos, sí hemos establecido mecanismos de encuentro ¿a través de qué? A través, por ejemplo, de ir elaborando juntos los planes de posgrado, eso ha sido una manera de sentarnos a conversar y a ver qué es lo que está sucediendo. (...) Otro elemento también ha sido el que el ministerio de salud tiene una apertura para trabajar con nosotros”* (Institución formadora).

*“Estamos llamando a las universidades, estamos mostrándoles lo que se requiere realmente del sistema de salud de parte de ellos, haciéndoles partícipes en el rediseño de los planes curriculares, en la generación de nuevos programas que requiere hoy el país, de tal manera que ellos sientan, digamos, que ellos están participando en eso. Pero, obviamente, acá el papel del Estado es de liderar, de aglutinar y también de propiciar de alguna manera ciertos incentivos para que haya un cambio en esa dirección y de enviar señales”* (Ministerio de Salud).

De acuerdo con estos relatos, la **regulación de la acreditación de las carreras** permite definir la contribución de éstas para la atención de las necesidades de salud

de la población. Ello implica que la aprobación de la creación de una carrera debe incluir la consideración de varios aspectos y ámbitos en los que interactúan múltiples actores (formadores, servicios, ministerios, empleadores, entre otros).

Los fragmentos que se presentan a continuación relatan experiencias en las que la **decisión política posibilita viabilizar mecanismos de regulación** que articulan los procesos de formación de grado y posgrado de acuerdo con los lineamientos del Estado.

*“Eso es importante, pero reflexionándolo en este momento, tiene mucho que ver con las regulaciones que el Estado ha colocado para las universidades y también para los servicios de salud. Otrora los servicios de salud podían definir si quieren o no quieren aceptar a los estudiantes. Han sido siempre un pilar fundamental los estudiantes de pregrado y de posgrado en los servicios de salud. Pero ahora a través de las regulaciones que han dado desde el ministerio de salud, que es el que regula la política en lo que se refiere a salud y es el rector del sistema de salud, también está el consejo de educación superior, que también a esos niveles donde se toman las decisiones, donde se regula, donde se hacen las normas, también están trabajando”* (Institución formadora).

*“Tenemos nosotros lo que se llama la [nombre de un espacio formal] que es la instancia en la que los actores representativos del sector gubernamental, del sector educativo, del sector productivo, empleadores y trabajadores, nos sentamos y aplicando una metodología de análisis funcional construimos esos estándares que luego van a servir de referentes para la elaboración de currículum y de proyectos ya específicos de formación”* (Ministerio de Educación).

#### 4.3.2. La oferta educativa: modelos de formación y cambios curriculares

En la voz de los entrevistados se identifica la **importancia de las acciones articuladas entre el sector salud y el sector educación para configurar la oferta educativa**. En líneas generales, se cuestiona la **poca vinculación** –que en algunos casos llega a ser inexistente– **entre el modelo de formación y el modelo de atención**. Para muchos, la adecuada integración de estas instancias puede neutralizar la presión de los mercados hacia una formación y práctica profesional que privilegia un modelo de atención individual orientado a la patología y a prácticas tecnológicas sobredimensionadas. En este sentido, **se cuestiona la proliferación de universidades sin regulación y la calidad de la formación, que deviene en una falta de compromiso por parte de los egresados**.

*“Ni las universidades los están formando como corresponde, a pesar de que hay cualquier cantidad de universidades y facultades de medicina hoy en día (...) Entonces, esa falta de compromiso es la que uno nota en la gente que sale hoy de las Universidades”* (Organizaciones de trabajadores).

*“(...) hay un proceso de reforma universitaria que está en plena marcha. Hay todo un movimiento dentro de las universidades. Porque hay mucha universidad con muy poca calidad... Y con formación, porque tú no le orientas y le enseñas a un profesional de la salud que está tratando con humanos y que cada humano es un mundo en sí mismo, entonces va a comenzar a operar como una máquina, como un producto. Entonces, ese énfasis habría que ver también cómo se va introduciendo”* (Otros actores).

El **abordaje pedagógico de los modelos de formación** de los profesionales es uno de los aspectos cuya revisión o transición es referida por los entrevistados. En general, **se privilegia una propuesta pedagógica más humanista**, como la de los médicos familiares, que tienda a un **abordaje integral de los problemas de salud**. Sin

embargo, se indica que llevar a la práctica **esta** perspectiva encuentra dificultades por la **falta de articulación entre el modelo de formación con el modelo de atención**.

*“ (...) hace algunos años empezamos a formar médicos familiares pero eso fue un fracaso porque el sistema, el modelo de atención, no permitía, no daba espacio para que estos médicos generales pudieran desplegar todas sus capacidades, su enfoque sobre el tema de la salud” (Ministerio de Salud).*

*“Entonces, a partir de ese gran objetivo, que es el de avanzar hacia el acceso universal de la población a la salud, con unos modelos y unos sistemas adecuados, ya en el tema específico del talento humano, lo primero que hay que hacer es revisar los actuales procesos de formación, que es un tema en el cual ya se ha venido trabajando” (Ministerio de Salud).*

*“Los procesos de formación hay que evaluarlos y hay que ajustarlos a las nuevas necesidades. Necesitamos un personal que se forme, incluso, más cercano a la comunidad, más, digamos, en los niveles de atención primarios, en los primeros niveles de atención en donde hay posibilidad de actuar de manera más oportuna, de manera preventiva, y se puede atender a muchísimas más personas, se pueden llevar los beneficios de las ciencias, la medicina, a muchísimas más personas. Ese es un primer elemento, entonces, tanto a nivel curricular, tanto en el tema curricular, como en el tema de los escenarios donde se realizan las prácticas formativas. Y, obviamente, pasa por un tema que es cultural, que es difícil, cómo cambiar esa cultura que traen los docentes, los directores de los programas en las universidades, los mismos directores de los servicios en las instituciones de salud para que de alguna manera entiendan que realmente se hace más si se cambia esa forma tradicional de pensar donde lo importante era como estar cerca de la alta tecnología y estar cerca de los grandes especialistas, digamos. Realmente lo importante es incidir de manera más efectiva sobre la salud de las personas” (Ministerio de Salud).*

Los **perfiles de formación** de los profesionales parecen enmarcarse mayoritariamente en modelos centrados en el hospital, orientados a las especialidades, apoyados en la tecnología, y muchas veces sostenidos por la **cultura de los docentes**. En tal sentido, varios entrevistados señalan algunas características de la **oferta educativa, mencionada como tradicional y/o desarticulada de las necesidades del país**. También ponen en discusión **aspectos de trasfondo ideológico y disputas por la definición del concepto de ciencia y de salud**. Se registran voces que manifiestan que los **modelos formativos deben sostener una concepción integral del ser humano** que, a su vez, debe corresponderse con un modelo de atención también integral de acuerdo con las necesidades sociales.

*“Yo creo que, por un lado, la formación es muy tradicional y muy antigua para las necesidades de lo que es el país. En eso yo estoy convencido de que es así. En el posgrado, incluso, seguimos pensando solamente en especialidades. De hecho, no tenemos la cantidad de médicos de familia o médicos generalistas que es realmente lo que necesita el país, que se animen a salir de las instituciones. Es decir, en eso cuesta un poco más, ¿no? Y yo veo que hay mucha dificultad en esa formación del médico joven, que no sean las especialidades tradicionales” (Organización de trabajadores).*

*“O sea que hay una separación clarísima entre las ciencias básicas y las clínicas, hay un énfasis en la enseñanza a nivel hospitalario, y hay una visión dicotómica del quehacer preventivo/curativo, una visión dicotómica de lo que es la práctica clínica a nivel de lo ambulatorio y lo hospitalario, y todo se vuelve una división sentada en el positivismo más recalcitrante que uno se pueda imaginar” (Ministerio de Salud).*

*“La visión hospitalocéntrica que se tiene en la docencia de medicina es obviamente un cuello de botella que exige que lleguen los muchachos ya habiendo recibido las ciencias básicas, y que esa clínica que comienza a verse ya a nivel hospitalario con los mismos docentes no tiene nada que ver con lo de las ciencias básicas y no tiene nada*

que ver con la atención ambulatoria. Porque se privilegia la cama hospitalaria, se privilegia el jefe de servicio hospitalario, que está completa y totalmente divorciado de toda la estructura de redes de servicio de salud que tiene el país (...) hay que insistir en la integralidad del ser humano, que tiene que corresponderse con la integralidad del modelo de atención, para poder ir usando una mirada científica y humanista, poder ir desmontando estas visiones dicotómicas clínica/social vs., no sé... y que exigen otra mirada. Ya se están levantando muchísimas voces en relación a esto” (Ministerio de Salud).

“Y esta reacción de rechazo absoluto, que nos llevó días discutirlo, y que a pesar de todos los argumentos no se logró convencer a nadie de la conveniencia de aprobar ese currículum nuevo, me llevó a entender de que esto es una lucha ideológica y que depende del concepto de ciencia que se tenga. Y yo creo que esto va mucho más allá de una reforma curricular. Hay que entrarle muy duro a criticar ese cientificismo que desagrega, que segmenta, que separa, que analiza en pequeños pedacitos la realidad, para que pueda entenderse que el ser humano no puede dividirse en pedacitos para ser estudiado. Y que para poder actuar de forma humana y científica es necesario hacer una lectura integradora de ese mismo ser humano, no sólo como individuo sino también como ser social. Y esta es otra perspectiva que tenemos que trabajar profundamente porque hay muchísima resistencia al cambio de modelo” (Ministerio de Salud).

Uno de los testimonios refiere **dos tendencias en los modelos de formación en su país con abordajes pedagógicos disímiles**. Mientras en el modelo tradicional se forma tomando contacto con las personas en algún momento del proceso, en el modelo tecnológico el proceso de enseñanza se desarrolla apoyado en la tecnología, a través de computadoras, para llegar al final a los pacientes.

“En términos de formación con distintos modelos tenemos dos universidades que casi se orientan al mismo modelo de formación en cuanto a técnicas pedagógicas. Por ejemplo, tienen el modelo tradicional, que es enseñar a los estudiantes bajo el aprender haciendo en contacto directo con la población. Casi en el quinto y sexto año, los muchachos entran en contacto con el paciente, y empiezan a hacer sus primeros áreas sobre algunas prácticas que van de las más sencillas a las más complicadas. Usted sabe que ya en el sexto, séptimo año ya ellos se van adentrando más a los servicios y es ahí donde van aprendiendo, haciendo y aprendiendo, bajo la supervisión de profesionales docentes que están ahí, o de médicos de servicio, que de alguna manera también son modelos de formación para los que están ahí. Ahora, hay otra universidad, una universidad privada en donde están iniciando como un modelo de enseñanza más tecnológico. No iniciando al estudiando con contacto directo con la población sino que conociendo del sistema del cuerpo humano y conociendo los órganos a través de modelos de lo tecnológico, de la computadora, de sistemas activados, ¿verdad? Primero preparan al alumno de esa manera y después lo lanzan al campo. No obstante, no quiere decir que de alguna u otra forma no tengan contacto con la gente en los centros de salud. Pero es un modelo de enseñanza que está más centrado en aspectos tecnificados, tecnológicos” (Ministerio de Educación).

La propuesta de **actualizar los currículos y avanzar hacia una formación menos tradicional** (“antigua”), se presenta en casi todos los entrevistados bajo diversas expresiones: buscar salir de las instituciones; orientarse a niveles de atención “sencillos”; trabajar en la formación de las nuevas generaciones de médicos; flexibilizar los modos de enseñanza de los docentes que ya tienen un “disco duro” sobre cómo impartir sus conocimientos.

En algunos casos, se reconoce que se han desarrollado iniciativas en ese sentido y se mencionan **cambios que comienzan a percibirse en las nuevas camadas de médicos**, o bien esperan vislumbrarse en las siguientes generaciones. Pero en ambos casos se sostiene que esos procesos son lentos. Particularmente, los cambios

referidos apuntan a **“actitudes de trabajo, de proceso y de conocimiento”** de médicos y especialistas con una mayor responsabilidad respecto de las necesidades sociales.

*“(…) formamos médicos y enfermeras, para sólo mencionar estos perfiles, para sólo atender en hospitales. Y es una reflexión que ya se está dando pero que es difícil cambiar la forma cómo se ha venido haciendo la programación curricular de las universidades. Es difícil también porque los docentes ya tienen, digamos, su disco duro un proceso de formación donde, de alguna manera, se incentiva y se privilegia la alta tecnología, generalmente está al lado... la atención al interior de instituciones hospitalarias y no, de alguna manera, como esa atención de personas que están, digamos, con unos estados de salud que pueden ser atendidas por fuera del hospital. Es decir, niveles de atención relativamente sencillos” (Ministerio de Salud).*

*“Yo pienso que hay que llevar los docentes a los espacios ambulatorios para que ahí ellos vayan aprendiendo también cómo se entendería una entrega de servicios y con atención integral y con calidad. Y que allí ellos comiencen a desmontar esta visión de especialidades, que le va muy bien al mercado, obviamente (...) Hay muchas voces que se están levantando, pero yo creo que en realidad es lo más importante para que los docentes comiencen a percatarse que ese discurso está bien para el riñón pero no para el paciente. Y menos para la comunidad. Y entonces es una cuestión de ir haciendo las prácticas y de ir develando las situaciones que reclaman atención de los profesionales de la salud, y que han sido sistemáticamente ignoradas esas necesidades, de los estudiantes, de la misma gente” (Ministerio de Salud).*

*“(…) nosotros estamos empezando a ver ahora, después de muchos años de los cambios curriculares, las nuevas camadas de médicos, y la verdad es que se va notando una diferencia” (Colegios/Asociaciones profesionales/ Sociedades científicas)*

*“Y a través de la rectoría y la facultad se han promovido procedimientos de calidad y de cumplimiento con más responsabilidad. Y eso creo que le ha dado un giro también a las actitudes de trabajo, de proceso y de conocimiento que ahora tienen los médicos generales, especialistas y los jóvenes que se están formando. Entonces, han habido muchos cambios que creo yo que están impactando en lo que en un futuro, a cinco, seis años, van a seguir siendo los sistemas de salud, el sistema de salud nuestro” (Ministerio de Educación).*

*“(…) al menos en mi conocimiento, ha habido en esto transformaciones interesantes en muchas universidades formadoras. Por lo menos yo lo digo desde la práctica médica y algunas que conozco localmente de lo que es la práctica de enfermería, digamos, el médico con una orientación más comunitaria desde el grado, tanto como la enfermería, en el cual la atención de la familia y la atención de la comunidad empieza a ser un eje en donde por lo menos hay una agenda de discusión. Me parece que en esto ha habido un cambio interesante. Sí lo que creo es que es un cambio que como todo lleva un tiempo empezar a ver los modelos” (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).*

Así, las dificultades que se presentan para llevar adelante los **cambios a desarrollar en los modelos de formación aparecen en toda su complejidad**. Su vinculación con el modelo de atención, el registro de las modificaciones de las prácticas en los servicios, es decir, las propias condiciones de la práctica y los procesos de trabajo. El cambio de abordajes y prácticas consolidadas en el tiempo a menudo puede generar diferentes formas de resistencias. En este sentido, varios testimonios aluden al **tiempo de maduración que requieren esos procesos de cambio**.

*“Entonces, sí, también tenemos acá en [el país] el fenómeno, que entiendo yo ha sido para bien, de que un buen grupo de [ciudadanos] se estuvieron formando en Cuba, y vienen con un modelo de formación diferente. Con una medicina enfocada hacia la familia, y con alto sentido de servicio social, servicio comunitario. En un principio fue*

*bastante complejo y de mucho rechazo social, las mismas reacciones nuestras de aquí hacia los jóvenes que venían graduados de Cuba. Pero se fue haciendo una aceptación tanto desde el punto de vista del marco legal como desde el punto de vista de la aceptación ya en el campo de trabajo. Entonces ambos grupos han aprendido a verse, a reconocerse en los espacios de trabajo. Y para ellos, yo creo que eso, esa variable de un grupo de jóvenes formados con otro modelo, le da otro sentido de atención a los servicios de atención que se prestan aquí” (Ministerio de Educación).*

*“Obviamente que al principio cuando esto empezó uno decía: bueno, ya está, en dos años cambia. La cuestión esta que tenemos de apuro e inmediatez que queremos resolver todo en un año. Pero en esto nosotros incluso hoy ya no es, digamos, a un médico egresado de estas facultades no le es raro en absoluto ni lo ven como fuera de su práctica el pensar el trabajo comunitario desde un centro de salud. No lo ven ajeno a su práctica. Antes lo que pasaba es que el chico salía de la facultad, que empezaba a hacer una práctica final obligatoria, o empezaba con alguna práctica de [institución de servicios], o algún tipo de residencia, lo mandaban al centro de salud a que vea el trabajo de la gente y era como que iba de turismo (...) Hoy un médico, por lo menos, o enfermero en los casos que yo conozco, hoy participar de una actividad comunitaria en un centro de salud lo entienden como parte de la práctica habitual, como herramienta que tiene que tener un profesional. No le es ajeno a su práctica. Creo, esto que parece un tema tan pequeño, es un cambio fenomenal. Y obviamente lleva su tiempo. Y, ya te digo, los resultados nosotros los vemos desde establecer espacios concretos de prácticas del primer nivel de atención, desde la atención primaria de la salud, y los chicos saben de qué estamos hablando” (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).*

En relación con las dificultades para avanzar y profundizar los cambios, un testimonio advierte acerca del **papel que desempeña el mercado**, generando un atractivo hacia las especializaciones por fuera de una atención comunitaria.

*“(…) Sí lo que es verdad, digo, que esto no es que el solo hecho del cambio curricular haya garantizado que el cien por ciento de los médicos egresados salgan con una visión más amplia de la salud. Me parece que en esto juega un rol muy importante el mercado porque, obviamente, hay un grupo muy importante de estos profesionales que después hacen especializaciones y subespecializaciones y anclan su práctica en una atención individual de la enfermedad” (Colegios/Asociaciones profesionales / Sociedades científicas).*

#### **4.3.3. La formación de posgrado: las especialidades y las residencias**

Los entrevistados se refieren a los **posgrados y especialidades** como una instancia fundamental de la formación de RHS que requiere de **planificación, acuerdos y fijación de prioridades**.

Uno de los testimonios señala la importancia de los sistemas de residencia médica con actualización profesional permanente, orientada al personal de los equipos de salud de los servicios.

*“En el tema de capacitación nosotros seguimos todavía con un sistema que es muy bueno, que tiene años, que está probado en su excelencia, como es el sistema de residencias médicas. Ha habido también programas más locales de capacitación y recapitación y actualización de profesionales, pero tal vez también pensar una alternativa intermedia entre la residencia y el egreso de la facultad, como una posibilidad de capacitación en la práctica más, de mayor alcance de los equipos, creo que también sería una estrategia a tener en cuenta” (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).*

Los **sistemas de residencias** son reconocidos como **herramientas privilegiadas para orientar la formación de posgrado a la atención de necesidades sociales**

**específicas.** Pero también se mencionan **otras alternativas** como estrategia para formar profesionales destinados a áreas geográficas desatendidas, o bien para incrementar la oferta de especialidades básicas.

*“En relación con los posgrados simplemente desde el Ministerio de Salud se aumentaron los recursos para formar especialistas y llevarlos posteriormente a las regiones donde más los necesitan. Fue un acuerdo entre universidades privadas y públicas para ofrecer el presupuesto para formar especialistas. Y eso se está fomentado recién ahora. Yo diría que lleva dos años”* (Institución formadora).

*“(…) desde la Nación, se está sosteniendo una priorización muy importante de las especialidades básicas para que haya una mayor oferta”* (Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas).

#### **4.3.4. Los niveles de formación y la fragmentación del equipo de salud**

La **formación de RHS dividida en dos niveles**, universitario y no universitario produce, según algunos entrevistados, un **funcionamiento fragmentado del equipo de salud**. Esta formación por niveles, que es **especialmente evidente en el caso de la enfermería**, requiere de una planificación que articule las modalidades, ofreciendo, por ejemplo, cursos que validen académicamente los conocimientos y que permitan profundizar su formación y adquirir niveles mayores de autonomía en su desempeño en el equipo de salud.

*“Una ruptura que vemos en los procesos de la planeación y de la formación y de desempeño del recurso humano en salud entre lo que llamamos niveles de educación superior, o aquí se suelen llamar profesionales universitarios, y lo que llamamos acá técnicos o tecnólogos, que corresponden a un nivel de formación para el trabajo y el desarrollo humano. Ahí hay una primera ruptura que nos preocupa y es el no ver el equipo de salud como un todo, el no estructurar los procesos de planeación, de formación y de desempeño como un equipo en salud, sino que nos hemos fraccionado en esos dos niveles”* (Ministerio de Educación).

*“(…) la importancia de que exista algo que llamamos cadena de formación, o ciclos propedéuticos los llaman también en el área de educación. Que exista la posibilidad de que esta técnica en enfermería adquiera nuevos conocimientos que sean validados o reconocidos académicamente o que sea formada y pueda ascender en esa escala hacia mayores niveles de autonomía y toma de decisión”* (Ministerio de Educación).

*“Siguiendo con el tema de formación, yo creo que también en estos últimos dos años se ha tenido una aproximación muy importante, sobre todo con la facultad de enfermería, en algunos aspectos, también, sobre todo de la formación y su déficit de licenciadas. Se requiere que aquella auxiliar que haya terminado, en este caso el bachillerato, y que tenga dos años de experiencia ejerciendo, pueda estudiar dos años y pasar de ser auxiliar a una licenciada”* (Ministerio de Salud).

## **5. Resumen Ejecutivo**

La **Consulta Regional para identificar los temas prioritarios de la Agenda de RHS post 2015** realizada durante el primer semestre de 2015 se desplegó en tres etapas. En la primera, se diseñó y aplicó el instrumento elegido (Informe de Avance N° 1, 28-02-2015). La segunda, sintetizó el análisis de los datos obtenidos en la etapa cuantitativa (Informe de Avance N° 2, 23-04-2015); y en la tercera, se analizó el material relevado en la etapa cualitativa de la indagación que integra el presente informe.

Todas las etapas fueron orientadas por la búsqueda de opiniones de distintos actores en torno de los tres ejes estratégicos que, de acuerdo con los antecedentes, orientan las futuras intervenciones en temas prioritarios de RHS, a saber: Fortalecimiento de las capacidades institucionales de planificación de Recursos Humanos en Salud; Disponibilidad y distribución de personal de salud; Reorientación de los profesionales de Recursos Humanos en Salud hacia la APS. Dadas las complejidades del campo, la comprensión del objeto de estudio demandó la lectura articulada de las tres etapas anteriormente mencionadas, con fines operativos.

Es por ello que a continuación se recupera la síntesis de las principales observaciones emergentes, para cada una de las dimensiones mencionadas, en el marco del análisis cuantitativo efectuado en la segunda etapa de esta Consulta Regional.

### 5.1. Encuestas semi-estructuradas: análisis de los resultados emergentes

La encuesta semi-estructurada enviada a 363 referentes, contó con 158 respuestas completas provenientes de países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana, Uruguay). La muestra estuvo conformada por referentes de las ocho categorías de actores sociales seleccionadas: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Colegios/Asociaciones profesionales/Sociedades científicas, Instituciones de formación, Instituciones prestadoras de servicios de salud, Organizaciones de Trabajadores, Otros actores sociales. Estos referentes fueron oportunamente indicados por los puntos focales.

El análisis de esta encuesta brindó información sobre las opiniones acerca de los tres ejes estratégicos que orientan las futuras intervenciones en temas prioritarios de RHS, las cuales se sintetizan a continuación:

#### **- Fortalecimiento de las capacidades institucionales de planificación de Recursos Humanos en Salud (RHS)**

- El 65% de los encuestados reconoce la **existencia en su país de una instancia de coordinación nacional de la información en materia de dotación, formación y trabajo de Recursos Humanos en Salud**
- Entre los referentes de los **ministerios de salud y de las instituciones prestadoras de servicios** el conocimiento sobre la **instancia de coordinación** se eleva en torno del 75%. Este punto reviste especial interés para la formulación de políticas e intervenciones, ya que resulta un buen indicador de los niveles de visibilidad que, para los distintos actores, tienen estas unidades de coordinación dentro de cada país.
- En líneas generales, se encontraron **diferencias de criterios** en cada uno de los países acerca de la existencia de tal instancia de coordinación.
- Para la mayoría de los encuestados (80%), la **disponibilidad de información no constituye una limitación** para la toma de decisiones acerca de la oferta y distribución de RHS. Sin embargo, entre los actores sociales, se observan niveles diferenciales sobre la información disponible para elaborar indicadores.
- En todos los casos pareciera verificarse que, dentro de cada país, la **información es mayor sobre la dotación de profesionales que sobre su distribución**.
- El 70% de los encuestados opina que es posible realizar estimaciones de **brechas de personal de salud** a partir de la información disponible.

- Cerca del 70% de los encuestados opina que la institución en la que se desempeña cuenta con **recursos humanos capacitados para gestionar y procesar la información sobre RHS**. Más de la mitad de las respuestas indican la **disponibilidad de equipamiento tecnológico** a tal fin, por lo que ambos recursos no parecieran constituir una limitación para procesar la información de RHS.
- El 56% de los encuestados opinó que hubo avances hacia el **fortalecimiento de un sistema de planificación** en la última década. Este parecer se eleva al 67% entre los encuestados de las instituciones formadoras. Ello podría estar reflejando que la serie de acciones encaradas en ese campo han tenido una mayor visibilidad.
- Entre los que sostienen que hubo **avances**, el 76% opina que ello se debió a la participación de diversos actores y, en menor medida, al desarrollo de los sistemas de información y la mayor disponibilidad de personal capacitado.
- Acerca del papel de los diferentes actores sociales en la **formulación de las políticas e intervenciones vinculadas al fortalecimiento de los sistemas de información y planificación de RHS**, las respuestas señalan que todos han tenido una participación menor que la que se le asigna como deber ser, en particular el protagonismo del Estado y las instituciones públicas.

#### ***- Disponibilidad y distribución de personal calificado y pertinente***

- La **dotación de profesionales de medicina** es considerada insuficiente para la amplia mayoría de los encuestados (68%). En el caso de **enfermería**, esta apreciación se eleva al 77%. Esta insuficiencia es percibida con mayor intensidad entre los encuestados insertos en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- El 78% de las respuestas reconoce **cambios en la dotación** de los profesionales de la **medicina** en los últimos 10 años. Entre ellos, la amplia mayoría (88%) sostiene que esos cambios fueron incrementos en la dotación.
- En relación con la **dotación del personal de enfermería**, un 65% de los respondentes identifica que hubo cambios. El reconocimiento de los cambios se acrecienta significativamente entre aquellos provenientes de instituciones prestadoras de servicios de salud y organizaciones de trabajadores, lo que podría explicarse por ser los espacios en los que más rápidamente se reflejan esos cambios. El 90% del total de los encuestados que considera que hubo **cambios en la dotación del personal de enfermería** los califica como aumento.
- Para medicina y enfermería la amplia mayoría de las respuestas (75%) adjudica el **aumento en la dotación** al incremento de las instituciones formadoras
- En relación con la **distribución geográfica** del personal de **medicina**, el 92 % de los encuestados opina que es mala o regular. En el caso de **enfermería**, esta opinión alcanza al 84%.
- Para más de la mitad (53%) de los respondentes, en su país, ha habido **iniciativas para la localización y/o retención de médicos en regiones o áreas desatendidas**, pero para **enfermería** se reduce al 30%. El reconocimiento de la existencia de estas iniciativas se eleva significativamente entre los encuestados provenientes del ministerio de salud, lo que podría estar indicando la acotada visibilidad de esas acciones para el resto de los actores.

- Entre los que reconocen **iniciativas para la retención de médicos y enfermeros** en regiones o áreas desatendidas, la mayoría considera que esas acciones han estado vinculadas con remuneraciones diferenciales. En el caso de la enfermería se identifican también mayores oportunidades para la inserción profesional laboral.
- Para algunos países de la región la **emigración es un problema** y para otro no. Para el caso de **medicina**, la emigración constituye un problema en **Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay y Perú**. La emigración de **enfermería**, constituye un problema para **Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú**.
- En relación con las **medidas implementadas para atenuar la emigración de personal calificado**, el 65% afirma que no se han tomado medidas y un 21% consigna desconocer sobre el tema. Solo en unos pocos países que señalaron la emigración como un problema, se menciona la implementación de medidas para atenuarlo (Ecuador, Uruguay).
- El 69% de los encuestados respondió que en su país la **atención de salud está organizada en torno de equipos multiprofesionales**. En el caso de las respuestas provenientes de los ministerios de salud este porcentaje se eleva al 80%. Sin embargo, la opinión respecto de este tema es unánime sólo en cuatro países: Brasil, Cuba<sup>2</sup>, República Dominicana y Uruguay.
- El 44% de las respuestas considera que en sus países no existen **regulaciones del ejercicio profesional** que condicionen la constitución de equipos multiprofesionales para la atención de salud. Entre los provenientes de las asociaciones o colegios profesionales esta opinión se eleva al 74%.
- En relación con la **formulación de políticas e intervenciones vinculadas con la disponibilidad y distribución del personal calificado**, la Consulta indagó acerca del tipo de participación *que habrían tenido y debieran tener* los distintos actores sociales. La “muchacha” participación que debieran tener los ministerios de salud resulta casi unánime (99%). En un nivel menor aunque mayoritario se considera la “muchacha” participación que debieran tener las instituciones formadoras públicas (89%), las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas (89%) y las asociaciones/colegios profesionales/sociedades científicas (83%).

#### **- Reorientación de los profesionales de Recursos Humanos en Salud hacia la APS**

- En cuanto a la opinión sobre la **existencia de iniciativas en la última década para articular los planes de estudio de las instituciones formadoras con los servicios de salud**, 66% de las respuestas opina que han existido en el caso de medicina. Este porcentaje se eleva en los ministerios de salud, de educación y las instituciones formadoras. Un porcentaje un poco menor (60%) opina que esas iniciativas **no prosperaron o que desconoce** su evolución, lo que parece indicar un alcance limitado o un bajo grado de visibilidad de esas acciones para ciertos actores como aquellos insertos en las instituciones de servicios de salud.
- Con respecto a los **planes de estudio de enfermería**, un 28% de los encuestados considero que no ha habido iniciativas de articulación con los servicios de salud y un 20% desconoce el tema. Entre los que afirman que **no prosperaron y que desconocen** las iniciativas en enfermería se concentra el 70% de las respuestas.

---

<sup>2</sup> Aunque se trata de una sola respuesta, es conocida la organización del sistema de salud en Cuba.

- En relación con las **características de los planes de estudios de medicina**, el 70% de los encuestados señalan que en su país los planes se estructuran mayoritariamente en torno de disciplinas con separación de ciclo básico y clínico. Para **enfermería**, si bien el 53% considera que los planes de estudio tienen mayoritariamente una organización disciplinar, se registra una presencia significativa de formas de organización curricular menos tradicionales.
- Las instituciones formadoras son las que más identifican (65%) la existencia de **iniciativas de capacitación docente para facilitar el desarrollo de nuevos modelos de enseñanza y aprendizaje**. El 28% del total de los encuestados desconocen este tipo de iniciativas. En **enfermería**, el reconocimiento de iniciativas facilitadoras de nuevos modelos pedagógicos es menor (43%) que en medicina.
- La **formación de posgrado orientada por las necesidades de especialistas para el modelo de atención de salud**, tanto en medicina como en enfermería, es reconocida mayormente por las instituciones formadoras. Esta observación podría estar indicando la falta de articulación con otros actores sociales.
- Acerca de la **articulación del sistema de residencias con el modelo de atención**, se observa un 70% de opinión negativa en el caso de medicina, elevándose al 90% entre los respondientes de los ministerios de salud. Para las residencias en enfermería, la tendencia se reitera aunque en una proporción menor (57% para el conjunto y 77% para los ministerios de salud).
- La mayor parte de los encuestados (70% en el caso de medicina) opina que los **programas de residencia en salud comunitaria/ salud de la familia/ salud comunitaria intercultural** existentes en su país se desarrollan dentro de la institución de servicios. Para enfermería, los programas que se desarrollan dentro de las instituciones de servicios disminuyen al 49%.
- La opinión mayoritaria de los respondientes es que no existen **incentivos tanto para la formación de posgrado en salud comunitaria/ salud de la familia/ salud comunitaria intercultural como para el desempeño profesional** en ese campo.
- La mayor parte de las respuestas indica que los **sistemas de evaluación y acreditación** no se encuentran articulados con el modelo de atención (44% medicina; 40% enfermería), mientras alrededor de la cuarta parte de los encuestados informa que esa articulación se encuentra en proceso.
- Sobre la articulación entre los **sistemas de evaluación y acreditación de los posgrados**, apenas el 4% para medicina y el 6% para enfermería considera que están articulados.
- La existencia de **sistemas de homologación de títulos entre países**, es reconocida por el 61% de las respuestas para la carrera de medicina, mientras un 12% señala que se encuentra en proceso. Para enfermería, un 35% afirma la existencia del sistema de homologación y un 38% desconoce el tema.
- La **articulación existente entre el sistema de homologación de títulos y las necesidades del modelo de atención** es negada por la mayoría de los encuestados, mientras un 33% la desconoce.

Acerca del protagonismo de los distintos actores sociales en relación con la **formulación de políticas e intervenciones vinculadas con la reorientación de profesionales hacia la APS** el 99% de los encuestados opina que los ministerios de salud debieran tener “mucho” participación. También en un nivel superior al 90% se ubica la opinión sobre la

“muchas” participación que debieran tener las instituciones formadoras públicas y de servicios de salud públicos. Este parecer estaría reflejando el papel de rectoría que los encuestados asignan al Estado en esta materia.

Resulta elocuente que, al igual que en los otros ejes, las respuestas indiquen que la participación que *han tenido* los distintos actores, ha sido muy inferior a la que se les asigna *debieran tener*. Se destaca que casi la mitad de las respuestas señalan que los ministerios de educación no han tenido ninguna participación en la formulación de estas políticas.

La observación realizada en los tres bloques acerca de los acuerdos y las tensiones en torno de la formulación e implementación de políticas en RHS, será ahondada en la etapa cualitativa, donde se analizarán las preguntas abiertas del formulario y se realizarán entrevistas en profundidad a algunos actores sociales seleccionados.

## **5.2. Principales observaciones emergentes del análisis de las preguntas abiertas del cuestionario**

El cuestionario incluyó tres preguntas abiertas (P.8, P.15 y P.40), elaboradas con el propósito de profundizar en las opiniones de los encuestados sobre dimensiones temáticas complejas que merecían, al menos, una sintética reflexión. A continuación, se reseñan las principales observaciones detectadas para cada uno de los interrogantes.

En primer interrogante (P.8) planteaba: ***“¿Considera usted que las políticas e intervenciones en materia de RHS desarrolladas en la última década en su país, representan avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación?”***

Para la mayoría de los encuestados (56%), los avances detectados se vinculan, fundamentalmente, con tres aspectos prioritarios: **la participación de diversos actores, el desarrollo de sistemas de información, y una mayor disponibilidad de personal capacitado**. Al analizar las razones esgrimidas para explicar los avances percibidos en sus respectivos países, las respuestas tienden a agruparse en tres grandes núcleos significativos:

- a) ***Políticas e intervenciones en RHS como “proveedoras” de información clave:*** Los esfuerzos locales por construir, sistematizar y divulgar información referida a la necesidad, disponibilidad, distribución y formación de los recursos humanos es uno de los aspectos enfatizados. Aún cuando algunas opiniones explicitan ciertas debilidades en el proceso de construcción de información considerada clave para la planificación en salud, varios encuestados coinciden en señalar que sus países han avanzado en este sentido. Así, destacan que ciertas políticas e intervenciones en RHS desarrolladas a nivel local se han orientado a fortalecer los sistemas de información, mejorando la cantidad, la pertinencia y la confiabilidad de los datos disponibles. Este avance es percibido como estratégico de cara a una mejora permanente y efectiva en la toma de decisiones, la evaluación y la planificación de acciones vinculadas a RHS.
- b) ***Gestión participativa múltiples actores en materia de RHS:*** La concreción de una gestión participativa, en la que se articulen las voces e intervenciones de diversos actores, es percibida como uno de los principales desafíos que deben seguir enfrentando las políticas de RHS en la Región. Sin embargo, algunas opiniones destacan resultados concretos a nivel local que se traducen en la conformación de mesas de trabajo, reuniones regionales, comisiones intersectoriales, e incluso instancias en dependencias públicas que posibilitan no sólo el debate sino también la concreción de acciones en materia de RHS en la que confluyen/dialogan múltiples perspectivas. Asimismo, otras voces consultadas mencionan la importancia política y operativa que ha comenzado a tener a nivel local la convergencia de actores (formadores, empleadores, prestadores y

reguladores) para consolidar la información y los procesos de toma de decisiones que requiere la planificación de RHS.

- c) **Las políticas e intervenciones en RHS como “resultado” y como “insumo” para identificar brechas y necesidades prioritarias:** Aunque las acciones realizadas/planificadas a nivel local son evaluadas como “incipientes” en términos de resultados efectivos, para varios encuestados éstas poseen una característica que las vuelve estratégicamente significativas: no sólo son reconocidas como “indispensables” para la optimización y adecuación de la formación, distribución y dotación del personal de cara a las necesidades y requerimientos poblacionales de salud, sino que, al mismo tiempo, son percibidas como un “medio” (político, técnico y operativo) a partir del cual pueden detectarse brechas, déficit y necesidades que orienten futuras intervenciones.

Por su parte, el 44% de los encuestados manifestó que las iniciativas desarrolladas durante los últimos diez años en sus países no constituían avances hacia el fortalecimiento de un sistema de planificación. Dicho posicionamiento tendió a circunscribirse en dos grandes ejes que señalan diversas *ausencias*, a saber:

- a) **Falta un modelo integral que posibilite la planificación a largo plazo:** los encuestados refieren la carencia de una dirección u orientación que marque el camino a seguir en un sentido operativo y político. Tal ausencia, ejemplificada con la falta de un espacio de coordinación nacional, o con la vigencia de procesos decisorios marcados por la contingencia y la coyuntura, es asumida por los respondentes como un escenario que atenta contra la posibilidad de identificar, dimensionar y atender las necesidades de la población. En varios casos, esta ausencia es argumentada por los encuestados como producto de la falta de información que promueva y otorgue fundamento a la planificación en materia de RHS.
- b) **Los déficit presupuestarios dificultan las intervenciones y sugieren que la planificación de RHS no es una prioridad en el país:** otra de las ausencias “sentidas” por los encuestados refiere a los recursos económicos necesarios para la formulación e implementación de políticas. Sin embargo, el dato significativo –más allá de la ostensible escasez de recursos a la que aluden los encuestados– es que dicha carencia (de recursos) se conecta con la falta de voluntad/decisión política que haga de RHS un área prioritaria y estratégica dentro del campo de la salud.

La segunda pregunta abierta (P.15) indagaba acerca de: **¿Por qué considera que NO hubo cambios en la dotación de médicos y enfermeros en los últimos 10 años?**

El análisis de las respuestas a esta pregunta permite identificar algunos núcleos de sentido que, aún cuando se expresan de diversos modos, pueden ser agrupados en:

- a) **La falta de planificación de RHS:** La ausencia de políticas de RHS acordes con las necesidades sociales es identificada como una de las razones de la inexistencia de cambios en la dotación de médicos y enfermeros en la última década.
- b) **Los problemas pendientes en relación con los déficit, la dotación y la distribución de personal de salud:** varios encuestados sostienen que hasta el momento no se han resuelto los déficit históricos de personal de salud, en particular los de médicos y enfermeros. Las opiniones enfatizan tanto la persistencia de la falta de personal de salud como la necesidad de distribución de los profesionales en áreas desatendidas o en diferentes regiones de los países.
- c) **Los problemas vinculados con la formación de recursos humanos:** la ausencia de cambios en la dotación de médicos y enfermeros durante la última década también se relaciona, al decir de varios encuestados, con falencias en la formación,

tanto en lo que respecta a limitaciones de oferta pública, como a la existencia de modelos de formación desvinculados de las necesidades sociales. Por su parte, el mercado también aparece ligado con los problemas identificados en la formación en dos sentidos: como orientador de los planes de estudio y como un ámbito que no es tenido en cuenta por las instituciones formadoras para el desarrollo de sus programas. En el caso particular de la carrera de Enfermería, se menciona además, la disminución en el número de estudiantes, así como a una pobre calidad de la oferta educativa existente.

- d) Los recursos presupuestarios, las condiciones laborales y la falta de incentivos condicionando los avances:** las malas condiciones laborales, la ausencia de concursos y los criterios de contratación se presentan como motivos esgrimidos por algunos encuestados para argumentar la falta de cambios en la dotación. Además, la existencia de criterios políticos y no técnicos para las incorporaciones y las sucesivas administraciones también son identificadas como obstáculos para que se produzcan las modificaciones esperables en términos de la dotación de RHS. Con relación a Enfermería, algunos encuestados mencionan la falta de reconocimiento social de esta profesión, lo que suscita poco interés por parte de las nuevas generaciones de estudiantes.
- e) La diferente opinión acerca de las migraciones como problema en los países:** en general, la migración de profesionales no es un problema que los encuestados argumentan para explicar la falta de cambios en la dotación de médicos durante los últimos años. Sin embargo, cuando analizan la situación de la enfermería, las opiniones son más contundentes y la migración de profesionales se asocia con la búsqueda de mejores condiciones laborales.
- f) Sobre el rol y las competencias de la enfermería:** otro motivo mencionado por los encuestados para explicar la falta de cambios en la dotación de enfermeros son las dificultades en la definición del rol de esta categoría profesional, de sus competencias, y de su papel, muchas veces cuestionado tanto en el primer nivel de atención como en su desempeño en posiciones ejecutivas.

Finalmente, la tercera pregunta abierta (P.40) planteaba: **¿Cuáles cree Ud. que son los tres principales problemas que deben atender las políticas de recursos humanos en su país en los próximos años?**

La encuesta administrada en la etapa cuantitativa, finalizaba con una pregunta abierta acerca de cuáles eran los tres principales problemas que los profesionales consultados consideraban como prioritarios en materia de RHS. El análisis cualitativo de las respuestas permitió identificar algunos tópicos recurrentes que se recuperan a continuación:

**1) La necesidad de construir/profundizar un modelo de atención acorde con las necesidades sociales:** señala la importancia de definir un modelo de atención en relación con las necesidades sociales y que se constituya en un marco efectivo para orientar las políticas en RHS basado en la planificación y los acuerdos políticos. La principal preocupación respecto del modelo de atención se refiere a los problemas detectados en atención primaria: pareciera que, según los encuestados, se otorga escasa relevancia a este nivel de atención y a la prevención/promoción de la salud. Algunas opiniones refieren un problema de "jerarquización" de la APS, otras sostienen, incluso, la "inexistencia" de este nivel. Tal diagnóstico, se refleja en la falta de estímulos para la formación en especialidades acordes, en la ausencia de incentivos para la retención de profesionales en este nivel y en dificultades para la conformación de los equipos de salud.

**2) La dotación y distribución de los profesionales en zonas vulnerables y por nivel de atención:** esta problemática refiere al déficit de médicos y enfermeros en las zonas

rurales y en las más vulnerables, mencionándose no sólo una inequitativa distribución geográfica sino también por nivel de atención. Particularmente, algunos encuestados señalan la falta de dotación de personal en salud en la APS debido al pobre reconocimiento de los profesionales que se desempeñan en estas áreas, lo que suscita, según varias opiniones, la necesidad de brindar incentivos como estrategia para revertir esta tendencia.

**3) La formación en articulación con el modelo de atención y con las necesidades sociales:** este problema incluye aspectos referidos a la necesidad de cambios en los currículos y prioridades en la formación de pregrado y posgrado. Los encuestados plantean la necesidad de profundizar la relación de la formación con la APS para trazar los perfiles profesionales que necesita cada país, así como la definición de sus competencias.

**4) La mejora de las condiciones de trabajo:** las condiciones de trabajo desfavorables en el sector parecen reflejarse, según algunas opiniones, en una falta de reconocimiento a la tarea de los profesionales, así como en las dificultades para la retención de los profesionales en el sector y en nivel de atención primaria. Como modo de revertirlo, los diferentes actores sociales coinciden en la necesidad de elevar las remuneraciones e incentivos, así como ofrecer estabilidad laboral.

**5) El mercado privado de la salud:** esta cuestión refiere a la tensión entre el mercado privado de la salud y la posibilidad de brindar atención de acuerdo con las necesidades sociales. Entre otros factores, esta tensión se reflejaría en la dotación, distribución e inserción laboral de RHS en los diferentes países. Según algunas opiniones, los principales problemas que ello genera son la merma de la dotación de profesionales en el sector público frente a la competencia del sector privado y una oferta de formación de acuerdo con posibilidades de inserción laboral más rentables.

**6) Conformación del equipo de salud y regulación del ejercicio profesional: técnicos y profesionales:** los referentes consultados pertenecientes a colegios/asociaciones profesionales/sociedades científicas, organizaciones de trabajadores e instituciones de formación sugieren un problema referido a la definición del rol y al reconocimiento de la enfermería dentro del equipo de salud. Asimismo, mencionan la necesidad de mejoras laborales para este sector profesional. En relación con la formación, sostienen la importancia de generar mecanismos que faciliten la profesionalización de la enfermería.

### 5.3. Síntesis del análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad

Las entrevistas en profundidad, realizadas a un grupo de 11 referentes pertenecientes a diversos países y categorías de actores, tuvieron el propósito de profundizar en tres grandes dimensiones significativas: a) Planificación; b) Dotación y Distribución; c) Formación. En este marco, en lo que sigue se sintetizan las principales conclusiones a las que se arribó luego del análisis cualitativo de las respuestas ofrecidas por los entrevistados.

#### 5.3.1. Perspectivas sobre la situación actual de la planificación en RHS

Luego de constatar que en las preguntas abiertas del cuestionario emergía –aunque desde distintas lecturas y posicionamientos– **un reconocimiento generalizado de la importancia política y operativa que reviste la concertación de actores para la formulación e implementación de políticas de RHS**, un primer momento de la entrevista se propuso explorar los puntos “fuertes” y “débiles” de esta lectura. En virtud de las respuestas, los entrevistados se alinearon en dos grandes grupos. Por un lado, aquellos que consideran que en sus países se concretan acciones de planificación vinculadas a RHS, aunque señalan la coexistencia de diversos factores que tienden a limitar el mencionado proceso. Por otro lado, los referentes que sostienen la ausencia de planificación, o bien la

predominancia de bajos niveles de organización y de convergencia de actores para el diseño e implementación de intervenciones que vinculen las políticas de RHS con las necesidades de salud en sus respectivos países.

- 1) En el primer grupo, es decir, entre aquellos entrevistados que acuerdan que en sus países se han desarrollado acciones de planificación, se detectan una serie de factores que operarían como “causa” de las debilidades observadas en dicho proceso, tales como la **falta de articulación entre actores clave** para la toma de decisiones en materia de RHS; la **ausencia de organizaciones de la sociedad civil y de trabajadores** en instancias formales de diálogo para la planificación y la puesta en marcha de políticas. La falta de articulación, o bien la exclusión de actores clave observable en la práctica tiene, según algunas opiniones, dos consecuencias concretas: por un lado, **atentaría contra los esfuerzos colectivos de planificación**, restringiendo de ese modo las posibilidades (técnicas, operativas y culturales) de **entender al equipo de salud como un “todo”**, tal como lo demanda el modelo de atención enfocado a la APS. Por otro lado, al responder a una lógica meramente individual orientada por intereses y objetivos particulares, la falta de articulación entre actores promovería la **multiplicación de espacios o instancias de formación que no se condicen ni responden a las necesidades de la población**. Asimismo, algunos entrevistados sostienen que es preciso **(re)activar el rol rector del Estado en materia de RHS**. En el grupo de referentes consultados, esta demanda adquiere distintos contenidos que van desde una mayor participación de los Ministerios de Salud y Educación en lo que hace a la **regulación de los contenidos formativos, a fin de que éstos se ajusten a las necesidades y demandas de la población**, hasta la consolidación de **instancias de coordinación** que promuevan y orienten el desempeño de un modelo de atención orientado hacia la APS. Por su parte, varios referentes coinciden en que el **modelo de atención enfocado a APS** –que debiera guiar la definición, implementación y evaluación de políticas de RHS– es **más una instancia “declarativa” que un paradigma rector de las prácticas efectivas de salud**. En ese contexto, la coexistencia de dos modelos de atención “desconectados” es un problema de base que atentaría contra las posibilidades de planificación. Según algunos entrevistados, esta falencia estructural opera como punto de partida para una serie de dificultades –algunas, ya mencionadas– que se observan en la práctica cotidiana, tales como la imposibilidad de ver al equipo de salud como un “todo”; la emergencia de decisiones que desconocen las necesidades (reales/validadas) de la población; la falta de reconocimiento económico y social de los trabajadores de APS; la consolidación de un modelo de atención “curativo” y no “preventivo”; la potenciación de la lógica de la salud como mercancía, etc.
- 2) Por otro lado, la **falta de concertación real para la planificación en materia de RHS** es explicada por el segundo grupo de referentes como consecuencia de varios factores que, en mayor o menor medida, operan en los países relevados de manera concomitante, a saber: la configuración de espacios decisorios mayoritariamente centralizados y excluyentes que socavan la participación real y efectiva de actores estratégicos en el campo de la salud; los procesos de toma de decisiones vinculados a RHS se orientan por una programación focalizada más que por una planificación estratégica; la sostenida falta de reconocimiento (tanto económico como social) hacia el modelo y los profesionales de la salud dedicados a APS; las escasas vinculaciones entre los ministerios de Salud y Educación de los países, como instancias estatales estratégicas para promover y dinamizar la concertación entre múltiples actores para la planificación de RHS.

### **5.3.2. Dotación y distribución de Recursos Humanos en Salud**

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

A continuación, se sintetizan las principales conclusiones para esta dimensión

- 1) Atendiendo a esta cuestión, algunos entrevistados plantean que no considerar esta situación instala un **problema de brechas**. En este sentido, las opiniones tienden a distinguir dos situaciones concretas: por un lado, se menciona la necesidad de subsanar las brechas, especialmente cuando esta situación se ha vuelto “crítica” en términos cuantitativos y cualitativos; por otro lado, algunos entrevistados afirman la importancia de revisar los criterios para la determinación de esas brechas.
- 2) La idea de que la **dotación de RHS** resulta de una **conjugación de dos procesos –el de formación y el de empleo–** es ostensible en las opiniones de varios entrevistados. Los modos de vinculación entre estas dos instancias, así como la diversidad de actores sociales que participan en la definición de estos recorridos, pueden variar. Las falencias de esa articulación son percibidas por los referentes como las causantes de los problemas que se registran en la dotación de profesionales de la salud. De este modo, la **falta de un diálogo adecuado entre las instituciones que forman y las que emplean**, se comprende como un modo de fragmentación que puede producir escasez de ciertos especialistas, migración de recursos humanos, zonas desatendidas y perfiles profesionales inconsistentes con las necesidades sociales. Así, **la falta de regulación específica** para elaborar planes de estudio de grado y posgrado **es cuestionada** cuando éstos no se orientan al modelo de atención y, en cambio, forman profesionales que no pueden atender los problemas de salud prioritarios en esa sociedad ni tampoco pueden ser absorbidos por el mercado laboral porque no existe la necesidad de esa especialidad.
- 3) De acuerdo con las opiniones de los entrevistados, el **mercado de trabajo es uno de los aspectos** fundamentales a considerar en el análisis de **la dotación y la distribución de los RHS**, ya que el nivel de remuneraciones y las condiciones laborales influyen decisivamente en la elección de las especialidades por las que optarán los egresados. Las condiciones laborales desfavorables que desalientan la formación en ciertas especialidades, también **aparecen asociadas** por algunos entrevistados con la **ausencia de una carrera sanitaria** adecuadamente legislada y con reglas precisas.
- 4) En algunos contextos, dadas las características de los sistemas de salud de los países, la **participación del Estado no sólo es demandada como rectora de los lineamientos de todo el proceso**, sino también **generando plazas para la inserción laboral** de estos médicos, enfermeros y otros profesionales, aún en sistemas de salud fragmentados. A ello se suma que las condiciones del mercado laboral también suelen modificarse en un mismo país de acuerdo con las jurisdicciones que sostienen diferentes modelos de atención.
- 5) La **necesidad de “cubrir” las zonas desatendidas** es otro de los temas que ha emergido como preocupación en todas las etapas de esta investigación. La distribución de RHS requiere, de acuerdo con los entrevistados, condiciones laborales en un sentido amplio. No sólo se trata de ofrecer **incentivos**

**económicos** para el desarrollo profesional en zonas distantes o vulnerables, sino también de brindar, por un lado, el **acompañamiento institucional** a través de la infraestructura y el equipamiento adecuado y, por el otro, apoyo **personal**. Uno de los componentes fundamentales que orientan la decisión de ejercer la práctica lejos de los centros urbanos es la **valoración social de los profesionales**.

- 6) De acuerdo con algunas de las voces consultadas, el tema de la **distribución constituye una tensión entre el centro y la periferia**. Los centros, ofrecen mayores oportunidades de formación, ingresos y consumo, mientras que las periferias son percibidas como entornos inhóspitos, faltos de contención y sin la concreta presencia del Estado. En este sentido, **una de las alternativas** que plantean algunos entrevistados para lograr una mejor distribución es **descentralizar la formación y crear instituciones educativas en zonas desatendidas**.
- 7) Tanto en la etapa cuantitativa como en este análisis, cuando se observa la dotación de recursos humanos, la mayoría de los testimonios coincide en señalar que en los diferentes países **el déficit en la dotación de enfermería es mayor que el de medicina**. En las entrevistas se destacó nuevamente la importancia de esta categoría profesional en el equipo de salud y su capacidad histórica, por el carácter específico de su formación, de acercarse más a las comunidades y de radicarse en zonas desatendidas.
- 8) La **migración de RHS** hacia otros países constituye otro de los temas a considerar en el análisis de la dotación de profesionales. Muchos de los entrevistados indican que las **mejores condiciones laborales son el principal atractivo para los profesionales** que, formados en su país, eligen desarrollarse profesionalmente en otro. También se reconoce que las migraciones son una **dimensión, podría decirse, casi estructural de nuestras sociedades**, pues atraviesa todas los campos, no sólo el de la salud. La **necesidad de una mayor rectoría del Estado** en este campo –expresada en el establecimiento de requisitos para retribuir a la sociedad que financió la formación de estos profesionales o en la implementación de políticas específicas para revertir la tendencia– también se pone de manifiesto en el discurso de los entrevistados. En algunos casos se mencionan **experiencias exitosas que lograron revertir el déficit de dotación por migración a partir de incentivos económicos y de condiciones laborales favorables al desempeño asistencial y docente en forma simultánea**.
- 9) En suma, los entrevistados dan cuenta de la **necesidad de una regulación por parte del Estado**, en tanto actor capaz de arbitrar, desde una perspectiva de políticas públicas, la orientación de **la estructura de la dotación de profesionales y su distribución por áreas y especialidades, de modo de mejorar la atención de las necesidades de salud de la población**. En este sentido, el sistema de salud se presenta como el marco en el que se deben inscribir las acciones que permitan contar con una dotación y distribución del personal acorde. Asimismo, las **características del sistema de salud y el número de médicos y enfermeras que requiere se presenta como un territorio de discusiones**, que no se rige por una pauta concisa y clara a la que linealmente adhieren todos los actores involucrados en el proceso. Se reafirma la importancia de **regulaciones** que permitan adecuar los RHS a las necesidades reales del modelo de atención. Por otro lado, pero en conexión con lo anterior, entre los entrevistados existe un **claro posicionamiento en defensa del modelo de atención orientado hacia la APS**. Y lo asumen como **un espacio de tensiones, de articulación de actores**, que requiere transitar por procesos de **debate público para lograr los acuerdos**. Por su parte, varias voces aluden a

**procesos sociales, culturales e históricos** que trascienden los contextos locales para dar una explicación más acabada de la complejidad que reviste la problemática de la dotación y distribución de RHS en cada país, particularmente en lo que refiere a las migraciones de profesionales.

### 5.3.3. La formación de RHS

Continuando la indagación de la etapa cualitativa, los entrevistados fueron consultados sobre la situación de la formación de los RHS, atendiendo a las dificultades y avances observados en sus respectivos países. En lo que sigue, se presentan las principales conclusiones obtenidas a partir del análisis cualitativo de las opiniones ofrecidas por los entrevistados.

- 1) **El rol de Estado y la mención a su capacidad reguladora de la formación** es uno de los temas que aparece reiteradamente en las opiniones de los entrevistados. En muchos casos se señala que es prácticamente **“inexistente”**, casi siempre en el marco de la pérdida de la capacidad pública para orientar la oferta educativa y enfrentar la presión del mercado. Algunos relatos señalan que cuando **la lógica del mercado orienta el funcionamiento de las universidades, éstas operan como “centros comerciales”, o bien respondiendo a intereses sólo académicos o profesionales.** De hecho, la noción **“mercado de formación”** es mencionada por algunas voces con una connotación negativa, destacando que cuando el Estado no ejerce su rol regulador, el desarrollo de los programas de las instituciones formadoras no tienen como prioridad la atención de las necesidades sociales.
- 2) De acuerdo con algunas voces y en línea con el requerimiento de un Estado con mayor presencia, una de las capacidades evocadas es la de articular la discusión entre los diferentes actores en su rol de **“líder” e “intérprete” capaz de traducir a los Ministerios de Educación las necesidades de la población.** Es decir que si bien debe haber un diálogo entre los diferentes actores, el **Estado es quien debe arbitrar esta interacción** de modo que las instituciones formadoras articulen con las necesidades sociales y **no sea el mercado educativo**, guiado por una lógica de rentabilidad, **el que determine el perfil de los profesionales, el tipo de especialidades a desarrollar en el país, las características de la oferta de residencias o la cantidad de carreras a crear.**
- 3) En cuanto al posgrado, en particular las residencias, se señala la búsqueda de “rentabilidad” por parte de las universidades privadas y la **falta de marcos legales para que el Estado ejerza un rol de conducción del tipo de formación que se necesita**, los contenidos de los planes de estudio y las denominaciones de las especialidades. De allí que los entrevistados refieran la **falta de relación entre la oferta educativa y las demandas sociales en salud**; aspecto que en uno de los testimonios se expresa como **“falta de conexión” de la formación con el modelo de atención.** En efecto, la **fragmentación entre las etapas de la formación** –grado y residencias– se presenta como **otro de los síntomas de la falta de regulación por parte del Estado.** En algunos testimonios, se señala que, para atender las necesidades de salud del país, **no basta que las instituciones formadoras se ajusten a las normas del Ministerio de Educación, ya que no siempre estas normas están articuladas con las prioridades establecidas por el**

**Ministerio de Salud y los restantes actores sociales relevantes de este campo**, lo cual redundaría en acciones y ofertas fragmentadas.

- 4) Algunas voces demandan la **presencia del Estado** no sólo en su rol de regulador del mercado de formación, sino también **definiendo con protagonismo los perfiles necesarios para la mejor atención de salud de su población**.
- 5) La autonomía universitaria es mencionada por los entrevistados como una de las dificultades que el Estado enfrenta para avanzar en la regulación del mercado educativo, es decir, como **uno de los obstáculos para ejercer su rol rector**. En este sentido, la implementación de las políticas públicas parece encontrar una **barrera en la autonomía universitaria**, que permite que los programas de las carreras estén mayormente orientados por criterios sólo académicos o de rentabilidad, teniendo inclusive el control de las denominaciones y contenidos.
- 6) Desde sus particularidades, los relatos ponen de manifiesto las **dificultades para iniciar y consolidar un trabajo conjunto entre los ministerios de salud, los ministerios de educación y las universidades**, lo cual refleja, desde una perspectiva específica, una opinión ya mencionada por los entrevistados en dimensiones presentadas más arriba: las resistencias para construir un espacio de diálogo entre actores que tienen intereses en el mismo campo de práctica.
- 7) Así como algunas voces testimonian la escasa participación e involucramiento del Estado en materia de formación de RHS en los países, otras, en cambio, **reconocen la existencia de algunas experiencias de regulación**. Por ejemplo, las instancias de acreditación o evaluación de las carreras y los posgrados, coordinadas entre diversas dependencias del campo de la educación. Ello implica que la aprobación de la creación de una carrera debe incluir la consideración de varios aspectos y ámbitos en los que interactúan múltiples actores (formadores, servicios, ministerios, empleadores, entre otros). En varios testimonios aparece una **incipiente articulación entre educación y salud** con connotaciones diversas. En algún caso, es entendida desde las instituciones formadoras como disposición al diálogo.
- 8) En la voz de los entrevistados se identifica la **importancia de las acciones articuladas entre el sector salud y el sector educación para configurar la oferta educativa**. En líneas generales, se cuestiona la **poca vinculación** –que en algunos casos llega a ser inexistente– **entre el modelo de formación y el modelo de atención**. Para muchos, la adecuada integración de estas instancias puede neutralizar la presión de los mercados hacia una formación y práctica profesional que privilegia un modelo de atención individual orientado a la patología y a prácticas tecnológicas sobredimensionadas. En este sentido, **se cuestiona la proliferación de universidades sin regulación y la calidad de la formación, que deviene en una falta de compromiso por parte de los egresados**.
- 9) El **abordaje pedagógico de los modelos de formación** de los profesionales es uno de los aspectos cuya revisión o transición es referida por los entrevistados. En general, **se privilegia una propuesta pedagógica más humanista**, como la de los médicos familiares, que tienda a un **abordaje integral de los problemas de salud**. Sin embargo, se indica que llevar a la práctica **esta perspectiva** encuentra

dificultades por la **falta de articulación entre el modelo de formación con el modelo de atención.**

- 10) Los **perfiles de formación** de los profesionales parecen enmarcarse mayoritariamente en modelos centrados en el hospital, orientados a las especialidades, apoyados en la tecnología, y muchas veces sostenidos por la **cultura de los docentes**. En tal sentido, varios entrevistados señalan algunas características de la **oferta educativa, mencionada como tradicional y/o desarticulada de las necesidades del país**. También ponen en discusión **aspectos de trasfondo ideológico y disputas por la definición del concepto de ciencia y de salud**. Se registran voces que manifiestan que los **modelos formativos deben sostener una concepción integral del ser humano** que, a su vez, debe corresponderse con un modelo de atención también integral de acuerdo con las necesidades sociales.
- 11) La propuesta de **actualizar los currículos y avanzar hacia una formación menos tradicional**, se presenta en casi todos los entrevistados bajo diversas expresiones. En algunos casos, se reconoce que se han desarrollado iniciativas en ese sentido y se mencionan **cambios que comienzan a percibirse en las nuevas camadas de médicos**, o bien esperan vislumbrarse en las siguientes generaciones. Pero se sostiene que esos procesos son lentos. Particularmente, los cambios referidos apuntan a **“actitudes de trabajo, de proceso y de conocimiento”** de médicos y especialistas con una mayor responsabilidad respecto de las necesidades sociales.
- 12) Los entrevistados se refieren a los **posgrados y especialidades** como una instancia fundamental de la formación de RHS que requiere de **planificación, acuerdos y fijación de prioridades**. Los **sistemas de residencias** son reconocidos como **herramientas privilegiadas para orientar la formación de posgrado a la atención de necesidades sociales específicas**. Pero también se mencionan **otras alternativas** como estrategia para formar profesionales destinados a áreas geográficas desatendidas, o bien para incrementar la oferta de especialidades básicas.
- 13) La **formación de RHS dividida en dos niveles**, universitario y no universitario, produce, según algunos entrevistados, un **funcionamiento fragmentado del equipo de salud**. Esta formación por niveles, que es **especialmente evidente en el caso de la enfermería**, requiere de una planificación que articule las modalidades, ofreciendo, por ejemplo, cursos que validen académicamente los conocimientos y que permitan profundizar su formación y adquirir niveles mayores de autonomía en su desempeño en el equipo de salud.

En síntesis, las distintas etapas de la Consulta Regional realizada permitieron ahondar, a través de la perspectiva de los diferentes actores involucrados en el campo de Recursos Humanos en la complejidad de la estructura y dinámica del espacio que debe ser considerada al momento de realizar intervenciones estratégicas. Los modos de intervención pueden variar en cada país de acuerdo con sus características específicas. Sin embargo, las opiniones parecen converger en que las acciones tienen que ser consensuadas por los múltiples actores con intereses en el campo. Estas intervenciones deben ser articuladas por el Estado que, con claridad de objetivos y decisión política firme, puede arbitrar los intereses para orientar y potenciar los esfuerzos que, desde distintos ámbitos, se despliegan para atender los temas prioritarios de recursos humanos en salud comprometidos con las necesidades sociales.

## 6. Bibliografía

**Acuña, C. y Bulit Goñi, L. G.** (2010) *Políticas sobre discapacidad en la Argentina. El desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.

**Belmartino, S.** (2009) "Los procesos de toma de decisiones en salud. Historia y teoría", *Revista Política y Gestión* N° 11. PP. 33-59

**Grassi, E., S. Hintze y M. Neufeld** (1994) *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural: un análisis del sistema educativo, de obras sociales y de las políticas alimentarias*. Espacio Editorial, Buenos Aires.

**OPS** (2014) Documento borrador: Elementos para una nueva Agenda de RHS. Insumos de la Reunión del Grupo Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud, Santiago de Chile. 28-29 y 30 de abril del 2014.

**OPS** (2014) Documento interno de Trabajo de la Unidad de Sistemas y Servicios de Salud. Octubre de 2014.

**OPS** (2013) 52° Consejo Directivo. Recursos Humanos para la Salud. Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. Washington, D.C., EUA, 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

**OPS** (2012) Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud <http://www.observatoriorh.org/esp/index.html>

**OPS** (2002); Programa de Desarrollo de Recursos Humanos; *Estudio DELPHI: Problemas presentes y futuros de los Recursos Humanos en Salud*. Washington.

**Oszlak, O. y O´Donnell, G.** (1981) "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación", Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1981: Buenos Aires, Argentina.

**Rovere, M.** (2006) "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud" OPS/OMS.

**Ruiz, A.; Nigenda E, G.; Bejarano, R. M. (2002):** Política sobre Recursos Humanos del sector salud en Méjico. EN: *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Seminario Internacional.OPAS/OMS. Ministério de Saúde. Brasília.

## **ANEXO I**

### **GUÍA DE PAUTAS**

#### **PLANIFICACIÓN**

Una de las dimensiones centrales que hemos identificado en este estudio es el reconocimiento de la importancia política y operativa de la concertación entre actores (formadores, empleadores, prestadores, trabajadores y reguladores) para la formulación e implementación de las políticas de RHS. Sin embargo, se considera que no siempre se han logrado avances en ese campo.

- Teniendo en cuenta su experiencia en el área, ¿en qué aspectos considera usted que deben centrarse las futuras intervenciones para articular las políticas de recursos humanos con las necesidades sociales en su país? (Indagar acerca de planificación, decisión política, articulación de actores y vinculación con el modelo de atención)

#### **DOTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN**

Teniendo en cuenta el rol del Estado y la capacidad de regulación de los mercados laborales,

- ¿Cuáles serían sus sugerencias para mejorar la dotación y distribución de profesionales en su país en función del modelo de atención? (Indagar acerca de zonas rurales, vulnerables y primer nivel de atención).
- Si en su país la migración de RHS fuera un problema, ¿qué medidas ayudarían a resolverlo?

#### **FORMACIÓN**

En relación con las iniciativas para articular la formación de profesionales de la salud con las necesidades sociales, de vinculación de las instituciones formadoras con los servicios de salud,

- ¿A qué atribuye usted las dificultades para producir y consolidar los cambios en esta dirección? (Indagar propuestas a futuro para fortalecer el vínculo formación profesional-necesidades sociales, modelo de atención y mercado privado de la educación)
- ¿Cómo cree usted que podría estimularse o promoverse la formación en posgrados vinculados con el modelo de atención? ¿Quiénes debieran hacerlo?

## ANEXO II

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, declaro estar informado/a que la participación en el estudio *“Consulta Regional para definir la nueva agenda de desarrollo de Recursos Humanos en Salud post 2015”*, iniciativa de la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud no entraña riesgo alguno para las personas entrevistadas ni para sus actividades laborales.

He tomado conocimiento que este estudio está bajo la responsabilidad del Dr. Hernán Sepúlveda Uribe, Asesor Regional de Recursos Humanos para la Salud de la organización Panamericana de la Salud y las entrevistas estarán a cargo de la Lic. Mónica Abramzón, coordinadora del equipo técnico responsable del estudio.

Asimismo, estoy informado que mi contribución podría aportar al logro de los objetivos del estudio y que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de los testimonios. Los resultados del estudio podrán ser publicados, pero no se hará referencia a mi nombre ni al de mi institución y los datos referenciados no permitirán mi identificación.

Firma.....

Nombre.....

Lugar.....

Fecha.....