

Recursos Humanos en Salud. Bases para una agenda impostergable

Mario Rovere* - Mónica Abramzon**

Resumen

La formulación de una política de Recursos Humanos debe sostenerse en acuerdos de largo plazo acerca de las características de la configuración del sector salud con todos los actores involucrados.

La reforma del Sector Salud ha producido cambios en la organización de los servicios. Algunos de ellos repercutieron fuertemente sobre las prácticas profesionales y las condiciones laborales, agregando nuevos problemas a los ya existentes.

La formación de los profesionales en ciencias de la salud ha cambiado en el mundo sus supuestos educacionales y los ejes sobre los que se define su calidad y relevancia. El *turn over* del conocimiento se ha acelerado e impone mecanismos muy ágiles y accesibles de formación y de educación permanente para acompañar el desarrollo de nuevas tecnologías. La preocupación actual por la gestión de calidad en los servicios de salud demanda contar con profesionales sólidamente formados, tanto en la esfera técnica como en las capacidades comunicacionales y las relaciones interpersonales.

La situación de los recursos humanos en salud refleja la dificultad que ha padecido el país en las últimas décadas para encarar problemas estructurales, especialmente aquellos que requieren medidas y soluciones cuya implementación supere los períodos de gobierno.

La fuerza laboral en salud está constituida por más de 500.000 trabajadores, en su mayoría profesionales universitarios, técnicos y auxiliares. Algunas de las características actuales de este campo son desigual distribución geográfica de profesionales estructura del equipo de salud distorsionada, déficit marcado de enfermería, persistencia de modelos de formación tradicionales, creciente especialización de los profesionales, sistema de residencias subdimensionado y sesgado, falta de estímulo a la formación en carreras estratégicas y al trabajo en áreas críticas, flexibilidad creciente de las formas de contratación y precariedad laboral en todas las categorías.

A fin de abordar estos problemas, se requiere, entre otras acciones, promover el desarrollo de estudios acerca de las necesidades de recursos humanos en salud; crear instancias para la construcción de consensos para encarar procesos de planificación, proponer y aplicar mecanismos de regulación y control de la práctica profesional, implementar sistemas de información permanentes y sistemáticos para sustentar la toma de decisiones; establecer mecanismos fluidos de interacción entre entidades formadoras y empleadoras de recursos humanos; impulsar la redefinición de la formación en ciencias de la salud, salud pública y campos afines, incluyendo la preparación de cuadros técnicos para las funciones directivas, en el marco de carreras profesionales claras y transparentes; implementar programas de desprecariación laboral y adecuar los niveles de remuneración a fin de generar condiciones de trabajo dignas.

Introducción

La República Argentina es, y ha sido durante muchas generaciones, un país que se auto percibe como muy equipado y en ocasiones sobre equipado en recursos humanos, especialmente técnico-profesionales. Este fenómeno, que no siempre coincide con la realidad, ayuda a explicar por qué se ha constituido en uno de los países del continente con mayor retraso en el análisis de esta problemática, y por qué

ha devenido en un país cultor de la cultura de “dejar hacer, dejar pasar”; una política de la omisión basada seguramente en la idea que “las cargas -en algún momento de la marcha- se acomodarán solas”.

Esta visión liberal que confía en alguna mano invisible que modele la relación oferta-demanda de la fuerza laboral en salud puede explicar a su vez las distorsiones en la estructura de la fuerza laboral en salud, la ausencia de sistemas de información sistemáticos, de instancias de diálogo sistemático de los actores sociales relevantes y de marcos mínimos de políticas y planificación global en el campo. Esta política de omisión ha multiplicado sus efectos lesivos en los últimos años.

La crisis de la deuda y las políticas de ajuste, que en forma intermitente se han aplicado en la Argentina, produjeron en la década del 90 una profunda reestructuración económica que impactó sobre las instituciones y las organizaciones sociales en el marco de un proceso global de transformación del frágil Estado de Bienestar alcanzado (Findling et al, 2002)

La Reforma del Sector Salud, ha producido cambios en la organización de los servicios. Algunos de ellos repercutieron fuertemente sobre las prácticas profesionales y las condiciones laborales, agregando nuevos problemas a los ya existentes.

El modelo propiciado para el Sector por los organismos financieros internacionales y adoptado por los gobiernos planteaba servicios públicos dirigidos en forma gratuita sólo a sectores vulnerables, el resto de las prestaciones debería ajustarse a la racionalidad costo/beneficio que rige la actividad privada (Belmartino, 1999)

Las medidas implementadas repercutieron fuertemente en la accesibilidad de la población de bajos recursos a los servicios de salud y generaron un proceso de desregulación y privatización en el sector con capacidad de pago. Se han producido importantes cambios vinculados tanto con nuevas formas de organización de la atención médica como con las transformaciones de las instituciones del sector, instalándose nuevas lógicas de regulación de la oferta y la demanda que se expresan en distintas modalidades de contratación de prestaciones (por ejemplo, pago “per cápita” con facturación sobre valores globalizados o módulos) y el traspaso del riesgo financiero a las aseguradoras.

En este contexto, las condiciones de la práctica profesional quedan fuertemente atadas al modelo organizativo de la atención médica. Las modalidades vigentes se orientan a administrar la oferta, con lo cual se reduce la autonomía profesional en las decisiones relativas a su práctica (Bloch, Luppi, y Aronna, 2003). Actualmente la mayor parte de las contrataciones de profesionales se realiza por pago de honorarios contra facturación, evitando de esta forma las responsabilidades emanadas de

relaciones contractuales de dependencia, eso es, cobertura de salud, pago de cargas sociales, etc.

A partir del régimen de autogestión en los hospitales se produce la tercerización de servicios que comienza por las áreas de alimentación, limpieza y servicios generales y luego se extiende a otros servicios. Ello determina que actualmente un número importante de trabajadores revista administrativamente en otros sectores, por ejemplo, empleados de comercio (Abramzón et al, 2001).

De este modo, desde finales de los años 80 se vienen registrando cambios en la forma de producción de servicios de salud para la población, que han afectado también a los trabajadores del sector salud y determinaron modificaciones en la gestión de los recursos humanos del sector, cuyo papel fue subestimado y olvidado en las agendas de definición de los cambios en el sector, a pesar del protagonismo que debiera tener (Passos Nogueira, 1999).

Una indagación reciente realizada entre expertos en América Latina verifica un consenso superior al 80 % respecto de la falta de priorización del tema de recursos humanos por parte de la autoridad sanitaria (OPS, 2002). Asimismo, la deficitaria información respecto de variables fundamentales para la formulación de políticas y regulación de las prácticas limita significativamente el poder del Estado en ambos espacios (Ferreira, 2002). Tal vez sea esta una de las razones más importantes de la carencia de información que pueda sustentar la toma de decisiones de política de recursos humanos.

Borrell (2002) señala que "en el ámbito regional, la estrategia del Observatorio de Recursos Humanos en Salud, iniciada en 1999 ha puesto de manifiesto algunas tendencias críticas relacionadas con la rectoría del campo, tales como: la desaparición de departamentos, divisiones o áreas de recursos humanos en algunos países o el achicamiento de sus funciones; la ausencia de políticas de recursos humanos en salud; la desaparición de mecanismos regulatorios como las comisiones específicas por profesiones o niveles de formación (comisiones de residencias médicas, de técnicos, etc.); y las continuas divergencias y conflictos entre los ministerios de salud y educación u otros organismos (gremios, asociaciones, colegios) interesados en el control y evaluación de la formación profesional y técnica".

Componentes críticos, análisis que sustentan propuestas

El impacto de las políticas económicas sobre la estructura social en su conjunto y sobre las instituciones formadoras en particular, como las consecuencias que, los procesos de Reforma del Estado y del propio sector salud, están produciendo sobre la gestión de los servicios, los modos de contratación del trabajo, los nuevos escenarios

de práctica, las formas previsibles del modelo de atención que se consolida y, fundamentalmente, sobre las necesidades sociales determinan la **necesidad de producir cambios ineludibles en las políticas de recursos humanos y de formación de los profesionales en salud.**

La dotación de recursos humanos del país, de acuerdo con las últimas estimaciones disponibles (Abramzón, 2005), alcanzaría en 2004 a unas 541.558 personas, alrededor del 3,4% de la población económicamente activa para ese año estimada en 16.000.000 personas (Anexo. Cuadro N° 1).

El análisis de la distribución geográfica de los profesionales da cuenta de la severa distorsión existente en el país. Un reciente estudio realizado a partir de los datos del Censo Nacional de población 2001 demuestra como la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires concentran el 55% de los profesionales considerados mientras que la población radicada en esos distritos no llega al 46%. Por su parte mientras la Ciudad de Buenos Aires tiene una relación de 90 habitantes por médico mientras en Formosa y Misiones esta relación alcanza a 677 y 668 habitantes por médico respectivamente. (Anexo. Cuadro N° 2)

Una de las distorsiones más serias que se identifican en Argentina en la estructura del equipo de salud es la referida a la relación médico / enfermero universitario (título de grado) que para el total del país es de casi 10 y que alcanza, según, los datos censales a 19 médicos por cada enfermero en la Ciudad de Buenos Aires (Anexo. Cuadro N° 3). Es importante considerar que en el campo de la Enfermería la situación es bastante heterogénea ya que se verifica una escasa presencia de las categorías de mayor nivel de calificación (licenciados en enfermería y enfermeros universitarios), una participación irregular de la enfermería profesional y una muy amplia de los auxiliares que en algunas jurisdicciones son mayoría.

La reversión de este fenómeno depende de la implementación de políticas específicas de recursos humanos que tengan como objetivo satisfacer las necesidades de la población al tiempo que ofrezcan oportunidades de formación permanente y condiciones de trabajo dignas para los profesionales. Ello revertirá la concentración en los grandes centros urbanos que, por sus características, son los que brindan mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional con amplias posibilidades de formación y especialización.

La formación de los profesionales en Ciencias de la Salud ha cambiado en el mundo sus supuestos educacionales y los ejes sobre los que se define su calidad y relevancia. El *turn over* del conocimiento se ha acelerado e impone **mecanismos muy ágiles y accesibles de formación y de educación permanente** para acompañar el desarrollo de nuevas tecnologías. La preocupación actual por la gestión

de calidad en los servicios de salud demanda contar con profesionales sólidamente formados, tanto en la esfera técnica como en las capacidades comunicacionales y las relaciones interpersonales.

Por ello, es importante recordar, como señalara Penchaszadeh (1994), que la defensa del principio de la justicia y la equidad en la atención de la salud es sin duda el desafío ético que deben asumir los profesionales de salud cuando el Estado abandona su obligación de garantizar el derecho a la salud, promoviendo una asignación justa y equitativa de recursos al sector.

Estamos convencidos que a pesar de las complejidades e intermediaciones, las instituciones formadoras, en función de su índole, deberían retomar la posición de liderazgo que tuvieron en el pasado, para poder constituirse en un actor social del sector y en un referente ético en la defensa del derecho a la salud de la población. Este es el marco desde el que hoy pareciera necesario repensar los ejes de los procesos de formación de los profesionales en salud.

La formación de los profesionales de la salud se realiza en un número importante de instituciones universitarias, públicas y privadas. En el país existían entre 1960 y 1990 nueve escuelas de medicina, siete públicas y dos privadas. A partir de ese momento, las modificaciones en los marcos legales dispararon un proceso de creación de instituciones que eleva hoy esa oferta a 25, diez carreras en universidades públicas y quince en privadas (Abramzón, 2005).

Las instituciones se instalan en los grandes centros urbanos en los que ya se encontraba radicado el mayor número de profesionales lo que evidencia que su creación no ha respondido a ninguna política de formación de recursos humanos formulada con vistas a atender las necesidades de determinadas áreas o grupos sociales. Antes bien, en la gran mayoría de los casos, los proyectos que las sostienen, y su ubicación, parecen estar orientados por otros criterios. No es casual que, en tiempos de mercado, se instalen en aquellos ámbitos que, por su desarrollo y poder adquisitivo, aseguran una demanda sostenida de estudios de grado y de posgrado.

En este punto, corresponde explicitar una cuestión delicada, que es como debe plantearse la cuestión tan de moda acerca de la "sobrepoblación de médicos". Invocando estándares de validez universal, se pretende convencernos de que la responsabilidad por el aumento de los gastos en salud, por la menor dedicación al paciente, por la especialización excesiva, por las sobreprestaciones que caracterizan a los servicios y por muchos otros males que aquejan hoy a los sistemas de salud nacionales, es del excesivo número de médicos, y no sólo eso, sino que, de acuerdo

con los economistas neoclásicos, por aquello de que la utilidad del trabajo médico pasa a ser negativa, "cuantos más médicos menos salud". (Medici, 1999)

Esta postura parece suponer que pueden establecerse estándares universales, sin tener en cuenta las particularidades de los sistemas nacionales de salud; que el mayor gasto en salud no tiene que ver con las formas de organización de esos sistemas y de los modelos de atención vigentes; que la menor dedicación al paciente no es consecuencia de la pérdida de autonomía y de las condiciones de trabajo que el complejo médico industrial impone a sus trabajadores; que la sobreespecialización no es consecuencia de los desarrollos científicos y la sofisticación tecnológica que caracterizaron la segunda mitad del siglo XX; que las sobreprestaciones que se detectan no son un mecanismo que las propias corporaciones habilitan para garantizar una tasa de rentabilidad del capital invertido que resulte atractiva para garantizar su reproducción y la profundización del proceso; en suma que la menor salud no es consecuencia de las condiciones de vida y de trabajo a las que las políticas formuladas por los organismos financieros e implementadas por los gobiernos nacionales han sometido a las personas.

Estos comentarios no pretenden soslayar la discusión del número de profesionales (médicos) que nuestras sociedades requieren; aun asumiendo que en muchas de nuestras ciudades la concentración es sorprendente, sólo podremos afirmar que su número es excesivo y responsable de los peores males cuando los actores relevantes hayan acordado e implementado las acciones que posibiliten una atención de calidad para todos los ciudadanos, lo que supone replantear las bases a partir de las cuales se formulan las políticas de salud.

Por ejemplo, el número de médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no podría ser estudiado en forma independiente del modelo prestador del área metropolitana que genera una intensa demanda de atención de pacientes que viven en el Gran Buenos Aires. Lo mismo podría decirse de ciudades como Córdoba, Rosario o Tucumán.

En diversos estudios (Borrel Bentz, 2004 y 2001; Abramzón, 2001; Ferreira, 2002) se han señalado los problemas que enfrenta la formación de profesionales de la salud en Argentina y que hoy es menester revertir supeditando la creación de carreras a estudios adecuados que avalen su necesidad o su calidad, con políticas de promoción de determinadas carreras de interés estratégico, con planes de estudio articulados con las cambiantes necesidades sociales.

En los últimos años, se observa una cierta desaceleración en la creación de carreras, lo que podría deberse a la implementación de mecanismos de regulación por parte de las autoridades del Ministerio de Educación.

Algunas universidades han iniciado procesos de evaluación interna y cambio curricular. Sin embargo en líneas generales, se requiere impulsar modificaciones importantes en los planes de estudio para replantear los ejes del proceso de formación adecuándolos a las necesidades sociales.

Es probable que las dificultades técnicas y la falta de recursos pedagógicos y económicos que se alegan para concretar las transformaciones sean consecuencia, en realidad, de rigideces en las estructuras académicas, de la multiplicidad de intereses involucrados tanto internos como externos a la institución y de la falta de articulación intersectorial salud-educación-trabajo que las viabilice.

La formación de posgrado está instalada hoy en todos nuestros países como una instancia imprescindible del proceso de profesionalización que permite la adquisición de una especialidad que facilita o mejora sus condiciones de inserción en el mercado de trabajo. Para las instituciones que brindan esta formación -sistemas de residencia, universidades, colegios o asociaciones profesionales- constituye una fuente de recursos. En el caso de las residencias, los profesionales que allí se forman constituyen recursos de bajo costo sobre los que se sostiene la mayor parte de la atención de salud que prestan esas unidades. Para las otras instituciones, la realización de estas actividades representa una fuente efectiva de ingresos y un antecedente importante para su reconocimiento en el campo de la acreditación y certificación.

La experiencia acumulada y la situación actual, sugieren la necesidad de **pensar la educación de posgrado como una instancia continua o permanente de actualización de contenidos y revisión del quehacer cotidiano en los espacios en que esa práctica tiene lugar**. Vidal (1985) señala que los procesos de educación articulados en el trabajo, al incorporar los conocimientos y prácticas requeridos para atender problemas reales no sólo enriquecen al profesional al posibilitarle la transformación de su práctica sino que facilitan los cambios en esos servicios, asegurando la pertinencia de las prácticas y la calidad de los servicios.

El interés creciente por una concepción de calidad que abarque desde las dimensiones técnicas hasta las dimensiones interpersonales, la mirada atenta sobre los errores y las fallas en los sistemas de atención, los costos crecientes en ocasiones poco justificados y la exigencia y calificación de los propios pacientes, están generando un conjunto nuevo de preocupaciones en los servicios de salud.

Los nuevos enfoques de calidad traen al mundo de la atención de la salud un conjunto de sugerencias entre las que se cuenta la centralidad de los recursos humanos en prestaciones que, en su esencia, continuarán siendo básicamente “servicios de personas para personas”, el énfasis en colocar la calidad en la gestión y sobre todo

en la cultura de las organizaciones, la exploración cuidadosa de la calidad desde la perspectiva subjetiva del usuario, los estudios en profundidad sobre las competencias que deben desarrollar los profesionales que enfrentan problemas complejos y poco estructurados incluyendo la capacidad de redefinir con cierta frecuencia sus propias prácticas, el desempeño colectivo de equipos interdisciplinarios, etc. (Rovere, 2004)

La discusión incluye la reflexión de cómo se aprende y cuáles son los procesos que un sujeto atraviesa para aprender algo. En este sentido, **existe hoy acuerdo en que los aprendizajes significativos, resultan de enfrentar problemas, intentar solucionarlos, buscando la información pertinente y logrando gratificación personal en su solución.** La experiencia personal del sujeto juega un papel muy importante en el aprendizaje ya que da cuenta del modo en que interactúa el sujeto con las condiciones del medio en el que ejerce (Ribeiro, 2003).

Es justamente frente a estas cuestiones que la mirada se vuelve hacia las universidades, imaginadas como aliadas estratégicas en la Educación Permanente aún asumiendo las fuertes brechas culturales que persisten entre la universidad y los servicios y del reconocimiento de la necesidad de un mayor intercambio, de discutir y compartir soluciones.

El proceso de trabajo en salud, al igual que en educación, se caracteriza por articular un conjunto de factores y personal para producir un resultado que es la satisfacción de una necesidad socialmente determinada. A su vez, ese proceso se inscribe en un medio institucional que lo orienta a partir de numerosas determinaciones relacionadas con los recursos asignados, la tecnología disponible, las características de las relaciones al interior de la organización, etc. (Brito, Novick, Mercer, 1993).

El trabajo en las instituciones se caracteriza por contener una diversidad de profesionales, profesiones, usuarios, tecnologías que establecen relaciones sociales e interpersonales, formas de organización, espacios y ambientes. A ello se suma la complejidad de la naturaleza de los procesos sobre los que actúa, salud, enfermedad, muerte y las decisiones y variables implicadas en esos procesos.

Se trata de revertir la fragmentación que caracteriza este trabajo basada en el principio taylorista de separación entre la concepción de la tarea y su ejecución, como un requisito para la productividad (Brito Quintana, Roschke e Ribeiro, 1994).

El trabajo en salud, por sus especificidades, es un trabajo reflexivo en el cual las decisiones que se toman requieren una articulación de saberes provenientes de diversas instancias: formación general (con énfasis en el conocimiento científico), formación profesional (con énfasis en el conocimiento técnico) y la experiencia laboral y social mediada por la dimensión ético-política. El trabajo en salud, se caracteriza así

por desarrollarse en un contexto de incertidumbre resultante de una demanda indeterminada, discontinua, que exige rápidas respuestas por lo cual la lógica que lo orienta no puede ajustarse a una normatización técnica rígida acorde con determinados criterios de productividad (Offe, 1991 apud Deluiz, 2002).

Actualmente, la flexibilización e integración de los procesos productivos jerarquiza la subjetividad y el saber tácito de los trabajadores, esto es, su saber real más que su saber formal. Los conocimientos globales que sostienen la preparación de ese trabajador que a su vez requieren una sólida educación básica, juegan un papel importante en ese saber. De este modo, se consolida la idea de que **la construcción de aprendizajes va más allá de la adquisición formalizada de saberes académicamente validados y debe incluir también la diversidad de experiencias que el sujeto enfrenta tanto en el trabajo como en su vida y en la escuela** (Ramos, 2002) para lo que el modelo de calificación resulta insuficiente para fundamentar las nuevas necesidades por lo que actualmente se requiere pensar en competencias que se deben desplegar en la situación de trabajo.

La Educación Permanente (EP) resulta una herramienta útil para lograr cambios significativos en los procesos de formación, al centrar la propuesta educativa en el análisis de los problemas del trabajo, con base en prácticas concretas e integrando la teoría y la práctica (Davini, 1997a, b). El potencial transformador de la EP reside en que constituye un proceso de aprendizaje que debe desarrollarse siempre ligado a los servicios y a las prácticas con las que se vinculan los profesionales y en consecuencia, está siempre en constante revisión.

El trabajo en salud se ha vuelto progresivamente un trabajo más alienante como consecuencia del incremento de las demandas, la carencia de recursos y de la situación social que afecta tanto a los pacientes como a los propios trabajadores del sector. Tal vez por eso se escucha con tanta frecuencia hablar del *burn out*, un concepto reiterado en los eventos de salud que deja entrever que se ha encontrado una palabra “depósito” de una sensación que parece bastante generalizada.

La modificación favorable de las condiciones de trabajo y la propia EP pueden aportar mucho a esta problemática ya que en los estudios que exploran las motivaciones, los posibles estímulos y su relación con las condiciones de trabajo surge que **uno de los incentivos más relevantes es que los propios profesionales se constituyan en sujetos de sus procesos de trabajo, reflexionando sobre los problemas de organización y funcionamiento, identificando y removiendo obstáculos y diseñando nuevas respuestas a los problemas tradicionales o emergentes que enfrentan los servicios de salud.**

Rasgos que caracterizan el Campo de Recursos Humanos en Salud

En líneas generales puede afirmarse que el campo Recursos Humanos en Salud en Argentina se caracteriza hoy por:

- Desaceleración en el ritmo de crecimiento de la oferta de carreras de salud.
- Mayor participación de instituciones privadas en la oferta de carreras, sobre todo en aquellas que requieren una baja inversión.
- Persistencia de modelos de formación tradicionales, centrados en la enfermedad y no en los problemas de la comunidad.
- Menor ritmo de crecimiento de la demanda por estudios de Medicina y expansión de otras entre las que se destacan Nutrición y Kinesiología.
- Falta de políticas de promoción y estímulo de determinadas carreras con el objetivo de revertir el déficit marcado de algunas categorías profesionales, Enfermería, por ejemplo.
- Importante distorsión en las relaciones dentro del equipo de salud, especialmente en la relación médicos/enfermeros.
- Falta de mecanismos de regulación de la formación en Enfermería y otras tecnicaturas, ante la dispersión existente de instituciones.
- Marcadas desigualdades en la distribución geográfica de todas las categorías profesionales.
- Creciente flexibilidad en las condiciones de contratación y precariedad laboral en todas las categorías del equipo de salud.
- Inexistencia de sistemas de información permanentes de las variables claves para el campo de recursos humanos en salud.

Por ello, a modo de hipótesis, podría señalarse que las lógicas que orientan la configuración de los equipos de salud parecieran estar más determinadas por los marcos normativos, la tradición y la cultura de los servicios, los establecimientos y las especificidades de los sistemas de salud de las jurisdicciones que por las necesidades que imponen los perfiles epidemiológicos, el grado de desarrollo y complejidad de esos servicios y los problemas específicos de los grupos sociales que deben ser atendidos. De otro modo, si las configuraciones de los equipos de salud respondiesen a estos últimos factores, entonces debería registrarse una diferente organización de los servicios, en términos del empleo de recursos humanos tanto en el sector público como en el privado y dentro de cada una de los subconjuntos analizados.

Rasgos para definir una agenda de RRHH en salud

Una política de recursos humanos en salud debe estar orientada a la necesaria generación de un sistema de salud que articule la enorme fragmentación que hoy

distorsiona la capacidad de respuesta y dilapida los recursos disponibles para mejorar las condiciones sanitarias.

Aunque es materia de otros documentos sectoriales, es bueno explicitar a manera de **propósito** que esta propuesta se orienta a sumar esfuerzos para lograr **equidad y universalidad en el efectivo ejercicio del derecho a la salud para todos los habitantes del país**, una meta inaceptablemente resignada por las políticas de salud de los últimos 15 años, y que pensamos que **ese logro es posible a través de la constitución de un sistema articulado e integrado de salud**. Un sistema mixto pero con una fuerte centralidad del sector público que hoy representa la única opción para el 48 % de los argentinos y una preferencia para muchos otros millones que, pudiendo elegir, eligen este subsector para resolver sus problemas de salud

La formulación de una política de recursos humanos en salud para la Argentina supone comprender una serie compleja de fenómenos, establecer directrices razonables y estudiar la correlación de fuerzas que las hagan en principio viables y/o sugieran estrategias para viabilizarlas (Rovere, 1993).

En principio como elemento referencial en la lógica de una **visión** proponemos que en el mediano plazo

el país cuente con una dotación sustentable de recursos humanos en salud dimensionada en función de los requerimientos de un sistema de atención de cobertura y acceso universal, equitativo y organizado por niveles de atención y especialización de complejidad creciente, comenzando por un amplio y abarcativo primer nivel y articulado con los otros niveles de manera fluida y continente.

Para ello se espera contar con

una fuerza laboral altamente calificada, en permanente dinámica de aprendizaje, con capacidad de trabajo en redes y en equipos interdisciplinarios, comprometido con las necesidades de la población y generoso con su conocimiento y con una capacidad de dialogo democrático y fluido con ella, analista crítica del sistema de salud y agente protagónico de las reformas sanitarias necesarias.

En ese cometido se prevé:

la generación de una instancia colegiada técnico-política de carácter intersectorial, un Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud con la participación activa y el liderazgo de los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo y de actores clave del campo que tenga como objetivos construir consensos, generar investigaciones, analizar y evaluar la información estratégica del área dinamizando procesos de cambio y que promueva consejos subnacionales (regionales, provinciales o municipales) que operen articulados entre sí (en red), y que establezcan y brinden

apoyo y seguimiento a las diferentes herramientas de regulación democrática que se vayan estableciendo en este campo.

Los principales campos de actuación se orientarán a lograr:

- Una formación técnica y profesional acorde a las necesidades de recursos humanos que el país necesitará en horizontes de mediano y largo plazo que serán actualizados a partir del análisis y definición consensuada de las responsabilidades claras de cada institución y de los perfiles laborales acordes con los modelos prestadores que el país consolide.
- Una dotación adecuada de recursos humanos calificados y motivados equitativamente distribuidos a lo largo y ancho del país, con carreras sanitarias actualizadas, con remuneraciones dignas y horarios prolongados que reduzcan sustancialmente la necesidad del multiempleo, con estabilidad laboral y nuevas flexibilidades tales como designaciones que permitan desarrollar la experiencia laboral trabajando en diferentes posiciones en la red de servicios, combinado con sistema de estímulos económicos y extraeconómicos para equipos de salud en función de resultados.
- Una reformulación de la estructura de la fuerza laboral en salud con metas progresivas de corrección de la relación médicos-enfermeros, generalistas-especialistas, médicos-otros profesionales de salud y la resolución de puntos críticos de disponibilidad de recursos humanos en profesiones y especialidades específicas.
- Un sistema extenso de educación permanente en convenio con las universidades que, en función de los problemas de salud emergentes, de las necesidades de adecuación de los servicios y de las innovaciones científico-tecnológicas, mantenga actualizado a los equipos de salud en todo el país y articule todas las actividades docentes de los servicios: las prácticas de grado, las residencias y concurrencias, las capacitaciones propuestas por los programas de salud, etc.
- La promoción de nuevos modelos de liderazgo democrático y de gestión participativa en los servicios de salud que faciliten el activo protagonismo del personal en todos sus niveles para el logro de soluciones acordes con las múltiples y diferenciadas necesidades de grupos poblacionales.
- La convergencia con un movimiento integral de calidad de los servicios de salud centrada en el ciudadano, que facilite y multiplique las instancias de diálogo e interacción entre la población las organizaciones sociales y los servicios de salud.

Líneas estratégicas de acción

- generar instancias para la construcción de consensos para sustentar procesos de planificación,
- diseñar y aplicar mecanismos democráticos de regulación y control social de las prácticas profesionales,
- desarrollar sistemas de información permanentes y sistemáticos para sustentar la toma de decisiones;
- promover el desarrollo de estudios acerca de las necesidades de recursos humanos en salud;
- establecer mecanismos fluidos de interacción entre entidades formadoras y empleadoras de recursos humanos;
- Generar en todo el país polos de educación permanente en salud de carácter interinstitucional que dinamicen la resolución de problemas, la actualización científico- tecnológica y la investigación-acción.
- impulsar la redefinición de la formación en salud pública y campos afines, incluyendo la preparación de cuadros técnicos para las funciones directivas,
- promover carreras profesionales claras, transparentes y sustentables;
- implementar programas contra la precarización laboral y
- fijar niveles de remuneración acordes con condiciones de trabajo dignas.

Conclusión

Considerar la problemática de sus recursos humanos es un rasgo inherente a un país que puede pensar más allá de la coyuntura. Los desequilibrios acumulados en la fuerza laboral de salud requieren el protagonismo activo de tradicionales y nuevos actores relevantes del campo, universidades y formadores en general, colegios y asociaciones profesionales y científicas, empleadores, financiadores y, especialmente, de representantes de las organizaciones sociales y de la población en general. El liderazgo del Estado para efectivizar responsablemente su complejo rol en la configuración de mecanismos eficientes de regulación democrática requiere desarrollar, a través de sus áreas implicadas Educación, Salud y Trabajo, efectivas funciones de convocatoria amplia, de promotor de reformas y adecuaciones, de proveedor de información confiable y, sobre todo, de garante del interés común, en este caso, del derecho a la salud de los argentinos.

* Médico, UBA. Especialista en Administración hospitalaria, Universidad Nacional de Salta. Diplomado en Salud Pública, UBA. Director de la Maestría en Salud Pública, Instituto de la Salud "Juan Lazarte", Universidad Nacional de Rosario. Docente de Maestrías en Política Social en la Universidad de Buenos Aires, FLACSO y Universidad Nacional de Salta. Docente del Curso de Gestión y Liderazgo Universitario (IGLU) Organización Universitaria Interamericana Sede Cono Sur en "Planificación Estratégica de la Educación Superior". Coordinador asociado de la Maestría de Salud Pública, UBA. Consultor de la Red UNIDA (proyectos de articulación Universidad-Servicios de Salud-comunidad) promovida por la Fundación Kellogg's en varios países de América Latina. Docente de la Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES-FLACSO. Investigador invitado Instituto Gino Germani

** Licenciada en Sociología, UBA. Especialista en Recursos Humanos en Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Osvaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil. Docente responsable del Módulo Recursos Humanos en Maestría en Salud Pública, UBA. Docente Recursos Humanos en Carrera de Especialista en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Docente Recursos Humanos en Maestría en Salud Pública, Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario. Consultora corto plazo en Recursos Humanos en Salud, OPS. Investigadora Área Salud, Instituto de Investigaciones Gino Germani, FSOC, UBA.

Bibliografía

- ABRAMZÓN, M. (2005): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires. (En prensa)
- ABRAMZON, M.; CADILE, M. C. (2001): Recursos Humanos en Salud en Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998. En: *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.
- BELMARTINO, S. (1999): *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Lugar Editorial. Buenos Aires.
- BLOCH, C. (1998): Análisis del proceso de la atención médica en Argentina en el marco de los cambios políticos, económicos y sociales producidos en los últimos 15 años. Centro de estudios médicos y sociales. Rosario.
- BLOCH, C.; LUPPI, I.; ARONNA, A.(2003): *Mercado de Trabajo Médico*. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario
- BORRELL BENTZ, R. M.(2002): El sistema de residencias en salud y las políticas de recursos humanos en argentina. Ponencia Jornadas "Residencias del Equipo de Salud: Desafíos actuales". DIRCAP-GCBA/IIGG -FCS-UBA. Buenos Aires
- (2005): Desarrollo curricular de las residencias médicas en la argentina". Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina Universidad de Buenos Aires. Publicación N° 60. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires (En prensa)
- (2001): Apreciaciones sobre las residencias médicas en Argentina. En: *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Publicación N° 53. Representación OPS/OMS en Argentina. Buenos Aires.
- BRITO, P. (2002): Elementos para un acercamiento a la problemática y perspectiva de los recursos humanos en salud. En: Cuevas Álvarez, L. y Brito P. (coord.): *Presente y Futuro en la Formación, Práctica y Regulación Profesional en Ciencias de la Salud*. OPS- OMS y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Ediciones de la Noche. México.
- BRITO, P.; CAMPOS, F.; NOVICK, M. (1996): *Gestión de Recursos humanos en las reformas sectoriales de Salud: Cambios y Oportunidades*. OPS, Washington.
- BRITO, P.; ROSCHKE, M. A.; RIBEIRO E. C.(1994): Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios de salud. En: HADDAD, J.;ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Editores (1994).: Educación Permanente de personal de salud. OPS-OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. N° 100. Washington.
- BRITO, P., MERCER, H.; NOVICK, M. (1993): El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. En: *Educación Médica y Salud*. OPS-OMS. Vol. 27 N° 1. Washington.
- DAVINI, M. C. (1997a): Esquema básico de para la organización de la capacitación de las unidades de coordinación provincial. OPS-Ministerio de Salud- Area Materno Infantil. Mimeo. Buenos Aires.
- (1997b): Prácticas laborales en los servicios de salud. Las condiciones del aprendizaje. En: HADDAD, J.;ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Editores (1994).: Educación

Permanente de personal de salud. OPS-OMS. Serie de Desarrollo de Recursos Humanos. N° 100. Washington.

DELUIZ, N. (2002): Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. En: Formação. PROFAE-Ministerio de Saúde. N° 2. Mayo 2002.

FERREIRA, J. R. (2002): "Escenarios posibles de la educación, la práctica y su regulación en las profesiones de salud de los países del Mercosur". En: Cuevas Álvarez, L. y Brito Pedro (coord.): *Presente y Futuro en la Formación, Práctica y Regulación Profesional en Ciencias de la Salud*. OPS- OMS y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Ediciones de la Noche. México.

FINDLING, L, ARRUÑADA, M y KLIMOVSKY, E. (2002): Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. En *Cadernos de Saude Publica*, Vol 18 N° 4. Rio de Janeiro, Brasil.

MEDICI, A. C. (1999.): "Los desafíos de la formación médica en el próximo siglo", en: *Cuadernos Médicos Sociales* (76) 93-105, Rosario.

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

PASSOS NOGUEIRA, R. (1999): Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. En: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde*. Ministerio de Saúde- OPS Brasil-Universidad Federal Rio Grande do Norte, Natal.

PENCHASZADEH, V. (1994): "Desafíos éticos en la Educación Médica y Práctica Médica frente a las transformaciones sociales y tecnológicas del fin del siglo XX", en: *Encuentro Continental de Educación Médica*. OPS/OMS - Facultad de Medicina Universidad de la República. Montevideo,.

RAMOS NOGUEIRA, M. (2002): Qualificação, competências e certificação: visão educacional. En: Formação. PROFAE-Ministerio de Saude. N° 2. Mayo 2002

RIBEIRO, E. C.(2003): Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas. Tesis de Doctorado. Instituto de Medicina Social. UFRJ, Rio de Janeiro.

ROVERE, M. (2004): *Gestión de Calidad de los Posgrados de Salud Pública. Adecuación crítica en un mundo en cambio*. OPS/OMS-ALESP. Washington

ROVERE, M. (1993): *Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud*. OPS-OMS, Washington.

VIDAL LAYSECA, C. (1985): "Educación permanente o continua en América Latina", OPS, PWR/Argentina, 1985.

ANEXO

CUADRO N° 1

Estimación de la fuerza de trabajo sectorial, categorías seleccionadas. 2004

Categoría	Número
Bioquímica	19.629
Enfermería	14.474
Farmacia	19.510
Fonaudiología	7.809
Kinesiología	13.055
Medicina	122.623
Nutrición	6.170
Obstetricia	4.211
Odontología	35.592
Psicología	52.499
Veterinaria	18.233
Auxiliares de enfermería y empíricos	57.000
Ingenieros Sanitarios	1.000
Trabajadores Sociales	3.300
Técnicos (excluidos profesionales)	35.091
Administrativos	60.814
Servicios Generales	70.548
Total	541.558

FUENTE: Abramzón, M. (2005): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina. (En prensa)

Cuadro N° 2

Población y Médicos. 2001

Jurisdicción	Habitantes	Médicos	Habitantes/ médico
Buenos Aires	13.827.203	36.931	374
24 Partidos Gran Bs. As.	8.684.437	19.496	445
Resto Pcia. Bs. As.	5.142.766	17.435	295
Catamarca	334.568	669	500
Ciudad Autónoma de Bs. As.	2.776.138	30.696	90
Chaco	984.446	1.732	568
Chubut	413.237	959	431
Córdoba	3.066.801	13.532	227
Corrientes	930.991	2.215	420
Entre Ríos	1.158.147	2.383	486
Formosa	486.559	719	677
Jujuy	611.888	1.145	534
La Pampa	299.294	695	431
La Rioja	289.983	775	374
Mendoza	1.579.651	4.478	353
Misiones	965.522	1.446	668
Neuquen	474.155	1.308	363
Río Negro	552.822	1.432	386
Salta	1.079.051	2.159	500
San Juan	620.023	1.551	400
San Luis	367.933	929	396
Santa Cruz	196.958	493	400
Santa Fe	3.000.701	9.469	317
Santiago del Estero	804.457	1.267	635
Tierra del Fuego	101.079	336	301
Tucumán	1.338.523	3.757	356
Total	36.260.130	121.076	299

FUENTE: Abramzón, M. (2005): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina. (En prensa)

CUADRO N° 3

Relación Médicos / Enfermeros Universitarios. 2001

Provincia	Médicos	Enfermeros/ universitarios	Médicos/ Enfermeros
Buenos Aires	36.931	3.176	12
24 Partidos Gran Bs. As.	19.496	2.053	10
Resto Pcia. Bs. As.	17.435	1.123	15
Catamarca	669	145	5
Ciudad Autónoma Bs. As.	30.696	1.647	19
Chaco	1.732	267	7
Chubut	959	180	5
Córdoba	13.532	1.860	7
Corrientes	2.215	229	10
Entre Ríos	2.383	526	5
Formosa	719	314	2
Jujuy	1.145	219	5
La Pampa	695	54	13
La Rioja	775	112	7
Mendoza	4.478	394	11
Misiones	1.446	294	5
Neuquén	1.308	187	7
Río Negro	1.432	156	9
Salta	2.159	499	4
San Juan	1.551	303	5
San Luis	929	119	8
Santa Cruz	493	126	4
Santa Fe	9.469	1.075	9
Santiago del Estero	1.267	141	9
Tierra del Fuego	336	38	9
Tucumán	3.757	553	7
Total	121.076	12.614	10

FUENTE: Abramzón, M. (2005): *Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004*. Publicación N° 62. Representación OPS en Argentina. (En prensa)