

Educación médica y salud



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Educación médica y salud es una publicación trimestral de la OPS creada en 1966 para servir a los países del Continente en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en salud. En sus páginas se dan a conocer experiencias en el proceso enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones técnicas en el campo educacional. La revista incluye también una sección de noticias de interés en el campo del desarrollo de recursos humanos en salud y otra de reseñas de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

Colaboran con la OPS en la publicación de *Educación médica y salud* las siguientes instituciones:

UNION DE UNIVERSIDADES DE LA AMERICA LATINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES
(ESCUELAS) DE MEDICINA
FEDERACION PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE ENFERMERIA
ASOCIACION LATINOAMERICANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA
FEDERACION LATINOAMERICANA DE ASOCIACIONES NACIONALES
DE ESCUELAS DE MEDICINA VETERINARIA

El precio de la suscripción anual es EUA\$2.00 ó su equivalente en la moneda del país respectivo. Los pedidos deben enviarse a:

Oficina Sanitaria Panamericana
525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, E.U.A.

Otras publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud incluyen la revista técnica mensual *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, que se publica desde 1922; el *Bulletin* en inglés, publicado trimestralmente, que contiene selecciones del *Boletín* en español; la *Gaceta*, revista trimestral ilustrada (español

e inglés); el *Informe Epidemiológico Semanal*, con información recibida de los Gobiernos y de la OMS sobre casos de enfermedades cuarentenables y transmisibles en las Américas y en el mundo, y la serie de publicaciones especiales (*Documentos Oficiales*, *Publicaciones Científicas* y *Otras Publicaciones*).

Educación médica y salud

Volumen 7, Números 3-4
1973

251 **Nota editorial**

Artículos

- 253 Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina—JORGE ANDRADE
- 265 Bases para la formulación de una política de recursos humanos a nivel nacional—ABRAAM SONIS
- 285 Aspectos políticos de la planificación de recursos humanos para la salud—EUGENE A. CONFREY
- 305 Distribución geográfica de los médicos: factores que la afectan—FRANCISCO YÉPES
- 316 La emigración de personal médico desde América Latina a los Estados Unidos de América—hacia una interpretación alternativa—OSCAR OZLAK Y DANTE CAPUTO
- 343 Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en América Latina—MARGARET C. E. CAMMAERT
- 351 La extensión de la cobertura de los servicios de salud y los recursos humanos—J. V. PILLET
- 378 Participación de la universidad en la planificación de la salud—RODRIGO GUTIÉRREZ
- 387 Requerimientos de personal de salud en base a las características del trabajo—WILLIAM A. REINKE
- 403 Sistemas de información sobre recursos humanos para la salud—J. A. MORAN
- 413 Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud—RECOMENDACIONES

Reseñas

- 421 Recomendaciones y metas del Plan Decenal de Salud para las Américas sobre recursos humanos para la salud

436 **Indice**

*Las opiniones expresadas en los artículos
que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores.*

Nota editorial

En el decenio pasado los países de las Américas iniciaron un proceso de planificación de su desarrollo económico y social, incluyendo el sector salud, con el fin de acelerar la solución de los problemas prioritarios. En el presente decenio, los Gobiernos se han fijado nuevas metas para el desarrollo del sector salud, las que se encuentran resumidas en el Plan Decenal de Salud para las Américas para el período 1971-1980. Dicho Plan, recogiendo la inquietud de los países en relación con los recursos humanos, recomienda llevar a cabo en cada país un proceso de planificación de dichos recursos integrado a la planificación de salud, como uno de los medios para conseguir los objetivos propuestos.

La planificación de recursos humanos deberá enfrentar diversos problemas y responder a numerosos desafíos, originados, entre otros factores, en el divorcio existente entre los programas de formación y los de utilización del personal; la limitación de los sistemas de información; el estado preliminar de los métodos y las investigaciones sobre recursos humanos; carencia de servicios de salud por un 37% de la población; inadecuada disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros para hacer frente a las necesidades de los servicios; inversión de la pirámide de personal de salud, que determina que los servicios de atención estén centrados en el personal profesional en detrimento del personal técnico y auxiliar; predominio de médicos especialistas en perjuicio de médicos generales; concentración del personal de salud en las ciudades, con abandono de las áreas rurales.

Debido a la complejidad de los factores que determinan estos problemas, el proceso de planificación de recursos humanos tendrá que superar dificultades de orden social, económico y político y ofrecer soluciones creativas, eficaces y operativas, de acuerdo con la situación propia de cada país y las prioridades asignadas por sus respectivos Gobiernos.

Frente a lo vasto de los objetivos y problemas que se plantean a la mayoría de los países en esta etapa inicial del desarrollo de la planificación de recursos humanos, ha surgido la necesidad de intercambiar y sistematizar experiencias en este campo a través de diversos mecanismos. Consciente de ello, la OPS/OMS auspició, junto con el Gobierno del Canadá, la Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, que se celebró en Ottawa, del 10 al 14 de septiembre de 1973, con el objeto de fomentar y prestar asistencia

al desarrollo de programas nacionales de recursos humanos para la salud en todo el Hemisferio.

En la Conferencia—a la que asistieron representantes de todos los países miembros de la OPS—se analizaron los siguientes temas generales; problemas y objetivos de la planificación de recursos humanos para la salud; instrumentos de la misma, y prioridades para la acción en planificación de recursos humanos, y los siguientes temas específicos: los programas nacionales de planificación de recursos humanos y la planificación de la salud; su coordinación con la planificación y las instituciones educacionales y la participación de la comunidad; los sistemas de información; metodología de la planificación de recursos humanos; orientaciones para los programas de recursos humanos, en particular la extensión de la cobertura en áreas rurales; formación de planificadores y personal de salud, e investigaciones en recursos humanos.

La importancia de la información y los conceptos vertidos en los documentos presentados, al igual que en las recomendaciones de la Conferencia, nos han estimulado a ofrecer a los lectores de *Educación médica y salud* el primer acopio del material de la Conferencia. Sin lugar a dudas, constituye un valioso aporte, no sólo para los especialistas en recursos humanos, sino también para los planificadores de la salud y para todos los interesados en la formación de personal profesional, técnico y auxiliar.

Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina

DR. JORGE ANDRADE¹

La planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina, al igual que en el resto del mundo, ha atraído la atención sólo en estos últimos años y recién empieza a desarrollarse. Hace 20 años, el *Resumen de los informes sobre condiciones sanitarias en las Américas, 1950-1953* contenía una relación muy incompleta y no comparable del personal empleado en servicios de salud pública de los países de la Región (1). Sin embargo, la publicación de la misma serie aparecida en junio de 1958 incluyó información sobre existencias globales nacionales de médicos, personal de enfermería, odontólogos, ingenieros sanitarios y médicos veterinarios, y decía textualmente: "Esta información es esencial para la planificación sanitaria, pues precisa tomar en consideración los recursos de personal disponibles, y, en caso de que sean insuficientes, desarrollar los medios de educación y adiestramiento con el fin de satisfacer la necesidad de nuevos trabajadores sanitarios para la ampliación de los programas de salud pública" (2). Tal aseveración constituye, probablemente, la primera referencia explícita a la planificación de recursos humanos en un documento oficial a nivel regional.

En las metas establecidas en 1961 en la Reunión de Punta del Este (3) se acordó "determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión". Luego, en la Reunión de Ministros de Salud celebrada en abril de 1963 en Washington, D.C., se señaló que "la formación de médicos debe ser concebida como un proceso sistemático orientado a objetivos precisos, como parte inseparable de cualquier programa de salud y, por tanto, ser objeto de una planificación cuidadosa. Por ello se considera aconsejable que se lleve a cabo una revisión en los actuales programas de enseñanza de la

¹ Jefe, Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Venezuela.

medicina. Esta revisión, y la planificación de futuras actividades de estos centros de enseñanza, es conveniente que se haga en forma conjunta por los encargados de programar la educación médica, en estrecha colaboración con los representantes de las instituciones implicadas en la atención médica y cuidado de la salud de los países" (4).

Como consecuencia del interés manifestado por los Gobiernos a través de las dos declaraciones antes citadas, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Milbank Memorial promovieron en 1963 una Conferencia de Mesa Redonda sobre Recursos Humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina, la cual tuvo lugar en Nueva York. En esa reunión se establecieron las bases conceptuales y metodológicas de los estudios de recursos humanos en la Región y se contrajo el compromiso de promover uno de tales estudios en un país de la América Latina (5).

Como consecuencia de lo anterior, se llevó a cabo el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia, el cual motivó, en 1967, la celebración de una Conferencia en Maracay, Venezuela, en la que educadores médicos y funcionarios de salud pública de la mayoría de los países de la Región analizaron la metodología utilizada y los resultados obtenidos.

El trabajo realizado en Colombia comprendió el diagnóstico de la situación de salud, análisis de los recursos humanos y educativos en relación con médicos y enfermeras, investigación de los recursos institucionales para la atención médica, y estudio de los factores socioeconómicos relacionados con la salud. Sin embargo, en la parte específica de recursos humanos se limitó sólo a médicos y enfermeras. Dice el informe final de la reunión de Maracay: "La Conferencia reconoció la utilidad de que un estudio de recursos humanos cubra, además de los médicos y enfermeras, a otros grupos entre los cuales se citó a los odontólogos, los laboratoristas y los ingenieros sanitarios". Más adelante, dice: "Por supuesto, en la formulación de planes para los estudios de recursos humanos no pueden olvidarse los aspectos económicos, pues es natural que su costo aumentará a medida que se intente cubrir un margen más amplio de personal. Por ello, corresponderá a cada país decidir acerca de la amplitud que estos estudios deben tener de acuerdo con sus necesidades y posibilidades (6).

En forma más o menos simultánea, o siguiendo la experiencia de Colombia, se efectuaron estudios de recursos humanos para la salud en Perú (7), Chile (8) y Argentina (9). En El Salvador se realizó uno limitado a la profesión médica (10) y en Venezuela otro sobre recursos humanos en odontología cuyos resultados están en proceso de publicación.

Al mismo tiempo que se sucedían los hechos antes anotados, los países

de la América Latina comenzaron a encarar, desde la primera mitad de la década de los sesenta, el problema de la planificación de la salud. Así, en abril de 1965, apareció un folleto titulado *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*, elaborado en el Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela, a solicitud de la OPS y con su colaboración (11). Dicha publicación sentó las bases para el desarrollo del proceso de planificación de la salud en la América Latina y dio origen al llamado método "OPS-CENDES", en cuya aplicación se han adiestrado la mayoría de los planificadores de la salud de los países latinoamericanos.

En fecha más reciente, el Centro Panamericano de Planificación de la Salud de la OPS, en Santiago de Chile, ha estado trabajando en el desarrollo de modelos globales aplicables a la planificación de la salud, en los cuales se asigna la mayor importancia a los recursos humanos.

A pesar de todas las valiosas iniciativas y de los esfuerzos antes mencionados, hasta ahora no sabemos de ningún país latinoamericano que haya logrado preparar y poner en ejecución un plan de desarrollo de recursos humanos integrado a su plan general de salud. Eso llevó a los Ministros de Salud del Continente, en su III Reunión celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972 a recomendar, dentro del Plan Decenal de Salud para las Américas, el desarrollo, en cada país, de un proceso de planificación de recursos humanos integrado a la planificación de la salud (12).

La celebración de esta Primera Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos para la Salud constituye un paso importante hacia la consecución de tal meta y una oportunidad para discutir los problemas y perspectivas en relación con dicho cometido.

PROBLEMAS

Los problemas que confronta y que deberá resolver la planificación de recursos humanos en América Latina son de naturaleza muy variada. Sin que pretendamos hacer una enumeración y análisis exhaustivos, procuraremos pasar revista a algunos de los aspectos más relevantes y de cuyo análisis y solución dependen, en gran medida, las perspectivas del proceso de planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina en los próximos años.

1. *Decisiones sobre recursos humanos fuera del contexto de la planificación general de salud.* Como se señaló, en América Latina los conceptos de planificación de recursos humanos y salud en general tuvieron un desarrollo histórico inicial separado, a pesar de haber sido promovidos, fundamentalmente, por el mismo organismo internacional, la

OPS. Si bien el método OPS-CENDES implica la consideración de los recursos humanos como parte integral de la planificación de la salud, en su descripción inicial, a nuestro juicio, no se destaca suficientemente este elemento.

Lo anterior, unido a un inadecuado acceso de los planificadores de salud a la información sobre recursos humanos y a la separación de los niveles de decisión política en salud y educación, particularmente la universitaria, trajo por consecuencia que por varios años no fuese percibida claramente la idea de que la planificación del desarrollo de recursos humanos no puede tener éxito si no se efectúa como parte integral de todo el proceso de planificación de la salud.

Tal es la trascendencia de ese concepto que algunos de los estudios de recursos humanos llevados a cabo hasta ahora, al realizarse al margen o en ausencia de un proceso general de planificación de la salud debidamente desarrollado, debieron incluir áreas—como los estudios de morbilidad y de instituciones de atención médica—que iban más allá de su ámbito específico y a pesar de ello su aplicabilidad se vio limitada.

2. *Enfoque por grupos ocupacionales aislados.* Con excesiva frecuencia, en la América Latina al igual que en otras regiones, las diversas profesiones y ocupaciones de la salud tienden a desarrollarse en forma aislada unas de las otras. Ello se manifiesta en los programas educacionales, en la dirección de los servicios y, por supuesto, en la toma de decisiones en cuanto a cantidad y calidad de personal a formar y utilizar.

Ese desarrollo resulta conceptualmente incorrecto porque el efecto de las actividades de salud a nivel colectivo nunca se debe a la acción de un determinado grupo profesional aislado y las funciones que desempeñan unos y otros son interdependientes y complementarias.

En la América Latina se ha hablado mucho del “equipo de salud” y de la necesidad de planificar conjuntamente la formación de todos sus integrantes, tratando de desarrollar en cada uno de ellos la actitud indispensable para la colaboración y complementariedad. Sin embargo, hasta que el concepto de “equipo de salud” no se concrete en términos de funciones específicas y coincidencia en tiempo y espacio, no será posible aplicarlo a la planificación de recursos humanos. Ello presupone la definición no de uno sino de tantos “equipos” como “servicios” se presten. Así, habría un equipo para la atención médica ambulatoria, el cual variará en su composición de acuerdo con el nivel de atención de que se trate; un equipo igualmente variable para la atención médica a pacientes hospitalizados; equipos para las diversas actividades de saneamiento ambiental, para atención odontológica, etc.

3. *Disociación entre la planificación de salud y la planificación educacional.* En la mayoría de los países de América Latina, a pesar de los esfuerzos regionales, aún no se ha logrado una adecuada coordinación

intersectorial en materias de planificación y toma de decisiones. Para el tema que nos ocupa, resulta particularmente importante la inadecuada coordinación entre los sectores salud y educación, en especial con relación al nivel universitario.

En efecto, hay un predominio neto de universidades, que si bien son financiadas con fondos fiscales, mantienen autonomía de decisión en materias que son esenciales para la planificación de recursos humanos. Dicha autonomía se ejerce en grado variable y la coincidencia entre los niveles de decisión de las diversas universidades entre sí y de estas con los organismos del Estado, está sometida a circunstancias políticas y de otra índole, lo cual hace muy difícil las previsiones en este campo. La necesidad de una integración entre la planificación de recursos humanos para la salud y la planificación educacional, plantea el problema del enfoque global de la formación y utilización de recursos humanos calificados.

En efecto, el planificador de recursos humanos para la salud no puede desconocer las exigencias que plantea la presión social por educación ni la generada por la necesidad de crear mercados de trabajo. La incorporación progresiva de tecnología moderna por parte de los países latinoamericanos hace que los sectores industrial y agrícola disminuyan, en forma relativa, su capacidad de generar empleos, situación que si bien afecta a los servicios—entre ellos los de salud—lo hace en menor medida. De ahí que deba prever que en los próximos años el sector salud de los países latinoamericanos deba afrontar la responsabilidad de asumir un papel cada vez más importante en la expansión del mercado de trabajo.

4. *Inadecuada información.* En casi todos los países de América Latina la información sobre la oferta de recursos humanos para la salud es escasa, parcelada o inexistente. En el mejor de los casos, se cuenta con datos provenientes de las encuestas y los estudios mencionados, los cuales, debido al tiempo que transcurre entre su recolección y el momento en el cual están disponibles después de su procesamiento, pierden parte de su actualidad y utilidad.

El primer problema a resolver, por tanto, pareciera ser el relativo a la información indispensable para alimentar el proceso de planificación y toma de decisiones. Dicha información, obviamente, no se limita a los recursos humanos, sus características, su formación y su utilización; abarca también los datos necesarios para cuantificar la demanda de los mismos y la capacidad para absorberlos (situación de salud, disponibilidad de recursos materiales y financieros, etc.).

Se confronta, por supuesto, el dilema de recurrir a la información obtenible a través de los registros sistemáticos de naturaleza administrativa o a investigaciones especiales.

La experiencia pareciera demostrar que los estudios especiales muy

elaborados y costosos plantean problemas tanto en la fase de procesamiento como en la de utilización de los datos. En efecto, es un denominador común en los estudios de esta naturaleza llevados a cabo hasta ahora, el reconocimiento, por parte de los autores, de que se ha dispuesto de una cantidad de información que no ha sido posible procesar en su totalidad o que se ha procesado muy tardíamente, lo cual posiblemente sea debido a la aún insuficiente capacidad y experiencia en los sistemas de procesamiento de datos con los cuales se cuenta a nivel de los países.

En cuanto a la alternativa de hacer uso de la información sistemática que recogen los servicios, debemos reconocer que, generalmente, esta sigue siendo deficiente en cuanto a integralidad y confiabilidad. Por otra parte, en la mayoría de los países el subsector público de salud está atomizado en múltiples instituciones que utilizan criterios y procedimientos de recolección de datos muy disímiles y el subsector privado no provee casi ninguna información.

El buen juicio pareciera aconsejar que los esfuerzos se dirijan, primordialmente, hacia el desarrollo de la capacidad para proveer la información básica en forma permanente y continua, única manera de resolver el problema a largo plazo. Asimismo, deben encaminarse hacia el uso de investigaciones especiales de alcance limitado que garanticen una utilización total e inmediata de los resultados, llenando vacíos insalvables en la información disponible por otros medios y permitiendo así mejorar la calidad de ciertas decisiones a corto plazo.

5. *Inadecuada organización del sector salud.* Ya mencionamos las dificultades que para la adecuada recolección, procesamiento e interpretación de los datos sobre recursos humanos plantea la multiplicidad de organismos que en la mayoría de los países latinoamericanos prestan servicios de salud. Esta circunstancia mucho dificulta la elaboración de planes debido a la gran variedad de normas y a la casi imposibilidad que existe para su unificación.

Por otra parte, el sector salud no escapa a las deficiencias que en general presenta la administración pública en América Latina, lo cual disminuye su eficiencia y dificulta también la elaboración y ulterior ejecución de planes.

Todo ello implica que si se desea alcanzar en los próximos años un nivel adecuado en la planificación de recursos humanos para la salud, tendrá que haber una unificación de los servicios o, al menos, una unificación de sus normas y procedimientos. Será igualmente útil todo el progreso que se logre alcanzar en cuanto a la reforma administrativa en el sector.

6. *Condicionantes de la selección de carrera.* La composición interna de los recursos humanos para la salud en América Latina muestra una marcada desviación a favor de las categorías más elevadas, aunque en

muchos países estas siguen siendo deficitarias. Siendo conocido el hecho de que, entre los candidatos a integrar el grupo de recursos humanos para la salud, existe inclinación hacia las carreras largas—particularmente la medicina—al buscar explicaciones y soluciones al fenómeno resulta necesario plantear la hipótesis de que el mismo está condicionado, en parte, por tal preferencia y por su inadecuado manejo.

Los resultados del estudio sobre el proceso de selección de carreras entre estudiantes de medicina en América Latina (13) parecen confirmar los hallazgos de investigaciones similares en otras regiones. Sin embargo, por limitarse a estudiantes de medicina y por el carácter de las variables que incluye, dicho estudio no permite llegar a conclusiones aplicables para abordar el problema en forma integral. Es evidente que se requiere un análisis más extenso del problema. Entre tanto será necesario ampliar las oportunidades de estudio de otras carreras de la salud necesitadas de personal y tratar de elevar su prestigio social.

Cualquier plan que pretenda modificar la situación antes descrita tendrá pocas posibilidades de éxito si no parte de un conocimiento adecuado de los condicionantes de la selección de carreras de la salud y si en su estrategia no incluye medidas tendientes a introducir los correctivos necesarios.

7. *Existencia de personal sin adiestramiento formal.* La ausencia de cursos formales para el adiestramiento de ciertas categorías de personal no siempre ha significado, en la mayoría de los países, que en los servicios se carezca de dicho personal. Ha sido una práctica frecuente la contratación de personas que en el desempeño mismo de las funciones adquieren destrezas que les permiten desenvolverse de manera más o menos satisfactoria. Cuando se crean cursos formales para esas categorías, es posible que las personas que ejercen los cargos no reúnan los requisitos educacionales previos exigidos para ingresar a los cursos, o si los llenan no siempre pueden abandonar los cargos para seguir el curso o atender simultáneamente ambas obligaciones. Por otra parte, las instituciones empleadoras no pueden, sin crear tensiones sociales y políticas, prescindir de viejos y muchas veces competentes y leales funcionarios para dar cabida a los egresados de los cursos formales.

Esta situación, bastante común, hace particularmente compleja la planificación y la creación formal de nuevas ocupaciones y, cuando existe, deberá ser tomada muy en cuenta para incluir en los planes las medidas indispensables para que la transición se haga cuidadosamente, en el menor tiempo posible y con el mínimo riesgo de generar problemas.

8. *Resistencia a la transferencia de funciones.* Pudiera decirse que en la mayoría de los países de América Latina cualquier plan tendiente a racionalizar la utilización de los recursos humanos en salud y a intro-

ducir nuevas ocupaciones, implica la redefinición de funciones de las profesiones tradicionales y la transferencia de algunas de ellas al nuevo personal.

La experiencia ha demostrado que en dicho proceso es frecuente encontrar resistencias originadas en preconcepciones o debidas a intereses creados, los cuales no pueden ser ignorados por el planificador de recursos humanos ni dejados de lado por los niveles de decisión.

9. *Indefinición de políticas y desestimación de aspectos socioculturales.* Habitualmente se ha considerado a la planificación como un proceso políticamente neutro y no necesariamente comprometido con una ideología determinada. Si bien esa consideración es cierta en el sentido de que se puede planificar dentro de diversos contextos políticos, no es menos cierto que en un determinado contexto la planificación habrá de partir de un conjunto de premisas de orden político que condicionarán sus lineamientos generales y sus consecuencias.

Muchos países latinoamericanos viven una etapa histórica caracterizada fundamentalmente por la indefinición política e ideológica, resultado de múltiples contradicciones y de la confrontación permanente por la imposición de diferentes esquemas ideológicos a nivel político y socioeconómico. De tal situación no escapan la conceptualización de la salud y la responsabilidad del Estado en la atención de la misma, así como la posición frente al papel de los recursos humanos, las diversas modalidades de su utilización, y el conflicto entre derechos individuales e intereses de la comunidad. Eso hace que muchas veces, en un esfuerzo por rehuir el conflicto, consciente o inconscientemente, se procure que los fundamentos políticos que orientan la acción se mantengan implícitos.

Es natural que la indefinición descrita, junto con los otros problemas que hemos analizado, contribuya a hacer aún más difíciles los indispensables acuerdos interinstitucionales, y que las divergencias conceptuales y la falta de objetivos comunes impidan la colaboración en la elaboración y ulterior ejecución de los planes.

La planificación de salud y, en particular la de recursos humanos para la salud, tienen como substrato fenómenos y actividades de carácter esencialmente social. A pesar de ello, en América Latina ha sido notoria la ausencia casi total de participación de científicos sociales en el proceso de planificación de recursos humanos para la salud. Ello se debe seguramente a que la incorporación de las ciencias sociales al estudio y solución de los problemas de salud y de la educación médica recién se ha iniciado. Esto hace suponer que durante los próximos años habrá un incremento del estudio y consideración de factores socioculturales en relación con la planificación y el desarrollo de los recursos humanos para la salud.

10. *Ausencia de unidades responsables de la planificación de recursos humanos para la salud.* De acuerdo con nuestra información, sólo tres países latinoamericanos cuentan con unidades específicamente destinadas a abordar los problemas relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos para la salud. En uno de los documentos de trabajo preparados para esta Conferencia se describen las funciones de una unidad de tal naturaleza en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela (14).

La complejidad de la problemática de recursos humanos para la salud hace indispensable la existencia de dichas unidades, cuya ubicación, funciones y características organizativas pueden variar de un país a otro. Aunque no se les asigne directamente la responsabilidad de elaborar un plan de recursos humanos porque no se quisiera separar este del plan general de salud, su existencia proveerá los mecanismos de coordinación necesarios y promoverá la atención prioritaria que requiere esta materia.

PERSPECTIVAS

El análisis precedente, a pesar de lo somero, nos permite tener una idea de la complejidad que caracteriza en estos momentos a la tarea de planificar recursos humanos para la salud en América Latina. Creemos que las perspectivas serán tanto más amplias y promisorias cuanto mayor conciencia se tenga de la importancia del tema y de su complejidad. No contar con esto último implicaría el abordar el proceso con una actitud simplista que llevaría a lamentables frustraciones.

Garantizada la prioridad que el asunto merece y reconocida su complejidad, es de esperar que en los próximos años asistiremos al incremento de unidades de recursos humanos en los Ministerios de Salud de los países latinoamericanos. Confiamos en que dichas unidades cumplirán con el fin primordial de hacer factible la planificación de recursos humanos para la salud a través de los siguientes mecanismos:

1. Promoción de la organización de sistemas adecuados de información.
2. Estímulo a la incorporación—a través de una metodología adecuada—de la planificación de recursos humanos a la planificación general de salud.
3. Correlación entre los procesos de planificación y toma de decisiones a nivel de salud, educación y desarrollo económico.
4. Enfoque global de los recursos humanos para la salud como sustitutivo del enfoque aislado por profesiones y ocupaciones.
5. Estímulo y ejecución directa de estudios especiales.

6. Contribución a la clasificación ideológica y a hacer más explícitas las políticas en esta materia.

En la medida en que tales mecanismos lleguen a funcionar con éxito, las perspectivas del procesos de planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina serán más promisoras y permitirán satisfacer, en buena medida, la recomendación que sobre el particular hicieron los Ministros de Salud del Continente en su III Reunión.

Consideramos que la colaboración y el intercambio internacionales, tanto a nivel bilateral como multilateral, de ser canalizados en los sentidos antes mencionados, contribuirán poderosamente al éxito de la tarea.

RESUMEN

En este artículo el autor indica que la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina, al igual que en el resto del mundo ha atraído la atención sólo en estos últimos años y recién empieza a desarrollarse. Señala la secuencia de reuniones nacionales o de carácter internacional en las que desde 1953 hasta la fecha se hace explícita la importancia de la planificación de recursos humanos, y analiza los problemas que confronta el proceso en América Latina. Entre otros problemas analizados, destaca los siguientes: decisiones sobre recursos humanos fuera del contexto de la planificación general de salud; enfoque por grupos ocupacionales distintos; disociación entre la planificación de salud y educacional; inadecuada información; inadecuada organización del sector salud; condiciones de la selección de carrera; existencia de personal sin adiestramiento formal; resistencia a la transferencia de funciones; indefinición de políticas y desestimación de aspectos socioculturales; ausencia de unidades responsables de la planificación de recursos humanos para la salud.

Por último, plantea que las perspectivas de trabajo serán tanto más amplias y promisorias cuanto mayor conciencia se tenga de la importancia del tema y de su complejidad.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Resumen de los informes sobre condiciones sanitarias en las Américas, 1950-1953*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 24*, 1956.
- (2) Organización Panamericana de la Salud. *Resumen de los informes cuatrienales sobre las condiciones sanitarias en las Américas*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 40*, 1958.

- (3) Organización de los Estados Americanos. *Alianza para el Progreso*. Washington, D.C., *Documentos Oficiales de la OEA Ser.H/XII.1.Rev.2* (esp.), 1967.
- (4) Organización Panamericana de la Salud. *Reunión de Ministros de Salud—Grupo de Estudio*. Washington, D.C., *Documento Oficial de la OPS 51*, 1963.
- (5) Fundación Milbank Memorial. *Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina*. Nueva York, 1964.
- (6) Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia*. Bogotá, Ed. Tercer Mundo., 1967.
- (7) Hall, L. *Health Manpower in Peru*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1969.
- (8) Ministerio de Salud Pública de Chile. *Recursos humanos de salud en Chile—Un modelo de análisis*. Santiago, 1970.
- (9) Secretaría de Estado de Salud Pública de Argentina. *Estudio sobre salud, recursos para la salud y la educación médica y profesional médica en la República Argentina*. Serie 7. No. 1. Buenos Aires, 1970.
- (10) Ferrer, J. "La profesión médica en El Salvador". *Educación médica y salud* 5 (1):53-65, 1971.
- (11) Organización Panamericana de la Salud. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 111*, 1965.
- (12) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C., *Documento Oficial de la OPS 118*, 1973.
- (13) García, J. C. "La decisión de estudiar medicina". *Educación médica y salud* 4 (4):277-291, 1970.
- (14) Andrade, Jorge. "Participación y responsabilidades en la planificación de recursos humanos para la salud: El caso de Venezuela". Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. Documento HR/CPP/D6, 1973.

HEALTH MANPOWER PLANNING IN LATIN AMERICA: PROBLEMS AND FUTURE OUTLOOK (*Summary*)

In Latin America, as in the rest of the world, health manpower planning has attracted attention only in recent years and is in the incipient stage of development. The author cites a succession of national and international meetings held since 1953 in which the importance of manpower planning has been explicitly recognized. From there he goes on to list the problems with which the process is faced in Latin America, analyzing the following ones in particular: manpower decisions made outside the context of general health planning; variation in the approaches taken by different occupational groups; dissociation between health and educational planning; insufficient data; lack of organization of the health sector; limitations on career options; lack of formal training of existing personnel; resistance to changes in duties and responsibilities; failure to define policies and to give due importance to sociocultural factors; and absence of units specifically responsible for health manpower planning.

The author concludes by saying that the future outlook for health manpower planning will depend directly on the extent to which the importance and complexity of the subject is recognized.

PROBLEMAS E PERSPECTIVAS DO PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NA AMÉRICA LATINA (*Resumo*)

Neste artigo o autor declara que, como no resto do mundo, o planejamento de recursos humanos na América Latina só despertou interesse nos últimos anos e recém começa a desenvolver-se. Assinala a sucessão de reuniões de âmbito nacional e internacional em que, de 1953 até hoje, faz-se explícita a importância do planejamento de recursos humanos, e analisa os problemas com que o processo se defronta na América Latina.

Entre outros problemas analisados, destaca os seguintes: decisões sobre recursos humanos fora do contexto do planejamento geral de saúde; focalização da matéria por diferentes grupos ocupacionais; informação inadequada; dissociação entre o planejamento da saúde e o da educação; organização inadequada do setor da saúde; condições da escolha de carreira; existência de pessoal sem formação oficial; resistência à transferência de funções; indefinição de políticas e desatenção aos aspectos sócio-culturais; ausência de unidades responsáveis pelo planejamento de recursos humanos para a saúde.

Sustenta, finalmente, que as perspectivas de trabalho serão tanto mais amplas e promissoras quanto maior for a consciência que se tiver da importância e da complexidade do assunto.

PROBLÈMES ET PERSPECTIVES DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES EN PERSONNEL DE SANTÉ EN AMÉRIQUE LATINE (*Résumé*)

Dans cet article, l'auteur fait observer que la planification de ressources en personnel de santé en Amérique latine, ainsi que dans le reste du monde, n'a attiré l'attention qu'au cours de ces dernières années et a commencé à se développer que récemment. Il signale la série de réunions nationales ou de caractère international qui ont eu lieu depuis 1953 jusqu'à présent, soulignant l'importance de la planification des ressources humaines, et examine les problèmes qu'elle présente en Amérique latine. Parmi les problèmes examinés, il fait ressortir les suivants: décisions relatives aux ressources humaines en dehors du contexte de la planification générale de la santé; conception par groupes professionnels distincts; dissociation entre la planification de la santé et de l'enseignement; renseignements insuffisants; organisation imparfaite du secteur santé; conditions du choix d'une carrière; existence de personnel sans formation spéciale; résistance au transfert de fonctions; imprécision des politiques et peu d'estime pour les aspects sociaux et culturels; absence de services chargés de la planification des ressources relevant du domaine de la santé.

Enfin, il conclut que les perspectives de travail seront d'autant plus vastes et prometteuses que l'on prendra une conscience plus nette de l'importance de la question et de sa complexité.

Bases para la formulación de una política de recursos humanos a nivel nacional

DR. ABRAAM SONIS¹

PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Dada la crítica situación de los recursos humanos en el sector salud, resulta explicable el cúmulo de estudios que en los últimos años han intentado aportar soluciones a la llamada "crisis de personal". En el último decenio, las necesidades y proyecciones de personal han constituido uno de los puntos que más han atraído la atención de los especialistas en la materia. Muchos de esos estudios son de gran utilidad tanto por su alcance como por las limitaciones que han señalado. En mayor o menor escala, se ha tratado de establecer—a nivel nacional, o a nivel de una región o de una profesión—los requerimientos de personal de salud, tanto en lo que hace al número como a sus características.

Durante la última década hubo una gran inquietud por el panorama que presentaba el sector, visiblemente presionado, por un lado, por una gran "crisis" de personal y, por otro, ligado a un sistema de formación de recursos humanos totalmente desprovisto de racionalidad y sujeto a motivaciones en las que las necesidades reales del sector no juegan un papel prioritario.

Este panorama es bien conocido para que resulte necesario analizarlo aquí. Sin embargo, consideramos útil anotar que esta falta de racionalidad ha despertado vivas inquietudes orientadas a formar "el personal que el sector necesita". Con ello se ha abierto un extenso e importantísimo capítulo que se ha dado en llamar "planificación de recursos humanos".

Como consecuencia de este planteamiento, se han realizado distintos estudios y trabajos para tratar de elaborar métodos que permitan

¹ Director, Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), Buenos Aires, Argentina.

determinar la cantidad de personal necesario en cada categoría profesional para las prestaciones totales del sector o de partes del mismo.

Una revisión de la bibliografía revela que si bien los resultados de estudios efectuados no pueden desconocerse por la utilidad que han tenido en casos particulares, conclusiones tanto o más importantes surgen de las limitaciones que de ellos mismos se infieren, lo que indica la necesidad de un enfoque integral del problema y de un replanteo de la totalidad del mismo.

Gran parte de los estudios de la pasada década intentaban calcular el personal necesario a base de indicadores demográficos y socioeconómicos, o de acuerdo a cálculos y proyecciones de la demanda, o bien a estimaciones teóricas de las necesidades, tomando como punto de partida los parámetros en que se desenvuelven los profesionales de la salud. Por lo tanto, no permiten, en el mejor de los casos, ir más allá de un enfoque cuantitativo que proyecta las tendencias existentes, manteniendo la rigidez del actual sistema de salud y de las organizaciones que forman personal, así como el encasillamiento profesional tal como hoy existe. En consecuencia, carecen de la fuerza necesaria para desarrollar procedimientos de aplicabilidad futura que posean el potencial suficiente para adaptarse a la fluidez que necesariamente exigen los cambios que se persiguen para el sector.

Este tipo de enfoque, basado fundamentalmente en estudios de demanda manifiesta y proyección de la oferta, refleja la corriente prevalente en salud pública en los últimos 20 años. Dicha corriente—en busca de racionalidad y eficiencia y con la mejor intención de “enfoque científico”—trasplantó al campo de la salud técnicas usadas en otros campos, fundamentalmente la economía, como alternativa al manejo poco útil e ineficiente del sector. Así, se aplicaron, por regla general, las técnicas y proyecciones que en la economía se usaban para determinar la mano de obra en las distintas actividades de la producción, juzgadas estas individualmente y en función exclusiva de la demanda de cada área. Como las actividades eran estudiadas aisladamente entre sí, su aplicación al sector salud no pudo responder a una concepción global y prospectiva, tal como se exige como condición *sine qua non* para su ordenamiento y operación futura. Además, la mayoría de los estudios evitaban la discusión de las implicaciones políticas que podrían inferirse de sus propias recomendaciones.

Caracterización de la planificación de recursos humanos en salud

La planificación del recurso humano en salud no puede ser enfocada aisladamente, pues forma parte de dos sistemas: por un lado, es un subsistema del sistema de atención de la salud y, por otro, es inseparable

de los problemas que plantea globalmente la formación y utilización de la mano de obra laboral de un país. Por lo tanto, en ausencia de planes coherentes en estos dos campos, el pretender planificar en profundidad y en detalle el recurso humano en salud plantea dificultades prácticamente insalvables. Además, con ello se corre el riesgo de resultar totalmente artificial y de aislarse de las verdaderas necesidades del país.

Quizá muchas de las limitaciones de los estudios realizados tienen su origen en la ambición de sus autores, que pretendieron obtener de los métodos que utilizaron más de lo que los mismos podían dar. En una escala adecuada, por ejemplo una región de salud, estos procedimientos probablemente sean útiles para calcular los requerimientos futuros de personal para el desarrollo de los establecimientos de esa región. Pero el pretender extenderlos a nivel nacional obliga a una simplificación tal de las variables del proceso que invalida las conclusiones que del mismo puedan surgir. Los modelos que se pueden elaborar a nivel nacional con estos métodos deben ser muy amplios y laxos, dados los valores extremos en que se mueven las variables que intervienen, por lo que resulta imposible que de ellos surjan programas estructurados. Si, por el contrario, intentamos como otra posibilidad especificar los valores de las numerosas variables que se consideran pertinentes, el modelo se complica de tal forma que el refinamiento de la información que lo alimenta desborda totalmente su viabilidad y su aplicación a una realidad concreta.

Más aún, aceptada la posibilidad de que puedan elaborarse o que existan (como sucede en algunos países) planes de salud y una planificación de la formación y la utilización de la mano de obra, la profundidad de la crisis que atraviesa el sector salud, la necesidad de introducir cambios en él, y la conciencia de que vivimos una etapa de transformaciones profundas en salud y en atención de la salud—que conducirá, dentro de un amplio marco social, a una visión y un tratamiento integral de la misma—tornan un tanto ingenua la pretensión de “planificar” los recursos humanos en salud, si por tal entendemos un conjunto coherente de programas que orienten la formación y utilización del personal de salud en un país dado. Por tanto, resulta indispensable ponernos de acuerdo sobre qué entendemos por “planificación”. Debemos especificar qué sentido le estamos dando cuando hablamos de “planificación de recursos humanos para la salud”, lo cual resultará válido para cualquier otro aspecto del sector. Es muy importante que exista acuerdo sobre la imagen mental que evoca el término y la proyección que se le adjudica al concepto.

Si por planificación entendemos la elaboración de un plan que debe ponerse en práctica a través de programas concretamente estructurados que de él se desprenden—y que en el caso de los recursos humanos

involucra actividades de capacitación con metas cuantitativamente determinadas para la formación del personal de distintas categorías para la atención de la salud—nos animamos a afirmar que esta planificación no puede responder a las necesidades del país y a nuestros objetivos. Con este concepto sólo estamos especificando el personal necesario mediante una proyección cuantitativa, que traslada al futuro las características profesionales del *statu quo* actual, cristalizando las categorías de personal de acuerdo a lo que hoy tenemos. Significa, en consecuencia, cerrar las posibilidades de estudios y cambios que intenten las modificaciones de fondo que debemos imprimir al recurso humano para cumplir los objetivos del sistema social del cual forma parte. Esas modificaciones encierran la posibilidad de escapar del molde rígido que crean las actuales profesiones de salud, producto de diversas circunstancias históricas y coyunturales, ligadas a motivaciones que pocas veces responden a las necesidades del sector. Más aún, involucran una reconceptualización total de lo que entendemos por recurso humano en salud y que puede sintetizarse con aquel concepto expresado hace años por Hilleboe y Schaefer de que dicho recurso no es sólo un insumo, sino que es a la vez insumo y producto del sistema.

Esto significa que cualquier enfoque con futuro debe tener en cuenta dos ideas-fuerza que serán decisivas en la estructuración del sistema de salud en los próximos años: 1) que la actual categorización profesional, así como las relaciones entre estas categorías, son un producto obsoleto de un sistema de atención de la salud y de educación que ya es pasado y debemos, en consecuencia, pensar en reconceptualizaciones y nuevas categorías, y 2) que la participación de los usuarios, de la comunidad o de la población jugará un papel fundamental en la estructuración de un sistema de salud que responda a sus necesidades, ya que ellos también son “personal de salud”.

El recurso humano en salud ya no es exclusivamente aquel personal que ha cursado carreras especializadas en la materia, sino que es toda la población capaz de desarrollar actividades concretas de salud y, en su sentido más amplio, la población en su totalidad, con todas las implicaciones que este concepto involucra. Nos interesa, pues, visualizar enfoques más amplios que integren este problema en el contexto en que se dan los problemas de salud y su atención, y que consideren todas las variables que intervienen, a fin de provocar cambios en el sistema, dado que son el motor del mismo, y no reduciéndolas artificialmente para que puedan incorporarse a un modelo prefabricado en base a la organización actual del sector.

Sólo puede hablarse de planificación de recursos humanos si entendemos por tal, en forma muy general, “la introducción de racionalidad” en la adopción de decisiones en la materia, o como decía Newman, allá

por 1951: “decidir por anticipado lo que se va a hacer”; o sea, tratar de dar algún rumbo específico y determinado a los acontecimientos.

Avanzar con enfoque y metodología tradicionales más allá de esta línea puede resultar útil y aun necesario en algunos aspectos parciales en los cuales puede establecerse—para determinadas circunstancias, en un contexto dado y dentro de ciertos límites—una apreciación ajustada y con metas concretas. Resulta claro, entonces, que nos referimos a la elaboración de “programas específicos” para ciertos casos en los que es aconsejable la utilización de técnicas que conocemos y no de “planificación” en la acepción que a esta palabra se le ha adjudicado en los últimos años en el sector salud.

Si aceptamos que en condiciones de inestabilidad y en sectores de gran movilidad, tal como el de salud, resulta poco racional estructurar planes acabados y elaborados, surge claramente que la planificación en sentido tradicional (elaborar planes desglosables en metas de formación de personal para cada profesión) constituye probablemente un mecanismo apto para mantener estable el sector y agregar rigideces que dificultarán los cambios necesarios. Esta afirmación resulta especialmente válida para los países en desarrollo, que deben encontrar y aplicar una tecnología apropiada para sus problemas.

Resulta más operativo entender por planificación un proceso que se concreta a diferentes niveles, que tiene por objeto introducir cambios en un sistema, y que por tanto debe visualizarse esencialmente como una búsqueda racional de mecanismos para administrar el futuro y no como una metodología de formulación de planes.

Excede los límites de este trabajo profundizar en la diferencia fundamental que existe entre ambas concepciones y las disímiles líneas de acción y estrategias que de las mismas se desprenden. Nos limitaremos a destacar que en distintos campos—como fruto de la experiencia que significó la elaboración de planes como documentos que no pasaron de la categoría de tales—se insiste sistemáticamente en formulaciones como la señalada. En los últimos tiempos, los más lúcidos profesionales y las organizaciones más experimentadas en la materia enfatizan como básica esta concepción de la planificación como un proceso orientado a la búsqueda racional de mecanismos que permitan administrar el futuro, entendida la administración en su más moderno y amplio significado.

Necesidad de una política nacional de recursos humanos en salud

Vista en esta forma, la planificación resulta inseparable de la política. Ya no es aquella actividad aislada que los planificadores desarrollan en sus oficinas y cuyo producto son “planes” que se proponen a los “niveles de decisión”. Se trata de equipos tecnicopolíticos comprometidos en

un proceso de cambio, con una orientación y una finalidad que responden a una filosofía explícita, expresión de los valores de las comunidades que protagonizan el proceso de cambio. La planificación, entonces, anticipa y crea soluciones factibles para los problemas futuros que podrían frustrar la concreción de la política adoptada.

Si trasladamos estos conceptos al campo de los recursos humanos en salud, deberíamos entender que su planificación significa la elaboración de una política que señale la orientación general hacia la cual debe encaminarse el desarrollo de dichos recursos, en relación con los objetivos generales que el sistema se ha propuesto. Estos objetivos deben estar imbricados y ser dependientes del sistema social del cual la salud es un subsistema.

Sin entrar en distinciones milimétricas que indiquen dónde termina la política y donde empieza la planificación—ya que serían artificiales—creemos que lo valadero, lo operativo, lo racional, es estudiar y elaborar para cada país una política de recursos humanos con todas las características que la ciencia moderna exige para su formulación: realismo, factibilidad, imagen del futuro deseado, etc.

La elaboración de esa política no parece tarea fácil, ya que uno de los aspectos a tener en cuenta en cuanto a recursos humanos en salud es, justamente, el desconocimiento de la cantidad precisa y los distintos tipos de personal, así como una descripción operativa de las actividades a desarrollar por cada uno de ellos y las formas posibles de interrelación a los efectos de solucionar una crisis que no tiene solución visible por las vías tradicionales. Sin embargo, no queda otra posibilidad.

Es indispensable señalar algunos elementos básicos a tener en cuenta para estructurar una política de desarrollo de recursos humanos en salud que garantice mayor racionalidad y operatividad que las actividades de planificación de los últimos años. A fin de evitar confusiones, repetiremos que no presentamos “la política” como una alternativa a “la planificación”, sino como fases de un mismo proceso.

ELEMENTOS PARA ELABORAR LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS A NIVEL NACIONAL

Como señalamos, una política de recursos humanos en salud debe formar parte de la política nacional de formación y utilización de los recursos humanos. Esa política debe comprender no sólo la relación con los organismos educativos formadores de la mano de obra técnica, sino también con la política y los planes que el gobierno establece para el desarrollo de los distintos sectores de la actividad del país (industria, agricultura, etc.). Desde el punto de vista de la educación, esto involucra

la enseñanza primaria, secundaria, técnica y universitaria, la promoción de distintas carreras según las necesidades del país y la adopción de los mecanismos idóneos para concretar estos planes (incentivación, motivación, asignación de recursos a las organizaciones formadoras de personal, etc.).

Además, una política de recursos humanos a nivel nacional no puede ser establecida y aplicada aisladamente de la organización de los servicios de salud. Resulta absurdo tratar de calcular el personal a preparar sin considerar el funcionamiento del sistema, su organización y su financiamiento. Por ejemplo: ¿Cómo establecer cuántos médicos se deben formar sin tener en cuenta la política de utilización de los mismos por parte de las autoridades del país? ¿Es posible establecer necesidades de médicos sobre la base de la decisión individual de cada uno, en lo que hace a lugar de residencia, ámbito de trabajo y especialización, sin motivaciones, ni incentivos? ¿Es posible establecer la cantidad de enfermeras en los distintos niveles sin una definición racional y operativa de las necesidades de los servicios de salud en lo que hace a las funciones de estas? ¿Es posible establecer el número de odontólogos necesarios sin considerar su actual ubicación en las áreas de mayor ingreso y la falta casi total de acciones restaurativas en los servicios públicos?

La formación de recursos humanos en salud no puede separarse de una política que defina aspectos fundamentales del sector, señale las directivas a largo plazo, establezca el sistema de valores que ha de primar, estructure las pautas fundamentales a las cuales ajustarse, establezca las grandes líneas de la organización del sector y defina claramente los objetivos a lograr y la imagen-horizonte hacia la cual se desea que se dirija el sistema.

Con todas las concesiones que a la realidad del momento se deben hacer, es importante, por razones coyunturales, establecer cuál es el sistema que se quiere para el futuro, sobre todo en una actividad como la formación de personal, no sólo por el tiempo de maduración que esta formación exige, sino también porque las modificaciones necesarias para arribar a este sistema, distinto del actual, deben ser realizadas precisamente por este personal que se está formando.

Esto no significa que el sector responsable de la formación de personal deba cruzarse de brazos hasta que se defina una política de mano de obra para todo el país y se estructure una política de salud. Por el contrario, debe participar activamente, desde todo punto de vista, inclusive el político, en la definición de las políticas, y realimentar el proceso con todos los estudios y las actividades que contribuyan a las definiciones citadas. En esencia, los responsables de la formación del recurso humano en salud deben evitar dos extremos que marcan la patología del enfoque que expresamos: ni pueden estructurar aisladamente su propio universo

al margen del contexto social en que están inmersos, ni deben esperar desde afuera la definición completa para elaborar su política y desarrollar sus actividades.

Los recursos humanos en salud deben ser considerados en relación con todos los recursos que forman la infraestructura del sistema. Si vamos a expresarnos con los términos clásicamente usados en la administración de salud, los recursos humanos, físicos y financieros deben ser considerados en forma conjunta. Los errores cometidos en el pasado por considerarlos aisladamente son bien conocidos: hospitales edificadas que no pueden funcionar por falta de médicos, formación de enfermeras que no pueden ser absorbidas por los servicios de salud por falta de cargos, hospitales de gran complejidad cuyo costo de funcionamiento supera las posibilidades del país que los construyó con financiación externa, adquisición de equipos complejos que no se utilizan por falta de mantenimiento adecuado o de personal adiestrado para manejarlos.

No se trata, pues, de tener en cuenta dentro del sector salud sólo la demanda o indicadores aislados o combinados referidos exclusivamente a personal para determinar sus requerimientos. Deben estudiarse también las estructuras físicas y los equipos, la legislación y las condiciones de trabajo, los gastos de funcionamiento de los servicios, las características de los programas, la disposición arquitectónica de los edificios, y las vías de comunicación de las regiones, es decir, la infraestructura total del sistema de salud.

Para elaborar una política, el recurso humano en salud no puede ser tratado en forma homogénea como "mano de obra" indiscriminada, tal como se estudia en la economía clásica al considerarse los factores de producción como si no existieran diferencias cualitativas en el mismo. En última instancia, considerada así, la mano de obra aparece como un recurso más que puede adquirirse en el mercado siempre que se disponga de los recursos financieros para hacerlo.

Este enfoque del recurso humano como un insumo más se presta a una serie de interesantes consideraciones que incluyen definiciones ideológicas, sociales, económicas, culturales, y también sanitarias, que exceden el marco de este trabajo. Por eso nos limitaremos a señalar que, desde el punto de vista operativo, la moderna teoría de la organización indica las distintas connotaciones que puede adquirir el recurso humano. Si bien en algunos casos parece que este recurso puede calcularse simplemente como mano de obra indiscriminada—horas-vacunador para un programa de inmunizaciones—en otros puede tratarse como información, como sucede con el dominio de una especialidad en el campo médico, o bien como restricción en casos en los que el comportamiento y la mentalidad de los profesionales juega un papel primordial, por citar algunos ejemplos.

Reiteramos que la elaboración de una política nacional de recursos humanos en salud exige una visión simultánea de variables de gran peso que interactúan entre sí, que se dan en un contexto sumamente complejo y cuyo valor, fuertemente influenciado por factores culturales y decisiones políticas, torna ilusoria una simple proyección del recurso humano, juzgado globalmente o por grupos profesionales en bloque, como un insumo indiferenciado.

En la elaboración y puesta en práctica de una política no pueden existir compartimentos aislados. No es necesario insistir al respecto ya que es bien conocido el alto precio que estamos pagando por la independencia casi total en que se han desarrollado el sistema formador de recursos humanos y el sistema utilizador del mismo, y dadas las experiencias que se están realizando en todo el mundo para coordinarlos o unificarlos. Las dos facetas del problema que consideramos fundamentales y que presentan matices distintos son: la elaboración de la política y su puesta en práctica.

En cuanto a la elaboración de la política, no cabe duda que estará determinada por las características políticas y culturales de cada país, y que resulta difícil, por lo tanto, pasar más allá de la descripción de los distintos casos. No obstante, conviene señalar la importancia de la participación de los distintos sectores en la elaboración de una política que los involucra y la riqueza que surge de la realimentación entre los diferentes niveles que intervienen en dicha elaboración. Las decisiones políticas de más largo alcance se acercan así a una realidad que las nutre y que asegura su factibilidad.

Una vez elaborada la política, ningún sector del quehacer nacional puede permanecer aislado para su puesta en práctica, y cada uno de ellos, al nivel y en la jurisdicción que corresponda, deberá cumplir la parte que le compete. Por otra parte, la aplicación de esta política y los cambios que la misma vaya provocando, permitirá las sucesivas modificaciones que la realidad imponga en un proceso dinámico que nos acerque al cumplimiento de los objetivos establecidos.

A estas alturas de los acontecimientos que vive este siglo, parecerían trasnochados los conceptos que signifiquen un aislamiento, un divorcio, de algunas instituciones responsables en la materia, cuya autonomía administrativa o política de ningún modo puede transformarse en barreras para cumplimentar las aspiraciones nacionales. Las universidades, como instituciones privilegiadas de la comunidad, deben jugar un destacado papel en la formulación de políticas de recursos humanos y transformarse en verdaderos centros de experiencias al respecto. Vistas sus funciones tradicionales (investigación, docencia y servicio) a la luz de la integración que la moderna educación exige, desaparece,

operativamente, toda barrera entre ellas y la sociedad a la que deben servir.

Si la docencia se realiza en instituciones que investigan la salud de la comunidad y que realizan su labor con el carácter integral y comunitario que se aconseja hoy para la atención médica, pierden sentido las discusiones que tuvieron lugar durante tantos años con respecto al ámbito en que debe desarrollarse la capacitación de personal para la atención de la salud, ya que la universidad ya no agrega "investigación" y "servicio" a su docencia, sino que cumple de manera integral su misión en la comunidad nacional.

La falta de ortodoxia en la materia, la profundidad con que deben efectuarse los cambios, la necesidad de encontrar soluciones a problemas que planteados tradicionalmente se arrastran sin progresos sustanciales, obliga a un proceso de creación de nuevas formas que involucra mucho más que una simple renovación del contenido de la enseñanza para las distintas profesiones.

Una política inteligente de recursos humanos debe promover y enfatizar el diseño y la realización de todo tipo de experiencias creativas que ofrezcan posibilidades de encontrar vías novedosas para el planteo y la solución de los problemas.

Como primer paso para promover esas experiencias habrán de eliminarse las restricciones que en los organismos educativos obligan a moldes prefijados e idénticos para el dictado de todos los cursos y asignaturas basados fundamentalmente en la enseñanza y no en el aprendizaje. Estas restricciones, sumadas a las tendencias de repetición y de imitación que caracterizan este campo, y potenciadas por la inclinación a la uniformidad que impone la burocracia, forman un complejo cuya solidez explica las dificultades para el cambio en la educación, a pesar de los esfuerzos de los últimos 50 años.

Gran parte de los organismos formadores de personal de salud, aun cuando se crearan precisamente para solucionar los problemas que el sistema educativo convencional no podía concretar, terminaron por adoptar los moldes de este sin cumplir con sus objetivos de mejorar la crisis de personal que afecta al sector.

La eliminación de las restricciones que mantiene el academicismo docente de muchas universidades y otras instituciones educacionales, así como la promoción de experiencias que valoricen la imaginación, podrá encauzar el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de ensayos novedosos que abrirán nuevas vías que posibilitarán soluciones de fondo, a través de cambios en profundidad.

No se trata de trabajar sólo sobre el contenido y la metodología de la enseñanza. Por el contrario, una política de recursos humanos debe considerar también la filosofía, la estructura y la administración de los

organismos docentes a fin de que sus objetivos y responsabilidades coincidan con los de la política nacional. Así se evitarán las dispersiones y contradicciones que caracterizan el panorama que en la mayoría de los casos presenta el sistema formador de personal de salud.

Habiéndose configurado las actividades de salud alrededor de la figura del médico como eje, el profesionalismo que caracteriza a la profesión médica fue tomado como modelo por las diferentes categorías de personal, a medida que se fue estructurando la atención médica moderna. La complejidad que fue adquiriendo esta profesionalización, la especialización, la búsqueda del *status* y los incentivos económicos y de otro tipo, han creado una estratificación rígida de carreras cuya modelación no responde a las necesidades del sector, sino a diversas circunstancias. Esto constituye un armazón que dificulta no sólo la solución a la crisis de personal, sino aun una apreciación racional de los problemas de recursos humanos como primer paso en la búsqueda de soluciones al respecto.

Los cálculos de requerimientos de personal sobre estas bases y las tentativas de formar el personal que de ellos se desprende que es necesario han sufrido repetidos fracasos. Las manifestaciones de las últimas décadas sobre la necesidad de formar tantos miles de enfermeras o de auxiliares, no han pasado de ser declaraciones y expresiones de deseos. Además, todo el problema de los recursos humanos en salud se ha ido definiendo en virtud de factores socioeconómicos, culturales y tecnológicos cuya poderosa influencia no ha podido ser contrabalanceada por los esfuerzos del sector que, en el mejor de los casos, ha quedado en un incrementalismo para hacer frente a la demanda manifiesta de grupos limitados de la población.

Una política nacional de recursos humanos debe encarar seriamente una revisión de fondo de los enfoques tradicionales en la materia, dejando de lado las motivaciones clásicas para atender a las necesidades del sector en base a la política de atención de salud establecida. En los últimos años ha ido ganando fuerza un enfoque que parte del estudio de las actividades que el sector se encuentra desarrollando y deberá desempeñar en el futuro de acuerdo a políticas y necesidades. Esas actividades deben ser sistematizadas en cada campo y en cada comunidad, para luego determinar qué conocimientos y habilidades son necesarias por parte del personal responsable de las mismas y establecer el proceso docente destinado a formar el recurso humano en calidad y número necesarios.

Un enfoque de este tipo involucra probablemente una remodelación de la actual categorización profesional; pero no se trata de una destrucción deliberada y ciega, sino de un replanteo racional en base a los objetivos que fija el sector, la realidad de cada comunidad y sus necesidades en salud. Esta realidad será la que establecerá los nuevos pará-

metros de las profesiones, la que definirá las respectivas funciones, y la que ordenará las interrelaciones, contribuyendo a la creación de un auténtico equipo de salud.

La necesidad de determinar objetivos a largo plazo—indisolublemente ligada a la elaboración de una política que intente cambios en profundidad—no significa que los problemas de corto y mediano plazo sean dejados de lado. Por el contrario, los objetivos deben estar sólidamente tramados entre sí, ya que el estudio y la solución de los problemas coyunturales es el punto de partida para las modificaciones que se desea inducir en el sistema. La realidad se muestra polifacética y los problemas deben ser enfrentados en todos los niveles en que se presentan. Es la actividad diaria, enmarcada en los programas de mediano plazo que responden a una política general, la que irá produciendo los cambios que acerquen a los objetivos a largo plazo.

El sector salud enfrenta problemas cuya solución no puede dilatarse, ya que se trata de necesidades perentorias de la población que obligan a articular las coyunturas con cambios de fondo. Es en este interjuego del corto y largo plazo donde el técnico en la materia deberá demostrar su capacidad para concretar las medidas de corto plazo con los grandes objetivos que fija la política. Pero de ninguna manera la imagen-horizonte que esta indica como meta para el futuro puede transformarse en alternativa de la solución a corto plazo de los problemas. Para ello, el especialista debe conocer todos los procedimientos y técnicas utilizados y ensayados a fin de aplicarlos en el momento y el ámbito indicados y obtener así la experiencia que permita discriminar sobre su utilidad real en cada caso.

De las experiencias de los últimos años deben extraerse los resultados positivos que permitan su aplicación para la solución de los problemas de corto plazo, sin perder de vista los objetivos generales que la política ha fijado para el sector. Por si cabe alguna duda y para certificar la falta de contradicción con las críticas efectuadas, cabe señalar que las mismas se referían fundamentalmente a la aplicación de estas técnicas como herramientas decisivas para solucionar la crisis de personal, olvidando la multiplicidad de factores que tienen relevancia en la misma y confundiendo los niveles y los tiempos en que tales técnicas pueden ser aplicadas. Su implementación dentro del marco general de la política adoptada y su utilización apropiada constituyen puntos claves en la elaboración y puesta en práctica de una política de recursos humanos.

De la enumeración de los elementos señalados como necesarios para la estructuración de una política de recursos humanos surge como una característica dominante la complejidad de los mismos, tal como sucede con todos los sistemas sociales. La interrelación de las variables que intervienen obliga a una visión global, sistémica, que posibilita un tipo

de análisis del cual se ha carecido hasta la fecha en la materia. Quizá en este análisis lo más llamativo resulte la serie de esfuerzos realizados en el campo de la educación y capacitación de personal de salud en las últimas décadas y los escasos resultados alcanzados. Basta citar como ejemplo lo sucedido con la formación de médicos y enfermeras, con respecto a la cual desde hace años se insiste en la necesidad de adecuar los programas existentes a las necesidades de los servicios, sin que hasta la fecha se registren resultados sustanciales. En el caso de los médicos, hace ya casi un siglo que Osler indicaba como punto crítico de la enseñanza de la medicina la necesidad de introducir los aspectos preventivos, sociales y comunitarios, y a pesar de los esfuerzos realizados, en general, la mentalidad del médico y la estructura de su pensamiento con respecto al fenómeno salud-enfermedad aún sigue las líneas tradicionales, sin modificaciones de fondo.

Si consideramos en distintos campos de la actividad humana el lapso que va desde la aceptación conceptual de un cambio hasta el momento en que el mismo se produce, pocos campos presentan la lentitud en efectivizarlo y la rigidez que encontramos en general en la educación y en la formación del personal de salud en particular.

Dada la magnitud de los esfuerzos y su reducido efecto, deberíamos concluir aceptando que trabajar aisladamente sobre el proceso docente no tiene efecto mágico sobre el mismo y que en el círculo vicioso que se plantea hoy entre educación y atención médica—médicos que se forman en hospitales tradicionales y un sistema de atención médica difícil de cambiar por la mentalidad del personal de salud—sólo un enfoque integral puede desencadenar un proceso efectivo de cambio en el campo de la atención médica.

Resulta difícil enseñar teóricamente cómo debería ser la atención médica que queremos, por lo que la única forma de provocar reformas sustanciales es a partir de cambios en el sistema de prestación de la misma. Sólo en un sistema de atención médica que cumpla con los objetivos que hoy se le adjudican (medicina integral, participación de la comunidad en la atención, accesibilidad sin ningún tipo de limitaciones) será posible formar un personal de salud acorde con los requerimientos de la educación moderna.

En consecuencia, una política de recursos humanos a nivel nacional no puede intentarse exclusivamente desde el ámbito docente. Debe partir de cambios en el sistema de atención médica que irán permitiendo definir el tipo y cantidad de personal necesario, en tanto se desarrollan los programas docentes, y ajustar los conocimientos y la mentalidad a las características de las nuevas organizaciones que tendrán la responsabilidad de la atención de la salud.

Sin pretender establecer secuencias—ya que las actividades, los plazos

y los niveles se dan en un *continuum* que se realimenta permanentemente—queremos destacar la importancia que asumen las experiencias que deben promoverse en el campo de la atención médica como estrategia para el cambio. Es el desarrollo de estas áreas concretas el que permitirá llevar a cabo en forma racional la formación del personal de salud.

Los hospitales con amplia base comunitaria; la regionalización que comprenda todos los niveles, incluyendo la atención domiciliaria; el cuidado progresivo del paciente; los programas de cobertura total de la población, serán el tipo de experiencia que permitirán formar personal de salud con las características que exige el moderno equipo de salud que las poblaciones necesitan.

APLICACION DE UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los conceptos expresados señalan algunos aspectos que deben tenerse en cuenta para formular una política nacional de recursos humanos en salud dentro de un contexto de tal riqueza que desborda largamente nuestra enumeración y análisis. Dichos conceptos deben ser complementados por otros de importancia fundamental para poner en práctica dicha política, entre ellos:

1. La comunidad a nivel nacional y local debe estar consciente de su papel en la formación de recursos, a fin de ser parte activa en su orientación, de acuerdo a las verdaderas necesidades. Esto es fundamental para evitar las distorsiones que se observan en la actualidad y que permiten que se mantenga la formación de profesionales que no son prioritarios o la extensión y complejización de carreras con el objeto de crear un *status* para ellas que determina más rigidices dentro del sistema.
2. Debe facilitarse la difusión de las características y posibilidades de cada una de las profesiones de salud en una etapa muy temprana en los jóvenes que cursan estudios secundarios, dado que la elección de la carrera se efectúa en forma muy precoz y sobre la base de la imagen que de cada carrera tiene el joven. Esta imagen, por otra parte, no surge del conocimiento de la realidad del sector y las necesidades del país, sino que resulta de distintos mecanismos y proyecciones en los que la fantasía juega destacado papel.
3. No puede dejar de señalarse la importancia que adquiere para una política de personal la existencia de una carrera para el personal de salud que involucre condiciones de trabajo adecuadas: estabilidad, incentivos suficientes, posibilidades de promoción, etc.
4. Resulta insoslayable el mejoramiento de la utilización del personal de salud existente, favoreciendo el establecimiento de mecanismos de

distribución del mismo y de organización de los servicios, así como del desarrollo de sus actividades que disminuyan la irracionalidad tan visible en la actualidad.

5. Debe facilitarse la movilidad vertical y horizontal en las profesiones del sector salud a fin de permitir la promoción de aquellos trabajadores del sector que demuestran en su trabajo las condiciones necesarias para asumir tareas de mayor responsabilidad. Ese concepto involucra la eliminación de las rigidices que obligan al personal a permanecer en la carrera en que fue primeramente formado o en el puesto que aceptó primariamente.

Hemos señalado los conceptos precedentes con la intención de destacar algunos aspectos concretos que deben tomarse en cuenta al formular una política de personal de salud. Sin embargo, estamos convencidos de que lo que resulta realmente importante no es simplemente su enunciado sino encontrar los mecanismos para hacerlos efectivos y llevarlos a la práctica. Nadie duda hoy, aparentemente por lo menos, de la importancia de la participación de la comunidad en la estructuración y puesta en práctica de una política de salud, así como en el desarrollo de las actividades de atención de la salud. El problema está en canalizar esta participación y encontrar las formas para una representación real y efectiva, así como una acción que contribuya a satisfacer las necesidades de esa misma comunidad.

Las dificultades que plantea la aplicación de estos conceptos, a fin de que su penetración en el sistema de salud tenga una amplitud tal que permita superar su condición de meros enunciados o expresión de deseos, ya han sido señaladas y nos llevan a llamar la atención sobre dos actividades que juzgamos claves: la investigación y la difusión de conocimientos y experiencias en este campo. En lo que hace a la primera, gran parte de los problemas se generan en la falta de conocimiento e información suficientes para adoptar y aplicar las decisiones que conduzcan a los objetivos que se persiguen.

En cada uno de los temas señalados existen puntos críticos en los cuales son irremplazables estudios bien diseñados para obtener pautas para su solución. Delegación de funciones, formación de nuevos tipos de personal, utilización y formación de equipos de salud, motivaciones del recurso humano y nuevos procedimientos educativos, son sólo algunos de los aspectos importantes en los que la adquisición de nuevos conocimientos es indispensable para una política de recursos humanos en salud.

Si tomamos el concepto tan enfatizado en los últimos años sobre la necesidad de experiencias que abran nuevas vías en la materia, resulta de fundamental importancia transformar estas experiencias en verdaderas investigaciones, diseñándolas y evaluándolas adecuadamente a fin

de extraer de ellas el provecho necesario, ubicarlas dentro del marco conceptual que hemos definido, y realimentar el sistema hacia los cambios que se persiguen.

Las experiencias docentes, la investigación (incluyendo la evaluación) y los cambios en los servicios de atención médica, configuran un conjunto cuya articulación inteligente y eficiente constituye la clave para proyectar hacia el futuro el sistema de salud, a fin de alcanzar los objetivos enunciados en los últimos años. Pero el desarrollo de las experiencias y de los programas piloto sólo resultan de utilidad real en tanto su conocimiento permita la generalización de sus resultados y la apreciación de éxitos y fracasos a fin de inferir de cada uno de ellos las posibilidades de aplicación y su potencial de desarrollo futuro. Lamentablemente, la difusión de la mayoría de las experiencias de la última década—muchas de ellas de verdadera trascendencia—no ha sido suficiente, por lo cual pierden gran parte de su significación.

Cada país, y esto es especialmente válido para América Latina, debería no sólo evaluar las experiencias que se realizan en este campo, sino también difundirlas para su estudio y aprovechamiento en mayor escala, permitiendo comparaciones y estudios que podrían tener gran significado. Es interesante señalar la diferencia que encontramos entre la extraordinaria difusión que alcanzan algunas adquisiciones tecnológicas que rápidamente son difundidas y aplicadas—tales como aparatos que aumentan la complejidad de la atención médica—y la escasa repercusión que alcanzan los resultados de algunas experiencias de extraordinario valor práctico sobre nuevos tipos de personal. El conocimiento y difusión de esas experiencias no sólo reviste gran valor práctico, sino que resulta fundamental para extender los nuevos conceptos sobre recursos humanos que nos permitirán acercarnos a los cambios que intentamos, ya que permitirán alcanzar la masa crítica indispensable para dichos cambios, superando la etapa de las pruebas piloto.

Este es el camino para que los organismos que forman personal adquieran la flexibilidad necesaria para capacitar el nuevo tipo de personal de salud y para que las instituciones que prestan servicios de salud lo hagan con el moderno criterio de integralidad que se propugna. En última instancia, no es sino la incorporación por parte de todo el sistema de los conceptos que la educación y la atención de la salud modernas han desarrollado y que supera largamente el concepto del recurso humano como un insumo o un medio para convertirse en el “producto” humano de un sistema que favorece su realización plena a través de una actividad vital que llamamos educación.

Tal como lo ha señalado Horwitz con toda claridad:

Los fenómenos sociales de nuestro tiempo—esta aceleración del ritmo de

cambio de todo, desde el pensamiento conceptual a las matemáticas, a la industria, a las costumbres—han puesto aún más de relieve en nuestra esfera de acción la urgencia de educarnos para educar. Bien lo dijo Unamuno: “No es el pan el que debemos vender sino la levadura”.²

Reconocimiento

El autor agradece especialmente al Dr. José María Paganini, así como al Arquitecto Mario Robirosa y al Sr. Adolfo Chorny, profesionales del Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM), su colaboración en la lectura previa de las ideas expuestas en el presente trabajo.

RESUMEN

Señala el autor de este trabajo que la mayoría de los estudios sobre recursos humanos de los últimos años se han basado en cálculos de la demanda o en estimaciones teóricas de las necesidades y, por tanto, no permiten ir más allá de un enfoque cuantitativo que proyecta las tendencias existentes manteniendo la rigidez del actual sistema de salud y de las instituciones docentes. La planificación del recurso humano en salud, destaca, no puede enfocarse aisladamente, pues forma parte del sistema de atención de la salud y es parte inseparable de los problemas que plantea la formación y utilización de la mano de obra de un país. Cree que por planificación debe entenderse—más que una metodología de formulación de planes—el proceso que tiene por objeto introducir cambios en el sistema, y que debe visualizarse como una búsqueda racional de mecanismos para administrar el futuro. La planificación resulta entonces inseparable de la política; ambas son fases de un mismo proceso.

La elaboración y puesta en práctica de una política de recursos humanos en salud exige una visión simultánea de variables que interactúan entre sí, que se dan en un contexto complejo y que está fuertemente influenciado por factores de diverso tipo. Las universidades deben jugar un destacado papel en la formulación de esa política y deben transformarse en verdaderos centros de experiencias al respecto. Habrán de eliminarse las restricciones que en los organismos educativos obligan a moldes prefijados para el dictado de clases basados fundamentalmente en la enseñanza y no en el aprendizaje. Esa política debe

² *Informe Anual del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1970. Documento Oficial de la OPS 109 (1971), xxii.*

considerar también la filosofía, estructura y administración de los organismos docentes a fin de que sus objetivos coincidan. Asimismo, debe encarar una revisión de fondo de las necesidades que confronta el sector salud al enfrentarse con problemas cuya solución no puede dilatar porque se trata de necesidades perentorias de la población.

Entre otros conceptos que habrán de tenerse en cuenta al poner en práctica una política de recursos humanos en salud, señala los siguientes: la comunidad debe estar consciente de su papel en la formación de recursos a fin de ser parte activa en su orientación; debe facilitarse la difusión de las características y posibilidades de cada profesión de salud en una etapa temprana en los jóvenes que cursan la secundaria; deben establecerse condiciones de trabajo adecuadas para el personal; habrá de mejorarse la utilización del personal de salud existente; debe facilitarse la movilidad vertical y horizontal en las profesiones del sector, para permitir la promoción de los trabajadores que demuestren condiciones para asumir tareas de más responsabilidad.

BASIC GUIDELINES FOR THE FORMULATION OF A NATIONAL MANPOWER POLICY (*Summary*)

Most human resources studies conducted in recent years, based as they have been on calculations of demand or theoretical estimates of requirements, have not allowed for anything beyond a quantitative approach in which trends are projected within the strict limits of the existing health system and teaching institutions. Health manpower planning should not be approached as an isolated task, since human resources are part of the health care system, on the one hand, and their planning is part of the overall picture involved in the training and utilization of a country's labor force, on the other. Planning should be regarded not simply as a methodology for the formulation of plans but rather as a process whereby changes are introduced into the system and mechanisms are rationally sought for administering the future. Viewed in this light, planning is inseparable from policy; both are phases of a single process.

The development and implementation of a health manpower policy calls for a simultaneous view of interacting variables in a complex context that is strongly influenced by a number of different factors. Universities should play an important role in its formulation, allowing themselves to become true centers of experimentation. Efforts should be made to set educational institutions away from preestablished patterns in which instruction is geared primarily to teaching rather than to learning. The policy should take into account the philosophy, structure, and administration of teaching institutions so that their different objectives can be made compatible. In addition, it should be based on an in-depth review of requirements placed on the health sector by the urgent problems arising from the imperative needs of the population.

A number of other concepts are cited as basic to the policy. The community must be aware of its role in manpower training if it is to take an active part in guiding it. Young people should be provided with information on the characteristics and possibilities of the different health professions at an early point in the secondary school

program. Suitable working conditions should be established for health personnel. The utilization of existing health personnel should be improved. And finally, greater vertical and horizontal mobility should be fostered in the health professions so that workers showing the potential to assume further responsible duties can be promoted.

BASES PARA A FORMULAÇÃO DE UMA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS EM NÍVEL NACIONAL (*Resumo*)

Assinala o autor deste trabalho que a maioria dos estudos sobre recursos humanos realizados nos últimos anos baseou-se em cálculos da demanda ou em estimativas teóricas das necessidades e, portanto, não permitem ir mais além de uma focalização quantitativa que projeta as tendências existentes mantendo a rigidez do atual sistema de saúde e das instituições de ensino. Assinala que o planejamento dos recursos humanos em saúde não pode ser focalizado isoladamente, já que é parte integrante do sistema de atendimento da saúde e não pode ser separado dos problemas inerentes à preparação e à utilização da mão-de-obra de um país. Acredita que se deve entender por planejamento—mais do que uma metodologia de formulação de planos—o processo que tem por objeto introduzir modificações no sistema, e que se deve concebê-lo como uma busca racional de mecanismos de administração futura. Logo, o planejamento e a política são inseparáveis; ambos são fases de um mesmo processo.

A formulação e a aplicação de uma política de recursos humanos em saúde exige uma visão simultânea de variáveis de interação mútua, que se manifestam num contexto complexo e fortemente influenciado por fatores de natureza diversa. Cabe às universidades desempenhar um papel de destaque na formulação dessa política, para o que se devem transformar em verdadeiros centros de experiência na matéria. Será necessário eliminar dos órgãos educacionais as restrições que obrigam à adoção de padrões docentes pré-fixados que se baseiam fundamentalmente no ensino e não na aprendizagem. Tal política deve também levar em consideração a filosofia, a estrutura e a administração dos órgãos de ensino, de modo que haja coincidência de objetivos. Deve, além disso, contemplar uma profunda revisão das que enfrenta o setor da saúde ao se defrontar com problemas cuja solução não pode ser protelada por se tratarem de terminantes necessidades da população.

Entre outros conceitos que se deverão levar em conta na aplicação de uma política de recursos humanos em saúde, o autor assinala os seguintes: a comunidade deve estar consciente de seu papel na formação de recursos, a fim de tomar parte ativa em sua orientação; deve-se facilitar a divulgação precoce das características e possibilidades de cada profissão de saúde entre os estudantes secundários; devem-se estabelecer adequadas condições de trabalho para o pessoal; será preciso melhorar a utilização do pessoal de saúde existente; deve-se facilitar a mobilidade vertical e horizontal nas profissões do setor a fim de permitir a promoção dos profissionais que demonstrem condições para assumir cargos de maior responsabilidade.

PRINCIPES FONDAMENTAUX REGISSANT LA FORMULATION D'UNE POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES À L'ÉCHELON NATIONAL (*Résumé*)

L'auteur du rapport signale que la majeure partie des études effectuées ces dernières années ont été fondées sur la supputation de la demande ou sur les

estimations théoriques des besoins et ne permettent donc pas d'aller au-delà d'une conception quantitative qui projette les tendances existantes en maintenant la rigidité du système de santé actuel et des établissements d'enseignement. La planification des ressources en personnel de santé, souligne l'auteur, ne peut être traitée séparément, étant donné qu'elle fait partie intégrante du système des soins médicaux et des problèmes que posent la formation et l'utilisation de la main-d'oeuvre d'un pays. Il estime qu'il faut entendre par planification—plus qu'une méthode d'élaboration de plans—le processus qui a pour objet d'introduire des changements dans le système, et qui doit être considéré comme une recherche rationnelle des mécanismes propres à veiller à l'avenir. La planification est donc inséparable de la politique; les deux sont des phases de même processus.

L'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de ressources en personnel de santé exige une vision simultanée des variables qui agissent les unes sur les autres dans un contexte complexe et qui est fortement influencé par divers facteurs. Les universités doivent jouer un rôle décisif dans la formulation de cette politique et doivent se transformer en véritables centres d'expériences dans ce domaine. Il conviendra de supprimer les restrictions imposées aux organismes éducatifs qui les obligent à se conformer à des modèles fixés au préalable pour la conduite des classes et basés entièrement sur l'enseignement et non sur l'apprentissage. Cette politique doit également tenir compte des idées directrices, de la structure et de l'administration des organismes d'enseignement afin que leurs objectifs soient les mêmes. En outre, il faut procéder à une révision complète des besoins auxquels le secteur santé aura à faire face lorsqu'il s'attaquera aux problèmes dont la solution ne peut plus être différée, étant donné qu'il s'agit des besoins essentiels de la population.

Parmi les différents aspects dont il faudra tenir compte en pratiquant une politique de ressources en personnel de santé il convient de signaler les suivants: la collectivité doit avoir conscience de son rôle dans la formation des ressources afin de pouvoir faire activement partie de son orientation; il est nécessaire de faciliter la diffusion des caractéristiques et des possibilités de chaque profession relevant de la santé assez tôt chez les jeunes qui sont en deuxième année; il faut établir des conditions de travail satisfaisantes pour le personnel; il faudra utiliser le personnel de santé disponible de façon plus rationnelle; il faut faciliter la mobilité verticale et horizontale parmi les professions du secteur afin de permettre l'avancement des travailleurs qui se révèlent capables d'assumer des postes de responsabilité.

Aspectos políticos de la planificación de recursos humanos para la salud

DR. EUGENE A. CONFREY¹

IMPORTANCIA DE LA DIMENSION POLITICA

Los países de la América, como los de otras regiones del mundo, están realizando grandes esfuerzos para mejorar la oferta, distribución y utilización de los recursos humanos en salud. Una de las razones para la atención prominente que se otorga a estos recursos es la influencia que los mismos tienen en el costo de los servicios de salud y en el acceso de la población a la atención de la salud.

Casi todas las actividades relacionadas con la planificación de recursos humanos se llevan a cabo en un ambiente político y son influidas por fuerzas políticas. Un planificador o administrador que trabaja en el sector público no puede limitar su atención a los asuntos técnicos. El mejoramiento de los recursos humanos en salud representa una propuesta de cambio social y genera debates políticos para llegar a la aceptación y reconciliación de puntos de vista divergentes. Todo esto tiene lugar entre los altos niveles de decisión y está sujeto al escrutinio de las masas, sometidas a las tradiciones culturales. Por tanto, esa planificación tiene una dimensión política, bien sea que tenga por objeto inducir cambios en el comportamiento profesional en el sector privado por medio de la persuasión, o establecer programas gubernamentales por medio de decisiones legislativas.

EL CONCEPTO DE "POLITICA"

Lamentablemente, el término "política" frecuentemente se entiende como limitado a la actividad de los partidos políticos. El proceso político

¹ Director Asociado de Planificación y Evaluación de Programas, Oficina de Educación de Recursos Humanos para la Salud, Institutos Nacionales de Salud, Servicio de Salud Pública, Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A., Bethesda, Maryland.

asociado con la administración y la planificación de los recursos humanos en salud es mucho más amplio. Entran en juego actitudes, influencias y creencias. Además, grupos tales como médicos y otros profesionales de salud, cuerpos docentes de instituciones educacionales, administradores de hospitales, los medios de información pública, el público en general, influyen en las decisiones de los países. Las variaciones en la influencia política reflejan diferencias de carácter socioeconómico y de estilos gubernamentales.

Es de lamentar que la palabra "política" se use frecuentemente en sentido peyorativo por los planificadores en salud. La política se considera irrelevante, irracional o ambas; sin embargo, la clave para transformar un plan técnico en acción pública radica frecuentemente en la comprensión del proceso de elaboración de las "políticas", con todas sus implicaciones de carácter político.

COMPONENTES DE LA ACTIVIDAD DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

En este documento nos referiremos a las características políticas de la planificación de recursos humanos, o sea, a los juicios de valores, preferencias políticas, influencias del poder que confrontan los planificadores cuando pretenden inducir cambios sociales.

Planificación de recursos humanos en salud

La decisión de iniciar la planificación de los recursos humanos en salud está sujeta, en sí misma, a influencias políticas. En un informe de un Grupo Científico de la OMS (1) se mencionan varios factores que han limitado la utilidad de estudios de recursos humanos en salud, entre ellos, disensiones políticas entre grupos o entre regiones de un país, hábitos sociales arraigados que se oponen a los cambios, mentalidad reinante opuesta a la planificación nacional.

La literatura sobre experiencias de la planificación del desarrollo (2), planificación de salud (3) y planificación de recursos humanos (4), así como numerosos estudios sobre recursos humanos, llevan a concluir que el ambiente político tiene gran influencia sobre los principales aspectos de la planificación, que son: la adopción de la planificación sistemática; sus objetivos; las formas de la planificación, y su impacto potencial. La mayoría de los esfuerzos de planificación surgen del conocimiento de la existencia de la enfermedad e incapacidad en la población y de las disparidades en el acceso a una buena atención de la salud. *A priori* se pueden percibir los factores que agravan tales problemas: saneamiento

deficiente, nutrición inadecuada, recursos limitados, fondos insuficientes instalaciones inadecuadas, escasez de otro personal de salud.

Si el gobierno toma la decisión de examinar, pongamos por caso, la naturaleza del problema de recursos humanos, sus dimensiones y características, habrá que preguntarse de inmediato con qué propósito se va a realizar ese análisis. El objeto del análisis puede ser simplemente describir cuantitativamente la naturaleza del problema o llamar la atención pública sobre el déficit de recursos humanos. Asimismo, puede tratarse de análisis técnicos para la formulación de políticas o de planes para la puesta en práctica de políticas.

Este punto, aunque parezca elemental, es importante: la planificación de recursos humanos puede ser confinada a una actividad técnica, o puede ser un instrumento en la actividad pública. El alcance y los límites del esfuerzo serán, probablemente, definidos políticamente.

Aun cuando el objeto sea modesto—limitado a la descripción cuantitativa del problema—se requiere la recolección de información, lo cual presupone la cooperación de instituciones educativas, sociedades médicas y otras asociaciones de profesionales de salud y ministerios de otros sectores. A medida que el alcance de la planificación se amplía para incluir recomendaciones para la acción pública, el elemento político será más crítico.

Hall (5) cita dos ejemplos en su trabajo sobre la política en la planificación de la salud: el primero se refiere a la *participación* en el proceso, y el segundo a la *flexibilidad* en planificación.

“En un estudio de recursos humanos para la salud en Turquía, . . . los planificadores no tenían ningún mecanismo para asegurar la intervención continua de representantes de profesiones de la salud o de instituciones educacionales en el proceso de planificación. Al término del estudio se llevó a cabo una reunión de un día de duración y en la cual participó más de un centenar de personas en representación de los grupos más interesados. Un intenso debate, a momentos caldeado, tuvo lugar en relación con el diseño del estudio y sobre los hallazgos, ya que muchos participantes intentaron aminorar la posibilidad del impacto del estudio sobre sus propios intereses, cuestionando su legitimidad y validez”.

No hace falta elaborar sobre este punto. Cuando se prevé que determinados programas públicos causarán impacto sobre ciertos grupos de la sociedad, el compromiso precoz de los mismos resulta crucial.

Otro ejemplo citado por Hall en la misma obra se relaciona con la estabilidad de los gobiernos. Cuando hay incertidumbre acerca de la estabilidad gubernamental, dice:

“. . . una de las mejores garantías de supervivencia del plan y de la planificación frente al cambio de una administración gubernamental a otra lo constituye la flexibilidad del mismo. Si el planificador está preparado para

mostrar en cada etapa del proceso de planificación el recurso general e implicaciones beneficiosas de las alternativas más importantes en cuanto a políticas, estará en condiciones de modificar sus proyecciones de acuerdo con el resultado de una elección”.

La mayoría de los planificadores de recursos humanos para la salud en las Américas no estarán intelectualmente satisfechos con la sola conducción de ejercicios proforma. Psicológicamente, en el proceso de planificación uno refuerza sus convicciones sobre el mejoramiento de la oferta, distribución y utilización de recursos humanos. Para traducir los planes en acción social, el planificador se coloca frente a los grupos de presión, al poder político, a las preferencias subjetivas de los niveles de decisión, al estilo así como la estructura del gobierno, la actitud pública, la ideología política y económica, la velocidad de los cambios en la sociedad, las oportunidades, los obstáculos culturales. En resumen, la planificación de recursos humanos lleva a decisiones políticas que son parte de un proceso político.

Inteligencia sobre recursos humanos en salud

La compilación y el análisis de información sobre recursos humanos es, por supuesto, una parte esencial de la planificación de recursos humanos en salud. Uso el término “inteligencia” porque, en este caso, la información incluye más que estadísticas. Incluye datos acerca del licenciamiento de profesionales de salud, acerca de currículos de escuelas de profesiones de salud, descripciones ocupacionales, etc. Todo esto puede parecer, *prima facie*, una actividad técnica desprovista de aristas políticas; en realidad no es así. Con frecuencia emergen aspectos delicados que provocan sospechas y, a veces, una tenaz negativa para proveer información. Muchos que han intentado compilar datos sobre el costo de educar un estudiante de medicina reconocen la enormidad de la tarea. La comprensión científica rara vez basta para una justificación. La persuasión, la adaptación, la negociación y el regateo entran en juego—y estas son las características del proceso político.

No sólo es un problema político recolectar la información, sino que esta, una vez recolectada, será usada con fines políticos.

Las estadísticas pueden contribuir a aclarar o confundir la naturaleza de un problema social y los recursos humanos en salud no constituyen una excepción a esta regla. Examinemos, por ejemplo, el concepto de “falta de médicos”. En los Estados Unidos de América se estimó esa escasez en forma bastante arbitraria. La deficiencia notificada de 50,000 médicos fue, en gran medida, una conclusión basada en criterios de relación médico/población. Cualquiera que haya trabajado en este campo sabe que un valor único que represente un agregado de deficien-

cias no puede ser ni correcto ni incorrecto, porque es muy incompleto (6). No es fácil conocer la magnitud del déficit de médicos a menos que se especifique qué tipos de médicos, cómo están distribuidos, cómo son utilizados, la extensión de otros recursos, etc. No obstante, el número de 50,000 ha sido aceptado por todos como una justificación de peso para programas encaminados a ampliar la capacidad para la formación de médicos.

Estos números aparentemente inocuos pueden ser políticamente importantes. Donde quiera que hay sensibilidad acerca de un problema nacional, hay igual sensibilidad a los datos que lo expresan. Por ejemplo, consideremos el problema de la migración internacional de médicos y enfermeras. Tanto el país de origen como el que los recibe deben tener dudas en cuanto a revelar todos los datos acerca de este fenómeno, particularmente en cuanto a identificar las fuerzas socioeconómicas y políticas que mueven a la inmigración y la emigración. El análisis multinacional es la única vía para lograr la comprensión indispensable para aminorar este problema.

Educación y adiestramiento

La oferta o producción representa un gran foco de actividad de recursos humanos en salud, y en este campo la responsabilidad recae sobre las escuelas de profesiones y ocupaciones de salud. Son varios los aspectos políticos que giran alrededor de la definición de funciones. Este tema—la forma en que instituciones y grupos definen sus papeles primarios en la sociedad—es pertinente para la planificación efectiva de recursos humanos en salud. Esta planificación generalmente se orienta a una necesidad de la sociedad como un todo. Tiene un propósito social amplio, dirigido a mejorar los recursos humanos destinados a prestar servicios de salud.

La mayoría de las organizaciones y grupos que pueden facilitar o entorpecer este propósito también tienen objetivos sociales: sociedades médicas, hospitales, organismos que otorgan licencias, compañías de seguros, escuelas de profesiones de la salud. No obstante, el papel principal de cada uno de estos grupos es usualmente definido en forma más limitada que los del planificador con una responsabilidad pública. Por ejemplo, una escuela de medicina puede tener una conciencia social muy alta; sin embargo, es probable que su mayor interés sea la institución como tal—su viabilidad, identidad, reputación, la idoneidad de su cuerpo docente. Este hecho debe ser tomado en cuenta. En última instancia, el planificador público tiene la función de encontrar la intersección de estos papeles e intereses para determinar en qué medida

cada una de estas fuerzas puede afectar el objetivo de formular una política oficial.

Las instituciones de educación y adiestramiento en profesiones de salud tienen múltiples funciones. Las escuelas de medicina, por ejemplo, proveen capacitación, realizan investigaciones y prestan cuidado médico en sus hospitales de enseñanza; por tanto, la producción de recursos humanos es sólo una parte de su misión. Al trabajar con estas instituciones el planificador se encuentra con la comunidad de investigadores biomédicos (que buscan recursos y libertad de investigación), administradores educacionales (quienes deben preocuparse de la viabilidad financiera), y la creciente voz política de los estudiantes.

Las funciones de las instituciones educacionales y las motivaciones de sus componentes se relacionan con casi todo lo que el planificador de recursos humanos quiere efectuar—aumento de la oferta, currículos más eficientes, innovaciones en el proceso educacional.

Quienes hemos conocido de cerca los programas nacionales de planificación de recursos humanos en salud nos damos cuenta de las limitaciones que conllevan las exhortaciones públicas que hacen las instituciones educacionales en favor del cambio. La resistencia al cambio es característica de muchas instituciones, incluyendo las gubernamentales. El cambio representa una amenaza para ciertos patrones tradicionales de comportamiento y, por tanto, resulta difícil de asimilar por parte de los más tradicionalistas. Tal vez la pedagogía posea los mejores ejemplos de este problema. Los intentos para introducir un *core curriculum* en la educación de profesionales de salud, así como algunos de los recientes avances en tecnología de la comunicación (tales como instrucción programada por medio de computadoras, etc.) raramente son recibidos con entusiasmo por profesores que prefieren escribir sus propios libros de texto y dictar clases teóricas en su estilo acostumbrado. Los esfuerzos para exponer a estudiantes de medicina a experiencias clínicas precozmente en su educación han encontrado una oposición organizada. La modificación de actitudes profundas, de patrones de comportamiento largamente establecidos y de percepciones institucionales, no es un problema meramente técnico sino, en gran medida, de naturaleza política, por lo cual debe ser tratado como tal. Hacer una proyección del número de médicos de cuidado primario, u odontólogos o enfermeras requeridos para 1985, sólo es un paso. *Obtener* estos niveles, sin embargo, requiere la completa dedicación de las instituciones de educación y adiestramiento—con sus necesidades, motivos, actitudes, preferencias, prioridades, fuerzas y debilidades.

Reclutamiento y desarrollo

Sin querer exagerar, debe señalarse que históricamente el "elitismo" ha sido uno de los factores que más ha dificultado el reclutamiento de personas dentro de profesiones para la salud y el desarrollo de las carreras paramédicas. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América, como en otros países de la Región, los estudiantes de medicina provienen en su mayoría de las clases socioeconómicas más altas. Resulta fácil predecir las consecuencias de esa situación: una composición profesional relativamente homogénea y con valores y actitudes similares en relación con determinados asuntos politicoeconómicos. En los últimos cinco años la situación ha cambiado algo, y las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud han aceptado más estudiantes provenientes de grupos minoritarios y menos de los que vienen de grupos prósperos. Sin embargo, algunas de las prácticas pasadas siguen siendo difíciles de modificar.

Así dice un informe de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. de 1971 (7), sobre otorgamiento de licencias y credenciales:

"Hace sólo algunos años, asuntos como el otorgamiento de licencias, la certificación y la acreditación eran concebidos como de interés exclusivo de los profesionales afectados por ellos y de sus asociaciones. Los aspectos de interés público de tales asuntos pasaban frecuentemente desapercibidos para los niveles de decisión, largamente habituados a las tradiciones gremiales que han caracterizado las actitudes en este campo . . .".

"Originalmente el otorgamiento de licencias fue concebido para proteger al público de practicantes deshonestos e incompetentes. Los procedimientos actuales conllevan un resultado adicional: limitan el número de practicantes al imponer como condiciones para obtener la licencia algunos requerimientos innecesariamente difíciles. Aún más, las calificaciones para obtener las licencias generalmente son establecidas por las mismas profesiones, cuyo control se mantiene a través de jurados examinadores compuestos de o dominados por miembros de la misma profesión. Así, la licencia podría sólo significar que los practicantes llenan los requisitos establecidos por su propia profesión y no necesariamente que el Estado ha evaluado y aprobado tales requisitos como convenientes para la sociedad".

Los párrafos precedentes dirigen la atención hacia la regulación pública de los recursos humanos en salud, esto es hacia el otorgamiento de licencias. Como lo indica el informe citado, hay problemas comparables en los procesos privados de acreditación y certificación:

"Los procedimientos de acreditación . . . son actualmente objeto de críticas, ya que presuntamente contribuyen a la perpetuación del sistema corporativo asociado a la educación profesional".

Cada país tiene su propio sistema de regulación legal del ejercicio profesional en el campo de la salud, pero cualquier revisión de tales regulaciones representa un intrincado conjunto de problemas políticos. Es necesario evaluar las características políticas del problema antes de intentar cualquier delegación de autoridad, el establecimiento de exámenes estatales (si se consideran convenientes), utilizar exámenes de equivalencia y de calificación, o requerir la participación en la educación continua como un requisito para renovar las credenciales profesionales.

Distribución de recursos humanos

Existen dos aspectos de la inadecuada distribución de los recursos humanos: el geográfico y el ocupacional. Cada uno plantea dilemas sociopolíticos al ofrecer dos posibilidades poco favorables: desatender la responsabilidad social o interferir con la libertad de selección profesional.

Pareciera ser socialmente irresponsable ignorar las tendencias multinacionales en cuanto a la mala distribución de los recursos. Los estudiantes de medicina optan cada vez más por especialidades tales como la cirugía e ignoran el déficit evidente de médicos generales. Los médicos, a su vez, prefieren ejercer en áreas suburbanas y metropolitanas, con lo que las comunidades rurales y las "barriadas" intraurbanas quedan inadecuadamente atendidas.

¿Cuáles son las fuerzas de equilibrio más importantes de que disponen los gobiernos para modificar esta situación? En los Estados Unidos, una manera de corregir la distribución inadecuada podría ser la remuneración diferencial en los programas de residencia de hospitales que funcionan bajo el programa "Medicare", lo cual tendría amplias repercusiones políticas. Con respecto a la distribución geográfica, debe considerarse, en primer lugar, la creación de incentivos, que ha sido intentada en muchas comunidades rurales, como el establecimiento de altos salarios y del ofrecimiento a los médicos de facilidades de residencia y consultorio, aunque en la mayoría de los casos estas medidas no han tenido el resultado esperado. Otra alternativa consiste en la asignación del personal de salud a las comunidades peor servidas, que ha sido utilizada por algunos de los países de la Región. En los Estados Unidos la condonación de los préstamos otorgados a estudiantes de medicina no ha tenido mucho éxito, pues la magnitud de estos no ha sido suficientemente grande como para inducirlos, después de graduados, a ejercer en áreas poco atendidas. La medicina es una profesión de altos ingresos y el graduado prefiere pagar el préstamo a obtener la condonación del

mismo a cambio del ejercicio en regiones remotas o en ciudades del interior.

En cualquier país, el problema más importante en cuanto a recursos humanos para la salud será siempre su inadecuada distribución. Cualquier medida que se tome para mejorar la situación tendrá ramificaciones políticas, por lo general en términos del dilema de la responsabilidad social *versus* libertad individual. Si los médicos, odontólogos o enfermeras pueden ser asignados a ciertas regiones o limitados a determinadas especialidades ¿porqué no hacer lo mismo con los ingenieros sanitarios o los abogados? El problema político lleva a una selección ética entre la libertad individual y el utilitarismo, tal como lo expresara Jeremy Bentham en el siglo XIX: “Los mayores bienes para el mayor número”.

Utilización

Otro aspecto a considerar en los programas de recursos humanos en salud es el relativo a su utilización. En este caso el objetivo es la productividad óptima. La idea de productividad, en sí misma, y especialmente los criterios para medirla, son controversiales. A modo de ilustración consideremos el índice de pacientes vistos por un médico en ejercicio o el de duración de cada consulta. Un aumento por hora o una reducción en el promedio de duración de las consultas pueden indicar mayor productividad, menor control de calidad o ambas cosas a la vez.

La existencia de tales dificultades no demuestra que la utilización de los recursos humanos en los servicios de salud no es análoga a los estudios de “tiempo y esfuerzo” que se hacen en la industria o en otras profesiones.

No por ello es menos cierto que el incremento de la productividad constituye el objetivo de lo que conocemos por delegación de funciones. Ese objetivo de la planificación de recursos humanos se basa en la premisa de que algunos profesionales desempeñan funciones que pudieran ser cumplidas por otros con menor adiestramiento. En el caso de la delegación de autoridad médica para la ejecución de procedimientos tales como la puesta al día de la historia clínica o la realización de ciertos exámenes de laboratorio, el principal obstáculo esgrimido es de carácter legal, o sea, la preocupación por los posibles pleitos por ejercicio inadecuado de la profesión. En años recientes se ha presentado un problema relacionado con esto, como consecuencia de la proliferación de profesiones de la salud y especialidades ocupacionales. El problema consiste en determinar en quién debe recaer tal delegación de funciones, y es aquí donde la controversia adquiere carácter político. Surgen

entonces las interrogantes de si la atención de los partos normales debe ser responsabilidad del obstetra o de la enfermera obstetrix; si un procedimiento quirúrgico requiere de un anesthesiólogo o de una enfermera anestesista, o si los oftalmólogos están llevando a cabo exámenes de capacidad visual que pudieran ser ejecutados por los optometristas.

La aparición de los asistentes médicos ha generado (al menos en los Estados Unidos) una serie de planteamientos políticos, desde la definición de sus funciones hasta la competencia de otras profesiones (tales como enfermería), las cuales se consideran a sí mismas como una extensión de la capacidad del médico.

Es necesario enfatizar que no se trata de una simple secuencia lógica de pasos que lleva de la utilización, a la productividad y a la delegación de funciones. No es sólo cosa de diferenciar tareas, de manera tal que las mismas puedan ser delegadas cuando sea factible. Están implicados grupos de profesionales y donde quiera que existan grupos hay un proceso político que debe ser encarado.

La "medicina en equipo" o el "ejercicio en grupo" constituye otra forma de abordar la atención a la salud a menudo considerada como una manera de mejorar la utilización de los recursos humanos. Esto es también, en parte, un asunto político, ya que plantea problemas no sólo en relación con la eficiencia en la práctica sino con la libertad de selección, tanto por parte de los médicos como de los pacientes.

Nuevas formas de servicios de salud

El ejercicio en grupo quizás sea el reto más difícil para la planificación de recursos humanos en salud. Tal reto se plantea cuando nos preguntamos si las formas actualmente predominantes de prestación de servicios tienen posibilidad de cambiar en el futuro y en qué sentido es más probable que lo hagan. Cabe preguntarse si es probable que la medicina continúe ejerciéndose de manera "atomizada" (ejercicio individual, tarifa por unidad de servicio), o si nos estamos inclinando hacia lo que en los Estados Unidos se denomina "organizaciones para el mantenimiento de la salud", que prestan atención integral prepagada. ¿Cuál es el alcance probable de la cobertura de seguros y de qué beneficios se dispondrá?

Por razones obvias, el planificador necesita estar en capacidad de predecir la velocidad de dichos cambios. La producción de recurso humano profesional para la salud tiene el más largo tiempo de latencia en materia de educación. El adiestramiento debe ser apropiado para los patrones de utilización esperados.

Aquí también, sin embargo, la velocidad y tipos de cambio en las

formas de servicios para la salud están sujetos a la influencia política—desde las funciones del gobierno hasta los efectos de bloqueo o catálisis de grupos poderosos dentro de la comunidad educativa, los proveedores, los administradores de hospital, y otros que influyen en el sistema.

ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS

Los ejemplos siguientes ilustran algunas de las actividades de los programas de recursos humanos en salud que plantean problemas políticos y exigen la aplicación de reglas políticas a nivel de decisión. ¿Cómo podemos nosotros—los que estamos comprometidos en el mejoramiento de la oferta de recursos humanos, su distribución y utilización—incrementar nuestra habilidad para negociar en el terreno político?

Someto a consideración cuatro recomendaciones:

1. Hacer énfasis nuevamente en que la mayoría de los problemas de recursos humanos no son simplemente de naturaleza técnica o científica.

2. Insistir en que las decisiones políticas se hacen primordialmente en base a juicio de valores y no según criterios científicos. Un juicio de valores no es una decisión caprichosa; es de un tipo de lógica diferente. Por ejemplo, una predicción cuantitativa de la reducción en la mortalidad después de un programa de control de la malaria. Los políticos tendrán que decidir si un programa de control de la malaria tiene mayor prioridad que uno de construcción de escuelas o carreteras.

En algunos asuntos políticos, la perspectiva no sólo abarca programas gubernamentales competitivos, sino que en las decisiones se toman en cuenta factores personales y sociales generalmente de menor importancia para los especialistas científicos: la opinión pública, la notoriedad de los programas, el estilo e influencia de las fuerzas políticas, si el momento es oportuno, las consecuencias para un partido político, si la decisión aumentará o disminuirá las posibilidades de reelección. En el mejoramiento de los programas de salud estas motivaciones deben considerarse seriamente. Ellas son reales; forman parte de las características del campo político, y ejercen impacto en las decisiones sobre programas de salud.

3. Probablemente debe prestarse mayor atención al análisis de la política de salud que al estudio de los factores políticos, económicos y sociales que influyen en la elaboración de las políticas oficiales en programas relacionados con la salud, incluyendo los de recursos humanos. A fin de proseguir este tipo de investigación sistemáticamente, habrá que mejorar nuestro marco conceptual. Para llevar esto a cabo, necesitaremos ayuda de varias disciplinas, tales como las siguientes: planificación del desarrollo; investigación operativa; economía; administración

pública; sociología; planificación de la salud; ciencia política; antropología; ciencias gerenciales, y ciencia de las políticas.

Planificación del desarrollo. Un requisito de la implementación exitosa de un programa de recursos humanos en salud es la evaluación realista del contexto económico del país, especialmente su grado de desarrollo. En este Segundo Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, las oficinas de las Naciones Unidas han estado recopilando información que podría utilizarse para determinar las limitaciones que posiblemente impondrá el insuficiente desarrollo tecnológico o el bajo potencial de inversiones públicas y privadas.

Investigación operativa. Ya que se trata de saber cómo pasar de un plan a un programa de recursos humanos lo más eficazmente posible, la investigación operativa y el análisis de sistemas serán de gran utilidad. Este último obliga a una definición rigurosa del problema y requiere una meticulosa especificación de objetivos, la adecuada identificación de los indicadores a utilizar para medir los logros, la ordenación de alternativas y el desarrollo de modelos.

Economía. Los costos, el flujo de fondos, los precios, las inversiones de capital, la demanda, el mercado, la competencia, el ingreso fiscal, la oferta y la productividad, son materias de naturaleza crítica en la moderna planificación de recursos humanos en salud. Los planificadores y administradores contemporáneos no sólo deben estar en condiciones de dar cuenta de lo apropiado de los gastos, sino que también tienen que demostrar la utilidad económica de las inversiones públicas en programas de salud.

Administración pública. Especialmente en países en desarrollo, el fracaso de algunos planes de salud ha sido imputado a la inadecuada consideración de deficiencias administrativas. Es importante determinar: ¿Cuál es el patrón de organización gubernamental en el país para el cual el plan es propuesto, piramidal o de otro tipo? ¿Existen o no patrones de comportamiento contrapuestos entre los funcionarios electos y los nombrados? ¿En qué forma son seleccionados los administradores públicos en cargos claves? ¿De qué información se dispone acerca de los respectivos niveles de control e influencias? ¿Qué diferencias existen entre las funciones y la estructura de los organismos públicos? ¿Cuáles son los métodos de comunicación y coordinación entre esos organismos? (8). Así como cada país tiene su propia herencia cultural, su composición étnica y su organización social, la manera según la cual los países manejan sus asuntos públicos inevitablemente tendrá también su carácter único.

Para traducir los planes técnicos en decisiones públicas se requiere una mayor comprensión de la organización y funciones gubernamentales, lo cual constituye un aspecto del arte y de la ciencia de la administración pública.

Sociología. En la construcción del marco conceptual para el análisis de las políticas de salud, hay que tomar en cuenta la organización social de los países, la estructura de clases, los factores étnicos, la movilidad social, las características de las comunidades rurales y urbanas, el papel de la familia, la velocidad con la cual ocurre el cambio social.

La investigación sociológica ha hecho contribuciones notables a la planificación de salud y tiene mucho que ofrecer a la sofisticación de las actividades de análisis de las políticas de salud. Las actitudes tienen gran influencia sobre el nivel de aceptación pública de los programas de salud. En tal sentido, cabría preguntarse si la enfermera es vista como un profesional o como un sirviente; qué nivel ocupa la partera en la sociedad, y si aceptará el público al asistente médico como un sustituto del médico.

Planificación de la salud. Si los estándares de análisis técnicos y de planificación de la salud fuesen descuidados con el fin de concentrar la atención en un “enfoque político práctico”, el desarrollo de los programas de salud, en cualquier país, podría verse seriamente afectado. Si se desea que la definición de políticas en los programas de salud se realice eficazmente, seguirá siendo necesario contar con las habilidades técnicas del bioestadístico, el epidemiólogo, el educador en profesiones de la salud y otros miembros del equipo de planificación de la salud. Sin embargo, los planificadores probablemente podrían facilitar la definición de políticas si mejorasen la presentación de sus proposiciones en forma de alternativas. Es poco probable que los ejecutivos políticos, o los legisladores *inicien* planes técnicos; su papel consiste en *seleccionar* entre varias opciones, cada una con sus implicaciones fiscales de organización y ramificaciones políticas. El confrontar a los niveles de decisión con una sola opción (“ideal”) limita su grado de libertad.

Ciencia política. Así como es esencial el integrar la planificación convencional de salud con el análisis de las políticas, resulta igualmente importante que esto último permanezca cerca y, aun más, que forme parte del conjunto de políticas oficiales. Un conjunto de proyecciones y estrategias de naturaleza puramente teórica y académica y que no sean utilizadas por los niveles de decisión oficiales, sirve muy poco al propósito de promover el cambio social. Esto constituye un dilema tradicional en todos los campos de la definición de políticas oficiales, aun en las de política exterior e interior. Por una parte, si un cuerpo ejecutivo

o legislativo concentra su actividad en aspectos tácticos al responder a las exigencias de la presión política, las decisiones sobre políticas pudieran no reflejar los objetivos nacionales. Por otra parte, si los analistas de políticas se preocupan sólo de las estrategias a largo plazo y descuidan la táctica, el estilo y las preferencias de los niveles de decisión más importantes, así como las oportunidades que deben ser aprovechadas, el impacto de su análisis pudiera llegar a ser más académico que pragmático. Por eso los científicos sociales y los administradores públicos se esfuerzan por interrelacionar sus habilidades y experiencias de manera coherente y significativa. El campo de la ciencia política está ayudando a lograr esto, particularmente por medio de sus estudios empíricos del poder político—la forma en la cual se comportan los políticos, no la forma en la cual “debieran” comportarse.

El estudio de Banfield sobre la influencia política (9) es un ejemplo de un método de clasificación útil para examinar el campo político. Este autor cita cinco medios de ejercer influencia: la amistad, el compromiso, la persuasión racional, la promoción y la coersión o inducción. Existen muchas otras características del contexto político con las cuales el planificador de salud debe estar familiarizado. Entre ellas: el balance del control y la influencia entre las mayorías y las minorías; la ideología prevalente; el espectro de participación en el proceso político (y las razones para la limitación, tales como analfabetismo o medios de transporte inadecuados); las formas de decidir acerca de los asuntos de salud; el mayor o menor énfasis de las funciones de gobierno en el mantenimiento del orden o en el incremento del bienestar social. En el desarrollo de este tipo de estructura, resultan muy valiosos libros como el de Easton titulado *A Framework for Political Analysis* (10).

La prominencia de las preferencias subjetivas en la determinación de los cursos de acción del público debe ser y está siendo tratada con interés a través del análisis de la ciencia política. Son los hombres y las mujeres, y no las organizaciones, quienes toman las decisiones, y estas se basan en motivos racionales e irracionales, sagrados y profanos, provocados por el temor, el valor y toda la gama de los motivadores emocionales. Sin embargo—y este punto es crítico—el proceso de toma de decisiones no puede ser reducido a psicología normal o anormal, así como tampoco puede ser imputado a una sola persona. El perfil psicológico de los actores principales debe ser tenido en cuenta aunque no constituye ni el comienzo apropiado ni el punto para detener el análisis. La mayoría de los científicos políticos probablemente sugerirían que se comenzara con el examen de la organización y funciones del gobierno, para luego analizar la estructura de poder. Por ejemplo: ¿En dónde reside el control del gasto público a nivel nacional o regional o cuáles funciones gubernamentales relativas a programas de salud son

de naturaleza puramente formal en contraposición a aquellas que pretenden ejercer algún control o influencia? Este tipo de investigación puede reducir la posibilidad de que el análisis de políticas se haga en forma ingenua y esté sujeto a falsas inferencias.

Antropología. Hay suficientes experiencias en planificación de salud a nivel nacional y regional como para demostrar la influencia del ambiente cultural en el éxito de los planes de salud. Cuando hay desajuste entre los planes técnicos y el desarrollo evolutivo de una sociedad, son pocas las posibilidades de mejorar los servicios de salud. Un modelo de servicios de salud basado en una sociedad industrial no puede ser fácilmente adaptado ni siquiera a una sociedad agraria avanzada.

Entre los ejemplos de cuestionable adaptabilidad podemos mencionar los sistemas actuales de educación y adiestramiento en profesiones de la salud existentes en varios países africanos. Los planes de estudio están basados en métodos británicos o norteamericanos para formar médicos y presuponen, por tanto, la existencia de una concentración urbana de la población, equipos e instalaciones muy elaborados, medios de comunicación y transporte avanzados y una clientela razonablemente bien informada. El estudiante de medicina formado en tal ambiente está inadecuadamente preparado para prestar servicios de salud a una población rural cuyas expectativas, comprensión y necesidades son marcadamente diferentes. La percepción de tales discrepancias constituye, sin duda, uno de los factores en la migración internacional de médicos.

La contribución de la antropología al marco de análisis incluye las clasificaciones tipológicas de las culturas. Al igual que sucede con todos los datos aportados por las ciencias sociales, el analista de políticas de salud tendrá que seleccionar aquellas que tienen una influencia más directa en el éxito de un plan de salud. Entre las variables culturales potencialmente relevantes mencionaremos las facilidades de lenguaje, el agrupamiento en comunidades, el *status*, las clases sociales, los valores predominantes, las creencias religiosas, las costumbres matrimoniales, la estratificación ocupacional y educacional, y la movilidad de la población (11). Un planificador de salud que piense en términos socioculturales reconocerá la forma en la cual estos factores afectan los programas públicos de educación para la salud, control de enfermedades transmisibles, ubicación de las clínicas, planificación familiar, saneamiento ambiental y otras actividades programáticas.

Ciencias gerenciales. En tanto que la planificación de la salud ha venido mejorando sus métodos y técnicas durante los últimos 10 ó 15 años, también ha habido progreso en el estudio de la toma de decisiones a nivel de diversas estructuras organizativas, tanto privadas como

públicas. En gran medida, la comprensión de estos aspectos se ha debido a las ciencias gerenciales y ha incluido el proceso de toma de decisiones a nivel individual, de pequeño grupo y organizativo.

En cualquier esfuerzo serio por ampliar el conocimiento del fenómeno social se debe conocer el alcance, los límites y la factibilidad de la investigación. La definición de políticas oficiales en casi todos los países puede que no sea producto de la casualidad, pero tampoco es un proceso sistemático. Por tanto, siempre será perseguir lo inalcanzable el tratar de encontrar procesos formales lógicos y recurrentes en la toma de decisiones. Probablemente esto se modifique con el tiempo, cuando la influencia que ejercen las técnicas de análisis de sistemas sea mayor que la que tienen hoy día, aun en los países socioeconómicamente desarrollados. Mientras tanto, la recopilación de información útil para la definición de políticas de salud tendrá que seguir siendo más anecdótica que sistemática. La influencia de factores psicológicos, culturales y políticos justifica el tener que recurrir a la ayuda de esas disciplinas, las cuales han sido primordialmente académicas y han estado alejadas de la administración pública. Resulta claro que las teorías tradicionales de organización y administración no satisfacen nuestro propósito.

Ciencia de las políticas. Lo que así se ha venido llamando representa uno de los aportes más importantes en el desarrollo de un marco de referencia para la definición de políticas en los programas de salud. Quade (12) ha definido la ciencia de las políticas como “una actividad interdisciplinaria que intenta combinar la decisión y las ciencias de la conducta”. Lasswell (13) le adjudica cinco tareas intelectuales: “. . . clarificación de metas, descripción de tendencias, análisis de condiciones, proyección de desarrollo futuro, invención, evaluación y selección de alternativas . . .”. Dror (14) se refiere a la ciencia de las políticas como “. . . el punto de unión de la dicotomía ‘pura’ versus ‘aplicada’ . . .; cambios en la interfase entre ciencias y valores . . .”.

Los informes sobre estudios en este campo, por ejemplo, los casos que se informan en la revista *Policy Science* (15) y la elucidación de la teoría y la práctica en trabajos básicos de referencia, tales como los de Lindblom (16) o Dror (17), pueden guiar al planificador de salud a través de las complicaciones y peligros asociados con la definición de políticas oficiales. Lindblom (18) señala la utilidad y limitaciones del análisis de políticas (limitaciones de tiempo y costo); la importancia de distinguir entre juicios valorativos y hechos concretos; los tipos de resistencia al análisis de políticas; las estrategias; los obstáculos; el conflicto y la coordinación; el significado de la persuasión, el regateo y la negociación; el papel del ciudadano en la determinación de políticas. Dror (19), a su vez, discute acerca de los resultados netos como principal

criterio para evaluar la definición de políticas oficiales y sugiere criterios y normas, y dice:

“Me referiré a la forma de las políticas a las cuales se llega como *resultado nominal* de la definición de políticas; al grado de factibilidad de las políticas (tanto las de carácter político como económico) llamando a esto *factibilidad de resultados*, y a los efectos sustantivos de la definición de políticas sobre situaciones sociales reales como el *resultado real* de la definición de políticas oficiales”.

Al estudiar los diversos impactos de sus esfuerzos, es de gran importancia para los planificadores la comparación que establece Dror entre la definición de políticas oficiales en los Estados modernos y en aquellos en vías de desarrollo.

La teoría, metodología y práctica de la formulación de políticas son descritas en el libro de Bauer y Gergen *The Study of Policy Formulation* (20). Este tipo de literatura tiene aplicación potencial a los problemas de planificación-implementación, ya que se refiere a modelos de selección, jerarquización de las alternativas en las políticas oficiales, identificación de los puntos de apoyo, papel de la información en la génesis de opinión y otros tópicos similares.

Para resumir esta tercera recomendación diremos que si deseamos incrementar la posibilidad de transformar con éxito los planes de recursos humanos para la salud en decisiones de política oficial, tendremos que dar un mayor desarrollo a nuestro marco conceptual. Para ello serán de utilidad disciplinas como las señaladas.

4. Mi última consideración consistirá en señalar que se puede diseñar un marco para el análisis de políticas de recursos humanos en salud, siendo esto esencialmente un enfoque deductivo destinado a ampliar la base teórica de la definición de políticas oficiales. Sin embargo, la teoría seguirá siendo abstracta a menos que se relacione con el hecho empírico, por lo cual es necesario un enfoque complementario de carácter inductivo que consistirá en examinar la forma en la cual se toman las decisiones sobre políticas de recursos humanos en salud, con sus logros y sus errores.

Un programa de investigación empírico orientado hacia los *procesos* de toma de decisiones, más que hacia las *políticas* específicas de salud de los gobiernos, deberá contribuir a la comprensión de la planificación y formulación de políticas de salud a nivel internacional. Entre las áreas de estudio potencialmente productivas pueden señalarse las siguientes:

¿En qué forma se conduce la planificación de salud en relación con la planificación del desarrollo en otros sectores? ¿Cómo se presentan las alternativas a quienes formulan las políticas? ¿Qué papel juega el análisis económico en la toma de decisiones? ¿Hasta qué grado la planificación de salud toma

en cuenta la capacidad administrativa? ¿Qué características socioculturales han afectado con mayor profundidad el impacto de la planificación de salud? ¿Qué técnicas han utilizado los planificadores de salud para obtener el apoyo oficial a sus proposiciones?

Todas estas preguntas deben ser dirigidas no a la teoría de la formulación de políticas oficiales sino a su práctica en los Países Miembros de la OPS/OMS. Aunque algunos estudios nacionales de recursos humanos para la salud contribuyeron en forma significativa a la investigación metodológica, no han producido cambios sociales en los respectivos países. Con el propósito de evitar la repetición de errores (o inadvertencias) que han ocurrido, debe considerarse la posibilidad de llevar a cabo estudios continuos. En conclusión, la política de la ciencia podría examinar con beneficio la ciencia de las políticas.

RESUMEN

Señala el autor que casi todas las actividades relacionadas con la planificación se llevan a cabo en un ambiente político y son influenciadas por fuerzas políticas. En ese sentido, analiza el concepto de "política" y los factores que el planificador tiene que tener en cuenta cuando trata de inducir cambios encaminados a mejorar el desarrollo de recursos humanos para la salud. Entre otros aspectos, trata de la información sobre los recursos disponibles, educación y adiestramiento, reclutamiento y desarrollo, distribución y utilización de los recursos, y nuevas formas de servicios de salud.

Al hacer el análisis de las políticas, el autor expone cuatro recomendaciones para mejorar las decisiones sobre recursos humanos en salud: a) hacer énfasis en que los problemas de recursos humanos no son simplemente de naturaleza técnica o científica; b) las decisiones políticas se hacen primordialmente en base a juicio de valores; c) debe prestarse mayor atención al análisis de la política de salud, y d) debe diseñarse un marco para el análisis de las políticas de recursos humanos en salud, en el que se relacione la teoría con los hechos empíricos.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Estudios sobre personal de salud*. Ginebra, *Serie de Informes Técnicos 481*, 1971.
- (2) Waterston, A. "An Operational Approach to Development Planning". *Int J Health Serv* 1: 233-252, 1971.
- (3) Hilleboe, H. E., et al. *Métodos de planificación sanitaria nacional*. Ginebra, *Cuadernos de Salud Pública de la OMS No. 46*, 1972.

- (4) OMS, *op. cit.*
- (5) Hall, Thomas L. *Health Planning—Qualitative Aspects and Quantitative Techniques*. Reinke, W. A. (Ed.) Capitulo VI. Baltimore, Johns Hopkins University, 1972.
- (6) Confrey, Eugene A. "The Logic of a Shortage of Health Manpower". *Int J Health Serv* 3: 253-259, 1973.
- (7) Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. *Report on Licensure and Related Health Personnel Credentialing*. Washington, D.C., 1971.
- (8) American Academy of Political and Social Science and American Society for Public Administration. *Theory and Practice of Public Administration: Scope, Objectives, and Methods*. Philadelphia, The Academy, 1968.
- (9) Banfield, Edward C. *Political Influence*. Glencoe, Illinois, The Free Press, 1961.
- (10) Easton, D. *A Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1965.
- (11) Lenski, Gerhard. *Human Societies*. Nueva York, McGraw-Hill Book Co., 1970.
- (12) Quade, E. S. "Why Policy Sciences". *Policy Sciences I*: 1, 1970.
- (13) Lasswell, H. D. "The Emerging Conception of the Policy Sciences". *Policy Sciences I*: 3, 1970.
- (14) Dror, Yehezkel. "Prolegomena to Policy Sciences". *Policy Sciences I*: 3, 1970.
- (15) *Policy Sciences*. Quarterly. Nueva York, American Elsevier Publishing Co.
- (16) Lindblom, Charles E. *The Policy-Making Process*. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1968.
- (17) Dror, Yehezkel. *Policy Science Reexamined*. San Francisco, Chandler Publishing Co., 1968.
- (18) Lindblom, Charles E., *op. cit.*
- (19) Dror, Yehezkel. *Policy Science Reexamined*, pág. 36.
- (20) Bauer, R. A. y K. J. Gergen, (Eds.) *The Study of Policy Formation*. Nueva York, The Free Press, 1968.

POLITICAL ASPECTS OF HEALTH MANPOWER PLANNING (Summary)

Almost all planning activities are carried out in a political atmosphere and are subject to political forces. The concept of "politics" is analyzed and the factors that should be taken into account in seeking to bring about changes favorable to the development of health manpower are listed. The subjects of available resources, education and training, recruitment and development, distribution and utilization of resources, and new forms of health service are discussed, among others.

Four recommendations are made for improving health manpower decisions: (a) it should be kept in mind that human resource problems go beyond purely technical or scientific considerations; (b) it should be remembered that political decisions are based primarily on value judgments; (c) greater attention should be paid to health policy analysis; and (d) a model should be designed for health manpower policy analysis in which theory is linked to empirical fact.

ASPECTOS POLÍTICOS DO PLANEJAMENTO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE (Resumo)

Assinala o autor que quase todas as atividades relacionadas ao planejamento se desenvolvem num ambiente político e são influenciadas por forças políticas. Nesse sentido, analisa o conceito de "política" e os fatores que o planejador deve levar em conta ao procurar induzir a introdução de reformas destinadas a melhorar o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. Entre outros aspectos, trata da informação sobre os recursos disponíveis, da educação e do treinamento, do recrutamento e do desenvolvimento, da distribuição e utilização dos recursos, e de novas formas de serviços de saúde.

Ao proceder à análise das políticas, o autor formula quatro recomendações para melhorar as decisões referentes a recursos humanos em saúde: a) dar ênfase ao fato de que os problemas de recursos humanos não são simplesmente de natureza técnica ou científica; b) tomam-se as decisões de política primordialmente com base num juízo da valores; c) deve-se dar maior atenção à análise da política de saúde; e d) deve-se conformar a análise das políticas de recursos humanos em saúde a um contexto em que se relacione a teoria com os fatos empíricos.

ASPECTS POLITIQUES DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES EN PERSONNEL DE SANTÉ (Résumé)

L'auteur signale que presque toutes les activités se rapportant à la planification sont exercées dans un climat politique et sont conditionnées par des forces politiques. Dans ce contexte, l'auteur examine le concept du terme "politique" et les facteurs dont le planificateur doit tenir compte lorsqu'il s'efforce d'introduire des changements destinés à améliorer la mise en oeuvre des ressources en personnel de santé. Il examine, entre autres, les questions suivantes: renseignements sur les ressources disponibles; éducation et formation; recrutement et développement; répartition et utilisation des ressources, et nouvelles formes de services sanitaires.

En ce qui concerne la politique à suivre, l'auteur formule quatre recommandations tendant à améliorer les décisions relatives aux ressources en personnel de santé: a) veiller à ce que les problèmes des ressources humaines n'aient pas uniquement un caractère technique ou scientifique; b) faire en sorte que les décisions politiques soient prises primordiallement en tenant compte de leur valeur certaine; c) vouer une plus grande attention à l'étude analytique de la politique en matière de santé, et d) établir une norme pour l'étude de la politique en matière de ressources en personnel de santé qui joint la théorie à la pratique.

Distribución geográfica de los médicos: factores que la afectan

DR. FRANCISCO YEPES ¹

Una correcta planificación de los recursos humanos requiere fundamentalmente de un conocimiento del cómo y del por qué de la distribución geográfica de estos. Lo primero es ilustrado por el estado de esta distribución en un momento dado, así como por sus tendencias históricas, y lo segundo por el análisis de las variables que puedan estar relacionadas con dicha distribución y con sus cambios históricos.

En este trabajo se revisan algunos de los estudios que se han hecho sobre la distribución geográfica de los médicos. Además, se propone un marco general de referencia y varios modelos de análisis, con vista en la aplicabilidad que pueden tener a nivel de la unidad encargada de planificar los recursos humanos.

ANTECEDENTES

La distribución geográfica de los médicos ha sido estudiada en diversos países (1-10, 13) y presenta algunas características comunes a todos ellos. Por ejemplo, la concentración en las principales áreas urbanas y en algunas zonas geográficas de los países. Por lo general, esto último es sólo un reflejo de mayor concentración de ciudades en algunas regiones de los países.

En los Estados Unidos de América se ha registrado un aumento de la concentración urbana, con la consiguiente desprotección progresiva de las áreas rurales (11-13). En Colombia y Brasil la tendencia observada en un período relativamente corto de tiempo ha sido prácticamente estacionaria.

En Canadá, Estados Unidos de América y Colombia también se ha registrado una mayor concentración urbana de los especialistas en comparación con los médicos generales, los cuales se hallan distribuidos de manera más uniforme (1, 2, 12, 13, 25).

¹ Jefe, Oficina de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública, Colombia.

Se han efectuado una serie de estudios—la mayor parte de ellos en los Estados Unidos—para tratar de analizar las posibles variables relacionadas con la ubicación de los médicos. Los estudios varían desde los que observan y analizan el fenómeno a un nivel nacional (9) hasta los que lo hacen a nivel regional (14-15) o de áreas metropolitanas (16-18). Otros específicamente analizan las relaciones entre la distribución geográfica de los médicos y una serie de variables, y aun otros tienen orientación más general e incidentalmente pueden hallar alguna relación importante (7-19). Las metodologías empleadas en la recolección y el análisis de la información también son variadas, pero a pesar de ello algunas líneas generales surgen con suficiente regularidad para llamar la atención acerca de su importancia. Se puede decir que ha habido dos grandes enfoques: uno ecológico y otro centrado en el individuo.

Enfoque ecológico

Uno de los aspectos en que la ecología humana se ha interesado ha sido el de las relaciones existentes entre la población y las empresas que la sirven.² Los primeros estudios analizaron la relación entre el número de empresas y el tamaño de la población. A este enfoque inicial se han ido añadiendo otras variables, tanto dependientes como independientes.

Diversos estudios han encontrado que el número, tamaño y variedad de las empresas que sirven a una comunidad están relacionados no sólo con el tamaño de su población sino también con su composición (edad, sexo, ingreso, educación, ocupación, etc.) y con la proximidad a otra comunidad más grande (20-21).

Las investigaciones que se han hecho en relación con la distribución de los médicos siguen este enfoque y tienden a mostrar que ellos también son influenciados por las variables anteriormente mencionadas.

Los médicos también requieren de una base de población mínima para poder establecerse. Los médicos generales requieren una base de población menor que los especialistas, quienes atienden una patología menos frecuente y por tanto necesitan núcleos de población mayores para ejercer. Esto ayuda a una distribución más homogénea de los médicos generales comparada con una mayor concentración de la mayoría de los especialistas, quienes además necesitan muchas veces de equipos más costosos y sofisticados. Los estudios que han considerado la relación entre el número de médicos y el tamaño de la población han hallado una relación directa entre estos dos factores (14, 16, 17, 22). Otros estudios han explorado la relación entre el número de médicos o la proporción médicos/población y diversas características de esta (edad,

² Entre las diferentes empresas estudiadas hay almacenes de ropa, de comestibles, de repuestos, etc.

sexo, ingreso, educación, ruralidad, raza, etc.), y en alguna ocasión del ambiente médico (camas hospitalarias, facultad de medicina). Los resultados han sido bastante consistentes, mostrando una relación directa entre el número de médicos o proporción médico/población y el nivel educacional e ingreso de la población (9, 15, 17).

Por otra parte, aquellos estudios que han considerado por separado a médicos generales y a especialistas, han encontrado que los primeros responden más a factores de composición de la población en tanto que los segundos lo hacen más a características del ambiente médico (16-18).

En cuanto a la proximidad a una comunidad de mayor tamaño, no hay, al menos en lo que hemos revisado, ningún estudio pertinente, pero parece lógico que este factor también debe afectar la forma en que se distribuyen los médicos.

Enfoque centrado en el individuo

En este enfoque se han estudiado las diversas características de los médicos según se ubiquen en áreas rurales o urbanas, o en un estado u otro. Algunas de las características, no siempre con significado estadístico, que se han encontrado relacionadas con la ubicación del médico, han sido el estado en el cual cumplieron su residencia, el tamaño de la comunidad en que vivían antes de entrar a las escuela de medicina (9) o, en términos más generales, el área de procedencia (urbana-rural). Este último factor ha sido señalado por varios autores (7, 19, 23).

Otras características han sido la preferencia por el tipo de vida de la ciudad o de una comunidad pequeña, así como en el caso de médicos de comunidades pequeñas, la facilidad de hacerse de una buena clientela en corto tiempo.

El enfoque faltante

Un factor muy importante y que hasta el presente parece haber sido dejado a un lado es el de las políticas que tiene el gobierno para tratar de modificar la distribución de sus recursos médicos. Tal es el caso del "año del ejercicio en el medio rural" en varios países latinoamericanos, y tal puede ser el caso de políticas de incentivos que podrían establecerse.

Limitaciones de interpretación

Hay una serie de hallazgos que parecen susceptibles de generalizarse, pero que deben ser tomados con prudencia mientras no se hayan producido en países y situaciones diferentes.

Es obvio que existen diferencias en las definiciones de urbano y rural no sólo entre diversos países sino también dentro de un mismo país.

Por ejemplo, lo que en Estados Unidos es considerado rural se diferencia bastante de lo que el resto de la Región es considerado como tal.

La distribución del ingreso es muy desigual en los países en desarrollo, pero no es tan marcada en los Estados Unidos. Esto hace que el ingreso *per capita* de una comunidad, utilizado como reflejo de su capacidad de consumo de servicios, no sea un índice adecuado en los países de América Latina y del Caribe.

La pertenencia a ciertos grupos raciales está relacionada en diversos países con menores ingresos y educación y mayor morbilidad, pero las actitudes frente a los problemas raciales no son iguales o de igual intensidad en todas partes.

Los tipos y formas de práctica médica asimismo son diferentes. Por ejemplo, en algunos países los especialistas restringen sus actividades exclusiva o casi exclusivamente a su campo, y en otros emplean buena parte de su tiempo en actividades de medicina general o de otras especialidades.

Estas y otras posibles variaciones se deben de tener en cuenta siempre que se trate de generalizar o de hacer comparaciones entre diversos países.

UNA CLASIFICACION TENTATIVA

La siguiente clasificación no pretende ser definitiva; se presenta con la idea de que pueda ser un marco de referencia útil para ubicar en él los estudios realizados, así como para orientar investigaciones futuras.

No es necesario ni factible considerar siempre todos los factores mencionados, ni están incluidos todos lo que pudieran ser de importancia en una situación dada. Se proponen tres grupos de factores o variables los cuales corresponden a los tres enfoques analizados previamente.

Factores relacionados con el sitio de trabajo

*Demográficos, geográficos*³

Tamaño de la población

Composición de la población (raza, ingreso, educación)

Proximidad a una población mayor

Ubicación geográfica (estado, departamento, región)

³ Este primer grupo está muy relacionado con las variables ambientales y profesionales. Metodológicamente es, pues, recomendable limitar el análisis en una primera instancia a las variables demográficas y sólo acudir a las demás para explicar diferencias entre lugares con población de tamaño o características similares o de similar ubicación geográfica. Se ha encontrado que el tamaño de la población está positivamente relacionado con la densidad de la misma, así como con el ingreso nominal, y con la proporción de personas de altos ingresos.

Ambientales

Facilidades educativas (primaria, secundaria, universidad)
Facilidades de recreación (cine, teatros, etc.)
Facilidades de vivienda
Servicios públicos
Vías de transporte
Facilidades de comunicación
Clima

Profesionales

Existencia de hospital
Características del hospital (tamaño, servicios que ofrece)
Existencia y tipo de otros profesionales de salud
Existencia de personal técnico y auxiliar
Dotación instrumental

Ingreso

Salario (horas contratadas)
Ingreso profesional privado
Otros ingresos

Factores relacionados con el médico

Demográficos

Edad
Sexo
Estado civil; número de hijos.

Antecedentes

Lugar de residencia antes de iniciar los estudios médicos
Lugar donde cursó estudios secundarios
Facultad de medicina (nombre y lugar)
Lugar de internado
Lugar de residencia (estudios de posgrado)

Otros

Clase socioeconómica
Tipo de práctica médica
(Medicina general o especialidad)
(Medicina privada o asalariada)

Factores relacionados con políticas de gobierno

Medicatura rural
Incentivos económicos, etc.

MODELOS PARA ANALISIS

En países capitalistas, de libre empresa, como son la mayoría de los países de las Américas, debemos aceptar como hipótesis básicas que los médicos se ubicarán, de preferencia, en aquellos lugares en donde:

1. Puedan contar con una demanda efectiva y remunerada de sus servicios.
2. Puedan ejercer su profesión dentro de un mínimo de requerimientos técnicos.
3. Puedan contar con comodidades mínimas para sí y para sus familias.

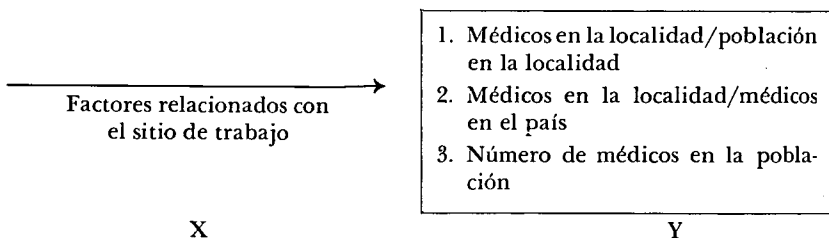
Podemos suponer igualmente que los médicos tendrán diferentes actitudes y expectativas en relación con el ingreso esperado, tipo y calidad de las comodidades y de los requerimientos técnicos, así como diferentes preferencias por distintas formas de vida (por ejemplo: urbana-rural), todo lo cual ha de incidir sobre el tipo de lugar escogido para la práctica profesional y va a estar condicionado por sus características personales.

De acuerdo con los planteamientos anteriores, habría dos aspectos fundamentales para investigar.

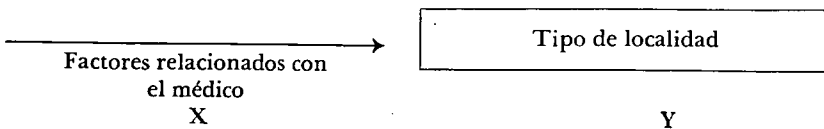
1. Cuáles son los lugares preferidos por los médicos (cuáles son sus características).
2. Qué características tienen los médicos que residen en determinado tipo de localidades.

A estos dos planteamientos se debe añadir un tercero, que puede modificarlos: las políticas de gobierno. En este caso el aspecto a investigar sería: si la política "a" o "c" del gobierno ha afectado la distribución geográfica de los médicos, y si lo ha hecho, en qué sentido.

Los siguientes tres modelos podrían servir de base para análisis de este tipo. En uno de ellos la variable dependiente sería: la proporción médico/población en cada localidad, o la proporción de los médicos del país que residen en la localidad, o el número absoluto de médicos en la misma. Las variables independientes serían las anotadas en la clasificación anterior como factores relacionados con el sitio de trabajo.



En el otro modelo, la variable dependiente sería el tipo de localidad en donde el médico reside, y las variables independientes, los factores relacionados con el médico. La tipificación de las localidades podría hacerse según tamaño de su población total, según tamaño de su población concentrada, según proporción de la población que tiene determinadas características, etc.



El tercer modelo estaría formado por uno cualquiera de los anteriores o por ambos, bien antes y después de la instauración de una política determinada, o comparando regiones geográficas con y sin una política determinada, o cualquier otro de varios diseños pseudoexperimentales o experimentales posibles que se podrían escoger.

PUNTOS DE INTERVENCION

Desde el punto de vista de la unidad de gobierno encargada de la planificación de los recursos humanos, los estudios que se hagan deberían tener como finalidad identificar posibles puntos de intervención como base para la formulación de políticas tendientes a corregir posibles desequilibrios observados.

En este sentido, los modelos anteriores permiten delimitar áreas específicas: una de ellas al nivel mismo de la evaluación de políticas ya existentes; otra a nivel de los factores relacionados con el trabajo que sea factible mejorar, y el restante, a nivel de los factores relacionados con el médico que se traducirían en cambios en las políticas de admisiones en las escuelas de medicina o en las diferentes etapas del proceso de educación médica (pregrado y posgrado).

Con el fin de validar los modelos y de poder observar cambios temporales, sería ideal que se pudiera disponer de esta información por un período de varios años.

En muchos casos se puede utilizar información existente, como los directorios médicos, datos de censos, información recolectada rutinariamente por las facultades de medicina, etc. (22).

UNIDAD DE ANALISIS

La unidad de análisis que se tome es de la mayor importancia. La mayor parte de los estudios a que nos hemos referido han tenido como unidad una municipalidad o un estado. Sin embargo, este último es una unidad demasiado agregada y la primera no necesariamente da una idea sobre la disponibilidad de servicio médico en una población, ya que este se puede obtener eventualmente en un municipio vecino. Otra unidad que ha sido sugerida y utilizada es el área de servicios médicos, definida como "aquella que es más o menos autosuficiente con relación a las demandas de salud de su población", la cual no necesariamente sigue demarcaciones políticas, sino que es determinada con base en el área de influencia de las instituciones de servicio médico (24-26). Si bien esta última unidad es de mayor utilidad y da una idea mucho más

completa acerca de la disponibilidad de servicios médicos, la información que se necesita para definirla puede requerir esfuerzos adicionales y no plenamente justificables en muchos países de América Latina y del Caribe.

Parece que las áreas programáticas o regionales en los países que han adoptado un sistema de regionalización de servicios médicos podrían ser utilizadas, al menos transitoriamente, en forma conjunta y complementaria con las municipalidades.

LA MIGRACION

El estudio de la migración interna de médicos constituye un complemento importante a los enfoques anotados. Añade un componente dinámico a una visión estática. El énfasis pasa del sitio en donde se halla el médico en un momento dado, a las características de su movilidad: cuál es su frecuencia, cuál la duración de las diferentes estadías, cuáles los posibles patrones de migración (por ejemplo, sitio de estudios médicos, población pequeña, población intermedia, ciudad) y cuáles las variables relacionadas con dichas observaciones.

Posiblemente el uso de este enfoque complementario permitirá reforzar los hallazgos hechos con los otros métodos, así como arrojar luz sobre aspectos que en otra forma no sería posible aclarar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se presenta una revisión somera de los factores que, según varios estudios, se correlacionan con la distribución geográfica de los médicos. Asimismo, se propone una clasificación tentativa de dichos factores, con la idea de que sirva de marco de referencia para los estudios realizados y para orientar los que se puedan hacer en el futuro. Se presentan algunos modelos de análisis, los cuales permiten la identificación de puntos de intervención que faciliten la formulación de políticas para la planificación de los recursos humanos. El uso de los modelos debe hacerse empleando al máximo la información ya existente. Es muy común la existencia de abundante información que muy pocas veces es sometida a análisis metódicos y menos veces aún conduce a la toma de decisiones. Se podría decir que la recolección de información adicional así como la complejidad en los análisis deben guardar proporción con la capacidad para tomar decisiones.

Este tema de la distribución geográfica de los médicos es importante debido a que estos constituyen el recurso fundamental para la presta-

ción de servicios médicos y se ha partido de la suposición de que mejorando su distribución se aumentará la accesibilidad de la población a los servicios médicos. Sin embargo, un análisis del tipo planteado puede mostrar lo irreal de pretender generalizar dicha distribución y la necesidad de aceptar la alternativa de utilizar otro personal en lugar del médico en muchos lugares.

REFERENCIAS

- (1) Judek, Stanislaw. *Medical Manpower in Canada*. Royal Commission on Health Services, 1964.
- (2) Paredes, Raúl. "La Profesión Médica". En *Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica*. Bogotá, 1967.
- (3) Ministerio de Salud, Consejo Nacional Consultivo de Salud. *Recursos humanos de salud en Chile: Un modelo de análisis*. Santiago, 1970.
- (4) Hall, Thomas L. *Recursos humanos de salud, Perú, 1967*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1967.
- (5) Ferrer, Jorge. "Estudio de los Recursos de Personal Médico en la República de El Salvador, 1967". Tesis de grado, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, 1969.
- (6) Instituto Nacional de Estudios Pedagógicos. Núcleo integrado de estudios de recursos humanos para a saúde. *Educação de recursos humanos e a atual mão de obra no setor saúde. Bases para uma efectiva política de desenvolvimento. Um estudo*.
- (7) Baker, Timothy y Mark Perlman. *Health Manpower in a Developing Economy: Taiwan, a Case Study in Planning*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967.
- (8) Taylor, Carl E. et al. *Health Manpower Planning in Turkey: An International Research Case Study*. Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1968.
- (9) Weiskotten, Herman G. et al. "Trends in Medical Practice: An Analysis of the Distribution and Characteristics of Medical College Graduates, 1915-1950". *J Med Educ* 35:1071-1095, 1960.
- (10) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final, III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, octubre de 1972). *Documento Oficial No. 118* (1973), pág. 14.
- (11) Mountin, Joseph W. et al. "Location and Movement of Physicians, 1923 and 1938—Changes in Urban and Rural Totals for Established Physicians". *Public Health Rep* 60:173-184, 1945.
- (12) Weiskotten, Herman G. et al. *Op. cit.*, pág. 1090, cuadro 14.
- (13) Hassinger, Edward W. y Daryl J. Hobbs. "Distribution of Health Services in Missouri". University of Missouri, College of Agriculture, Agricultural Experimental Station. *Research Bulletin No. 917*, marzo de 1967, págs. 3-21.
- (14) Fahs, Ivan J. y Osler L. Peterson. "Towns without Physicians and Towns with Only One—A Study of Four States in Upper Midwest, 1965". *Amer J Public Health* 58:1200-1211, 1968.
- (15) Parker, Ralph L., et al. "Social, Economic and Demographic Factors Affecting Physician Population in Upstate New York". *New York State J of Med*, marzo de 1969, págs. 706-712.

- (16) Marden, Parker G. "A Demographic and Ecological Analysis of Distribution of Physicians in Metropolitan America, 1969". *Amer J Sociol* 72:290-300, 1966.
- (17) Benham L. *et al.* "Migration, Location and Remuneration of Medical Personnel: Physicians and Dentists". *Review of Economics and Statistics*, págs. 332-346.
- (18) Joroff, Sheila y Vicente Navarro. "Medical Manpower: A Multivariate Analysis of the Distribution of Physicians in Urban U.S." *Med Care* 9:428-437, 1971.
- (19) Peterson, Osler L. *et al.* "An Analytic Study of North Carolina General Practice 1953-1954". *J Med Educ* 31:parte 2, diciembre de 1956.
- (20) Hawley, Amos H. "An Ecological Study of Urban Service Institutions". *Amer Soc Rev* 6:629-639, 1941.
- (21) McKensie, R. D. *The Metropolitan Community*. Nueva York, McGraw Hill Book Co., 1933 (Citado por Hawley).
- (22) Yepes, Francisco J. Datos inéditos.
- (23) Parker, Ralph C. y Thomas G. Tuxill. "The Attitude of Physicians by Medical Service Areas". Bureau of Medical Economic Research, *AMA Bulletin No. 94*, 1954.
- (24) Dickinson, Frank G. "Distribution of Physicians by Medical Service Areas". Bureau of Medical Economic Research, *AMA Bulletin No. 94*, 1954.
- (25) Ciocco, Antonio y M. E. Altenderfer. "Birth Statistics as an Index of Interdependence of Counties with Regard to Medical Services". *Public Health Rep* 60: 973-985, 1945.
- (26) Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. "Medical Service Areas and Distance Traveled for Physician Care in Western Pennsylvania". *Public Health Mono No. 19*, 1954.

FACTORS AFFECTING THE GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF PHYSICIANS (*Summary*)

The factors that studies have shown to be associated with the geographical distribution of physicians are briefly reviewed. In addition, a tentative classification of these factors is proposed with a view to its serving as a frame of reference for the studies carried out so far and as guide for those that may be conducted in the future. Analytical models are presented for identifying points at which intervention can be made so as to facilitate the formulation of manpower planning policies. In the application of the models the greatest possible use should be made of the information that is already available. It is very common to find abundant data that have hardly been subjected to any systematic analysis at all, much less put to use in the decision-making process. It could be said that the further collection of data and the complexity of analytical methods should be kept in proportion to the decision-making capacity.

Knowledge of the geographical distribution of physicians is important, since these professionals constitute the basic resource for the delivery of medical services, and it has been assumed that if this distribution can be improved the accessibility of medical services to the population will be correspondingly increased. However, an analysis of the kind proposed can show how unrealistic it is to attempt to achieve a uniform distribution and hence how necessary it may be in many places to accept the alternative of replacing physicians with other personnel.

FATORES QUE AFETAM A DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS MÉDICOS (*Resumo*)

Este trabalho oferece um breve resumo dos fatores que, de acordo com diversos estudos, se relacionam com a distribuição geográfica dos médicos. Nele se propõe, além disso, uma classificação preliminar desses fatores com o propósito de utilizá-la como ponto de referência para os estudos realizados e para a orientação do que se possa fazer no futuro. Apresentam-se alguns modelos de análise, os quais permitem a identificação de áreas de intervenção com vistas a facilitar a formulação de políticas para o planejamento dos recursos humanos. Devem-se utilizar os modelos com o máximo emprego da informação já existente. E muito comum existir abundante informação que poucas vezes é submetida a análises metódicas e raramente conduz à tomada de decisões. Poder-se-ia dizer que a obtenção da informação adicional e a complexidade das análises deve guardar proporção com a capacidade de tomada de decisões.

A distribuição geográfica dos médicos é um tema de importância, dado que estes constituem o elemento fundamental da prestação de serviços médicos, e que se partiu da suposição de que, com a melhoria de sua distribuição, aumentar-se-á a acessibilidade da população aos serviços médicos. Uma análise do tipo sugerido pode revelar, todavia, o que há de irreal em pretender generalizar essa distribuição, bem como a necessidade de aceitar a alternativa de utilizar, em muitos locais, outro pessoal que não o médico.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES MÉDECINS: FACTEURS QUI LA CONDITIONNENT (*Résumé*)

Cette étude présente un exposé sommaire des facteurs qui, selon diverses études, se rattachent à la répartition géographique des médecins. En outre, l'auteur propose une classification provisoire de ces facteurs dans le but de servir de point de référence pour les études effectuées et d'orienter celles qui pourraient être entreprises dans l'avenir. Il présente quelques modèles d'analyse qui permettent de déterminer les points d'intervention facilitant l'établissement des programmes pour la planification des ressources humaines. L'utilisation des modèles doit se faire en se servant au maximum des renseignements déjà existants. Les renseignements abondants dont on dispose ne font que rarement l'objet d'analyses méthodiques et encore moins souvent d'une prise de décisions. On pourrait avancer que le rassemblement des données complémentaires ainsi que la mise au point des analyses doivent être proportionnelles à la capacité de prendre des décisions.

Ce thème général de la répartition géographique des médecins, est important du fait que ces derniers constituent la ressource fondamentale pour la prestation de services médicaux et se fonde sur l'idée qu'en améliorant leur répartition on augmentera l'accessibilité de la population aux services médicaux. Toutefois, une analyse de ce genre peut montrer l'impossibilité qu'il y a de vouloir généraliser cette répartition et la nécessité d'accepter la solution qui consiste à utiliser dans de nombreux endroits un autre personnel à la place du médecin.

La emigración de personal médico desde América Latina a los Estados Unidos de América—Hacia una interpretación alternativa

SR. OSCAR OSLAK Y SR. DANTE CAPUTO ¹

La emigración de personal médico desde América Latina hacia los Estados Unidos no es un fenómeno trivial ni irrelevante. El sistema de salud de este país funciona bajo el supuesto de una constante incorporación de médicos extranjeros, en tanto que los sistemas de salud latinoamericanos lo hacen considerando la inevitabilidad de un éxodo permanente de sus médicos hacia los Estados Unidos.²

Como problema de investigación y objeto de política para su superación, el éxodo de personal médico desde América Latina debe ser examinado siguiendo los pasos siguientes:

1. Describiendo someramente la envergadura y características del fenómeno (cuantificando su magnitud, estableciendo la naturaleza de los recursos humanos emigrados, destacando su importancia respecto a la dotación nacional, etc.).
2. Sintetizando las interpretaciones comúnmente sugeridas en la literatura sobre el tema, especificando los límites de su validez en términos explicativos y señalando sus errores o deficiencias.
3. Proponiendo una interpretación alternativa del fenómeno, que tome en cuenta no sólo los factores que contribuyen a que se produzca el flujo, sino además las razones estructurales que explican su existencia.

¹ Funcionarios del Centro de Investigaciones en Administración Pública asociado al Instituto Torcuato Di Tella, Buenos Aires, Argentina. Los autores agradecen al Sr. E. Oteiza y al Sr. J. Escudero, del propio Centro, su asesoría en la preparación de este trabajo.

² En 1971, el número de médicos extranjeros que entraron a los Estados Unidos fue mayor que los que produjo el país en ese año. Del total de médicos residentes el 20% eran extranjeros. Un total de 10,000 médicos provenían de América Latina, lo que representa un 15.7% de los médicos extranjeros.

A partir de este análisis será posible determinar en qué medida el fenómeno es controlable por los países "dadores" y cuáles serían las opciones de política disponibles.

LA DIMENSION DEL FENOMENO

Aunque el propósito de este trabajo no es ofrecer un análisis estadístico de la migración de personal, es indispensable señalar el impacto real del problema. Para ello se ha seleccionado un conjunto de datos mínimos que permitan apreciar la magnitud del fenómeno. Información más detallada aparece en dos trabajos de Stevens y Vermeulen (24) y Haug y Martin (6).

A fin de obtener un cuadro global de las necesidades de personal médico en América Latina, hemos recurrido a la relación habitantes/médico, conscientes de que los promedios nacionales encubren grandes distorsiones en cuanto a la distribución geográfica de estos profesionales. En el cuadro 1 se advierte que mientras en los Estados Unidos y en Canadá la relación es de 667 habitantes por médico, la tasa correspondiente al conjunto de América Latina es de 2,571 habitantes por médico. Desagregando las cifras por países la situación es aún más alarmante: para Argentina la tasa es de 426 habitantes por médico, en tanto que para Haití llega a 12,500 habitantes por médico.

A fin de obtener una visión general de la situación, agruparemos los países de la Región según la tasa indicada, en esta forma:

Menos de 1,000 habitantes/médico:	Argentina, Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay.
De 1,000 a 1,999 habitantes/médico:	Barbados, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Panamá, Perú y Venezuela.
De 2,000 a 2,999 habitantes/médico:	Bolivia, Colombia, Ecuador, Jamaica, Nicaragua, República Dominicana, Paraguay y Trinidad y Tabago.
3,000 o más habitantes/médico:	El Salvador, Guatemala, Haití y Honduras.

Un 15.7% del total de personal médico emigrado a los Estados Unidos corresponde a América Latina. Cuba posee el mayor número de emigrados a dicho país (27.8% del total); le siguen México (18%) y Argentina (13.2%). Los países de menor participación son Costa Rica y Panamá con menos del 1 por ciento.

Sobre la base de su participación en el total de médicos latinoamericana-

CUADRO 1—Estadísticas básicas sobre emigración de médicos desde América Latina a los Estados Unidos.

País	Dotación de médicos	Año	Habitantes/ médico	Total médicos en los E.U.A.	% emigrados/ dotación nacional	% del total de médicos lati- noamericanos en los E.U.A.	Relación habitantes/ médicos por emigración/ dotación
Argentina	53,684	69	426	1,313	2.4	13.2	1.8
Barbados	132	70	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Bolivia	2,143	70	2,326	146	6.8	1.4	15.8
Brasil	47,250	69	1,923	377	0.8	3.8	1.5
Canadá	32,625	71	667	6,174	—	—	—
Colombia	9,468	69	2,174	952	10.0	9.6	21.7
Costa Rica	910	69	1,852	11	1.2	0.1	2.2
Cuba	7,000	68	1,149	2,757	39.4	27.8	45.2
Chile	5,170	68	1,818	176	3.4	1.7	6.2
Ecuador	2,080	70	2,941	147	7.1	1.5	20.8
El Salvador	865	69	3,846	91	10.5	0.9	40.3
Guatemala	1,208	71	4,348	109	9.0	1.1	39.1
Guyana	171	71	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Haití	361	69	12,500	329	91.1	3.3	1,138.8
Honduras	780	72	3,571	49	6.3	0.5	22.5
Jamaica	752	71	2,500	s/d	s/d	s/d	s/d
México	25,602	68	1,786	1,821	7.1	18.3	12.7
Nicaragua	870	71	2,174	78	9.0	0.8	20.0
República Dominicana	2,050	71	2,041	629	30.7	6.4	62.7
Panamá	1,006	71	1,471	23	2.3	0.2	3.4
Paraguay	1,023	71	2,222	76	7.4	0.8	16.4
Perú	6,870	69	1,923	618	9.0	6.2	17.3
Trinidad y Tabago	432	71	2,381	s/d	s/d	s/d	s/d
Uruguay	3,170	71	917	46	1.5	0.5	1.3
Venezuela	10,202	71	1,053	133	1.3	1.3	1.4

Fuente: Haug, J. N. y B. C. Martin. *Foreign Medical Graduates in the United States, 1970*. Chicago, American Medical Association, 1971; y datos del Departamento de Estadísticas de Salud de la OPS.

nos en los Estados Unidos, es posible clasificar a los países de la manera siguiente:

- Menos del 1%: Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Uruguay.
- Entre 1 y 4.9%: Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití y Venezuela.
- Entre 5 y 9.9%: Colombia, República Dominicana y Perú.
- 10% o más: Argentina, Cuba y México.

Sin embargo, países con escasa participación en la corriente migratoria presentan porcentajes elevados de emigrantes respecto a su dotación nacional. Así, observamos que Haití se sitúa a la cabeza del resto de los países de la Región con un número de médicos en los Estados Unidos similar al que se encuentra en su propio territorio. A continuación hallamos a Cuba y a la República Dominicana, con 39.4% y 30.7%, respectivamente, de médicos emigrados en relación con su dotación nacional. Los países en los que esta relación es menor son Brasil (0.8%), Costa Rica (1.2%), Venezuela (1.3%) y Uruguay (1.5%).

Agrupando a los países a partir de esta relación, obtendremos el siguiente cuadro:

- Menos del 1%: Brasil.
- Entre 1 y 4.9%: Argentina, Costa Rica, Chile, Panamá, Uruguay y Venezuela.
- Entre 5 y 9.9%: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.
- 10% o más: Colombia, Cuba, El Salvador, Haití y la República Dominicana.

Para medir el impacto que producen los emigrados sobre el sistema nacional de salud de sus países, podemos recurrir al criterio de relacionar la emigración respecto a las necesidades médicas, las que globalmente pueden ser expresadas por la tasa habitantes/médico. Así se obtendrán índices que serán el resultado del siguiente producto:

$$\frac{\text{habitantes}}{\text{médicos}} \times \frac{\text{médicos emigrados}}{\text{médicos en el país}}$$

Si ordenamos los resultados, obtendremos una lista de "gravedad" del impacto emigratorio, que en orden decreciente presenta el siguiente cuadro:

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. Haití | 4. El Salvador |
| 2. República Dominicana | 5. Guatemala |
| 3. Cuba | 6. Honduras |

- | | |
|--------------|----------------|
| 7. Colombia | 14. Chile |
| 8. Ecuador | 15. Panamá |
| 9. Nicaragua | 16. Costa Rica |
| 10. Perú | 17. Brasil |
| 11. Paraguay | 18. Venezuela |
| 12. Bolivia | 19. Uruguay |
| 13. México | 20. Argentina |

Si bien esta lista da una idea del impacto de la emigración en relación con la disponibilidad de médicos por habitante, no suministra información sobre otras pérdidas relevantes. Por ejemplo, pese a que Argentina aparece en el último lugar de la "lista de gravedad" precedente, sufre un éxodo importante de personal médico dedicado a la investigación y a la enseñanza:

"La distribución de actividades . . . por país de origen varía considerablemente. Si bien un décimo de los graduados latinoamericanos trabajan como investigadores o docentes, la proporción es mucho mayor para los graduados de la Universidad de Buenos Aires (22%), la Universidad de Córdoba, Argentina (22%) y los graduados de las universidades brasileñas (24%)" (17).

De acuerdo a estadísticas más recientes, el número de emigrados dedicados a la investigación y docencia es algo menor que el que indica el trabajo recién citado (véase el cuadro 2).

Otra forma de estimar el impacto del flujo migratorio de personal médico latinoamericano a los Estados Unidos consiste en establecer la pérdida neta que representa el costo de formación de los profesionales emigrados. La OPS ha estimado que el costo de capacitación de personal altamente calificado en América Latina es, conservadoramente, de alrededor de EUA\$20,000 por profesional (17-a). Si consideramos que en los Estados Unidos ejercen unos 10,000 médicos latinoamericanos, el monto aproximado de la pérdida ascendería a EUA\$200 millones, cifra equivalente al presupuesto educacional anual chileno (15) o a la ayuda total que los Estados Unidos prestaron a América Latina en el área de asistencia médica hasta fines de la década de 1960 (17-b).

INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS DE LA EMIGRACION DE MEDICOS

Se pueden reconocer dos vertientes analíticas alrededor del problema de la emigración de médicos. Por un lado, surge la que denominaremos una interpretación liberal del fenómeno migratorio, que construye sus hipótesis a partir de la noción del "beneficio mundial" resultante de la libre circulación de recursos humanos. Por el otro, se sitúan las inter-

CUADRO 2—Distribución por áreas de actividad de los médicos norteamericanos, extranjeros en conjunto y médicos latinoamericanos en los E.U.A. (en porcentajes).

Áreas de actividad profesional	Médicos norteamericanos	Médicos extranjeros	Médicos latinoamericanos
Atención de pacientes.....	83.0	84.2	84.3
Práctica privada.....	62	36.6	36.0
Práctica en hospital.....	21	47.6	48.3
Enseñanza.....	1.6	1.7	1.8
Administración.....	3.9	2.1	1.8
Investigación.....	3.1	5.8	4.3
Otras.....	0.8	0.8	0.9
Inactivos.....	7.3	5.4	6.6
Total.....	100.0	100.0	100.0

Fuente: Stevens R. y O. Vermeulen, *Foreign Trained Physicians and American Medicine*. Washington, D.C. Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A. Publicación No. (NIH) 73-325, 1972.

pretaciones que focalizan su interés en el impacto nacional de las migraciones.

En torno a cada una de estas vertientes se mueven análisis a menudo divergentes. En consecuencia, una generalización sería peligrosa si con ella se intentase una descripción exhaustiva de las corrientes involucradas en el estudio del fenómeno. Pero no se trata de hacer descripciones exhaustivas, sino más bien de mostrar algunas fallas fundamentales, señalando lo propio y específico de nuestro aporte.

La interpretación liberal

El análisis liberal centra su interés y desarrolla sus hipótesis alrededor de un tema que en realidad no es el objeto de este trabajo. En efecto, los estudios que en esa corriente se incluyen tienden a confundir la noción de éxodo intelectual con la de libre circulación de recursos humanos. A partir de la asimilación de ambos conceptos la idea de "beneficio mundial" se convierte en el patrón para medir los beneficios e inconvenientes del fenómeno. En este caso nos limitamos a cuestionar la analogía entre ambos conceptos.

La noción de la libre circulación de recursos humanos posee, dentro de la teoría neoclásica, un supuesto esencial: la existencia de cierta simetría desde el punto de vista de los beneficios, la cual hace deseable su existencia. Pero si la libre circulación de recursos humanos puede llegar a producir situaciones de mutuo enriquecimiento entre las naciones, el éxodo intelectual se define esencialmente por su carácter asimétrico en tanto que: a) hay ganadores netos y perdedores netos, y

b) la pérdida posee un impacto mayor en los países que efectivamente pierden, que la que tendría en aquellos que ganan.

Así, la situación es asimétrica en términos de las partes que intervienen y de los resultados a los que se llega.

Por otro lado, la libre circulación supone, por definición, ausencia de restricciones. Este no parece ser el caso de los países receptores, que promueven a través del régimen de visas la incorporación selectiva en aquellas áreas consideradas indispensables para su desarrollo, pero que desalientan por idénticos mecanismos las demás, siguiendo las alternativas coyunturales de sus economías. Si bien esto es particularmente cierto para los profesionales no médicos, su existencia indica con claridad lo original del fenómeno de la migración y su incorrecta asimilación al de libre circulación de recursos humanos. De este modo, como indica Oteiza (19), a las asimetrías anteriores se agrega otra a nivel de las decisiones. A este respecto, dice un informe particularmente relevante citado por dicho autor:

“Entre las ocupaciones burocráticas, el crecimiento excepcional del desempleo entre los científicos e ingenieros atrajo la atención durante 1970. El aumento de las actividades de investigación y desarrollo durante y hasta mediados de la década del 60 generó lo que parecía una demanda insaciable de este tipo de personal altamente calificado. Sin embargo, hacia el final de esa década, sus oportunidades ocupacionales se redujeron bruscamente, debido fundamentalmente a cortes en la producción relacionada con la defensa y el programa espacial, así como a reducciones en la investigación financiada por el Gobierno. Principalmente como resultado de estos cortes, la tasa de desempleo de ingenieros se triplicó entre 1969 y 1970 (de un 0.8% a un 2.2%), a pesar de que algunos de ellos aceptaron empleos menos atractivos que los que tenían, en otros campos de actividad”.³

Otra limitación importante es la que tienen que soportar los médicos emigrados en los Estados Unidos desde el punto de vista de sus expectativas de ascenso ocupacional, en la medida que su destino, en la gran mayoría de los casos, consiste en trabajar en los establecimientos hospitalarios como residentes o internos. De este modo, facilitan el funcionamiento de un doble mercado ocupacional, que presenta notables diferencias en términos de clientela, precios e ingresos. En uno, los médicos nativos tienen acceso privilegiado a una clientela privada, de altos ingresos, en tanto que en el otro, se reserva a los inmigrantes el papel de un verdadero proletariado médico, cuya función es atender la de-

³ *Manpower Report of the President*. Secretaría del Trabajo de los E.U.A., abril de 1971, pág. 19. Citado por Oteiza (19). Así, mientras el promedio para los ingenieros argentinos emigrados a los Estados Unidos en la década 1959-1968 fue de 87 ingenieros por año, para 1969-1970 ese promedio descendió bruscamente a 33 (datos del Servicio de Inmigración y Naturalización de los E.U.A.).

manda de las clases de bajos ingresos que no tienen acceso a los servicios privados de salud. (Alrededor del 48% de los médicos latinoamericanos en los Estados Unidos trabajan como residentes o internos en hospitales, en tanto que la proporción correspondiente a los médicos norteamericanos es del 21 por ciento. Sólo el 36% basa su práctica en la consulta privada, aunque es presumible que cierta proporción de estos profesionales trabajen en relación de dependencia en clínicas privadas; la cifra correspondiente a los norteamericanos es del 62 por ciento. Los niveles medios de ingresos para ambos mercados ocupacionales se hallan en una relación diferencial de 1 a 5, aproximadamente, como se ve en el cuadro 2.)

Las asimetrías señaladas hacen imposible la asimilación entre el éxodo intelectual y la libre circulación de recursos humanos, pues se trata de hechos sustancialmente diferentes. Aunque las hipótesis liberales sobre la libre circulación fueran correctas, nos enfrentamos en este caso a un fenómeno en el que no hay ni libertad ni circulación, sino más bien una *relación bilateral asimétrica*. No es la noción de beneficio mundial la que rige esta corriente migratoria, sino la conveniencia coyuntural de los países centrales.

“Mediante este sistema internacional los países más desarrollados pueden suplir escaseces de la oferta de recursos humanos para ocupaciones que requieren muchos años de escolaridad y/o capacitación, sin tener que realizar la inversión educacional correspondiente (aportada por el país de origen del inmigrante), y lo que a veces es aún más estratégico, sin tener que esperar los años que transcurren entre el momento en que se decide expandir el sistema de educación superior en una especialidad de alto nivel dada (en la que existe escasez) y el momento que egresan los primeros graduados” (19) (el subrayado es nuestro).

Finalmente, discutiremos otro argumento de la interpretación liberal, que sale al paso de la crítica nacionalista al éxodo intelectual y cuestiona esta posición por “. . . invocar sentimientos y premisas nacionalistas sin prestar atención a los principios de la economía—especialmente aquel de que en toda transacción hay oferta y demanda—y al otorgar a determinadas posibilidades económicas teóricas un presunto carácter de realidades económicas”⁴ (el subrayado es nuestro). De acuerdo con esta afirmación, se desprendería que si los médicos no tienen posibilidades reales de incorporarse al sistema de salud de sus propios países, su permanencia o su emigración no afecta al “producto” de dicho sistema. De donde sería más adecuado para los países “dadores” que sus médicos ejerzan y se capaciten en el exterior en lugar de frustrarse en sus países

⁴ Johnson, Harry. “Un modelo internacionalista”. En Adams, Walter. *El drenaje de talento*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1971, pág. 121.

de origen. Con ello, el país receptor estaría actuando como una especie de “cámara de hibernación” para devolver, llegado el momento, los médicos a sus países de origen.

No se trata ya de verificar o no la libre circulación. El argumento escapa a esta problemática y su objeción es más general. Veamos, por lo tanto, algunas de sus contradicciones.

1. Razonando de esta manera es fácil concluir que los médicos emigrados constituyen recursos humanos superfluos en la medida en que los sistemas nacionales de salud no pueden incorporarlos a una práctica efectiva: es mejor que emigren “en búsqueda de las condiciones adecuadas”. Como veremos más adelante, nos hallamos frente a un razonamiento falaz que invierte los términos del problema, ya que las situaciones “esperadas de desarrollo y estabilidad” serán, entre otras cosas, la consecuencia de una adecuada utilización de los recursos humanos y no su condición. Si extremásemos el argumento liberal, podríamos preguntarnos por qué no vaciar íntegramente de sus habitantes aquellos países con “dificultades” puesto que, sin lugar a dudas, los mismos actualizarían mejor sus potencialidades en los países desarrollados.
2. La dificultad de los médicos que emigran de incorporarse al sistema de salud de sus países es un hecho real y si bien la idea de “hibernación” nos parece fantástica, lo cierto es que la situación debe modificarse. Para ello en este trabajo prestaremos atención a los principios de la economía aludidos por Johnson. Creemos que la causa predominante de este fenómeno de inadecuación es la distorsión del sistema educativo con respecto a las demandas de salud. No se trata sólo de dificultades de integración de los médicos emigrantes al sistema nacional de salud, sino básicamente de la existencia de una oferta inadecuada que al constituirse en un factor abundante determina la paradoja que caracteriza a los países latinoamericanos en materia de salud: faltan y sobran médicos simultáneamente. Detenemos aquí nuestro análisis ya que estos argumentos se situarán en el contexto que proponemos más adelante.

La interpretación llamada “nacionalista”

La otra gran vertiente centra su interés en el impacto nacional de las migraciones. Sin embargo, muchos de estos analistas se sitúan dentro de una óptica “individualista” del problema migratorio. En efecto, si bien es cierto que la decisión de emigrar es individual, el problema no puede ser comprendido sólo desde el ángulo de los fenómenos que afectan dicha decisión individual, y menos aún deducir las causas generales de la migración de sus causas individuales. Es frecuente que al hablar de la “inestabilidad política y económica”, los bajos niveles de ingreso, la inadecuada infraestructura de investigación, se lo haga man-

teniendo como objeto de análisis al individuo sobre el que esos factores inciden. Un error que resulta de esta manera de examinar el problema es la igualdad que implícitamente se establece entre la emigración y los médicos que emigran. Objetamos esta asimilación, que no es formal, ya que según nos ubiquemos en una u otra alternativa, la comprensión del fenómeno y las estrategias para eliminar sus efectos indeseables variarán fundamentalmente. No queremos decir con esto que la problemática individual no exista y ni siquiera que no sea relevante; sólo intentamos puntualizar la diferencia entre dos hechos: la emigración y los médicos que emigran.

Así como se analizan los factores que inciden sobre los individuos para comprender su emigración, la medición de la magnitud y el impacto del fenómeno pasan por el mismo tipo de razonamiento. Esos aportes son útiles, pero desplazan el centro del análisis hacia temas poco relevantes en términos explicativos y poco fértiles en el terreno de las soluciones. La emigración no es sólo importante en tanto señala una pérdida inmediata, sino porque esencialmente indica una fuerte distorsión de los objetivos, estructura y funcionamiento de los sistemas educativos y de salud.

Otro rasgo que caracteriza esta vertiente analítica, consecuencia de su aproximación individualista al problema, es lo que denominaremos la recurrencia a las explicaciones generales y paralizantes:

“La migración de personal altamente calificado de América Latina a los Estados Unidos es básicamente el resultado de factores que no podrán ser afectados por las recomendaciones de un informe como este—bajos niveles de ingreso, inflación, inestabilidad política, un abrumador número de estudiantes universitarios con formación deficiente, falta de oportunidades para desarrollar la capacitación profesional, sistemas universitarios arcaicos, lentitud burocrática frustrante e influencia política como factor decisivo en la adjudicación de puestos y promociones. En condiciones fundamentales como estas, los cambios se producen lentamente; ellos son consecuencias del mismo proceso de desarrollo” (17, pág. 46).

Este llamado a condiciones a las que se otorga un carácter exógeno respecto de los procesos que se estudian, supone un divorcio entre la emigración y los factores que efectivamente crean dichas condiciones. En otras palabras, puestas así las cosas, la emigración de profesionales poco tiene que ver con el problema del “subdesarrollo” y la dependencia. El “desarrollo económico y político” ha sido tan frecuentemente utilizado que se ha convertido en una noción autónoma, en una suerte de elemento mágico que es causa de todo y no se encuentra en ningún lugar: como si en definitiva el “desarrollo”, la “estabilidad”, el “pro-

greso científico”, fueran el remedio de todos los males, cuando en realidad son la consecuencia de haber remediado los males.

Todo esto lleva a situaciones paralizantes y a proponer soluciones de puntos específicos por un descarte pseudoempírico de otras formas de actuar y no en función de una teoría explícita acerca de los procesos de cambio social, que más que resolver agravan el cuadro existente.

Buen reflejo de esto son proposiciones tales como que el fortalecimiento de la actividad científica dará oportunidades en sus países a quienes emigran: “cuanto más elevado sea el nivel de formación menores serán las probabilidades de emigrar” (17-c). Legítimamente podemos preguntarnos sobre el significado de un mayor nivel de formación. ¿Se trata aquí de aumentar la complejidad tecnológica de los servicios médicos o de adecuar la oferta de esos servicios? Tememos que se trate de alejar más y más dicha oferta de las demandas de salud que aparecen en nuestros países y no de adecuar la oferta a las necesidades. Podríamos invertir el sentido de esa afirmación indicando, *caeteris paribus*, que cuanto más elevado sea el nivel de formación, mayores serán las posibilidades de emigrar.

Avanzando sobre la interpretación liberal—que trata de imponer a la realidad un mundo ordenado con mecanismos inexistentes y la visión que se ha dado en llamar “nacionalista”, que en nombre de la dificultad para atacar los problemas socioeconómicos globales finaliza proponiendo soluciones estériles de puntos específicos—propondremos una vía de interpretación alternativa.

DEPENDENCIA Y EMIGRACION DE PERSONAL MEDICO: HACIA UNA INTERPRETACION ALTERNATIVA

Del análisis precedente se desprenden tres conclusiones fundamentales que inducen a la búsqueda de una interpretación alternativa del fenómeno migratorio:

1. El problema existe y es grave, tanto por la cantidad de recursos humanos involucrados como por su calidad, impacto sobre las dotaciones de los países “dadores”, pérdida de la inversión efectuada en la formación de los mismos, etc.
2. La propia existencia del fenómeno presupone incongruencias entre el tipo de profesional formado en las universidades latinoamericanas y el contexto ocupacional en el que dicho profesional se inserta, por lo cual la emigración aparecería como síntoma de un problema bastante más extendido y grave en sus consecuencias, ya que involucraría al personal médico—mucho más numeroso—que *no emigra*.
3. Desde esta perspectiva, las explicaciones sobre emigración ofrecidas

comúnmente en textos y documentos estarían fallando en el diagnóstico —y por tanto en las recomendaciones de política— en tanto que omiten la consideración de las verdaderas raíces estructurales del fenómeno o, cuando las toman en cuenta, no demuestran su interrelación y mutuo refuerzo.

Una interpretación comprensiva y articulada del problema migratorio exige la formulación de un modelo general de lo que podríamos denominar la “estructura de relaciones de salud”, donde aparezcan claramente indicados los factores y niveles críticos que definen las características de comportamiento de la oferta y demanda de servicios médicos, las relaciones que oferentes y demandantes mantienen entre sí y con los centros de decisión política, las restricciones y condiciones externas que operan sobre los factores y niveles involucrados y, obviamente, la ubicación del problema analizado (la emigración de personal médico) dentro de la red de interacciones descrita. El presente trabajo no pretende hacer una exposición exhaustiva de las interrelaciones que se proponen en el modelo. Intenta, en cambio, sugerir un esquema de interpretación analítica que, por una parte, desplace el foco de atención del problema migratorio desde el flujo y la coyuntura hacia el proceso y la estructura y, por otra, sirva como punto de partida para futuras investigaciones sobre el fenómeno, así redefinido.

La estructura de relaciones de salud

A riesgo de incurrir en simplificaciones, por otra parte casi insalvables, las relaciones básicas del modelo propuesto pueden presentarse esquemáticamente como sigue:

1. En el contexto nacional de cada país pueden identificarse un conjunto de demandantes potenciales de servicios de salud, que prácticamente coincide con el conjunto de miembros del sistema social, y un subconjunto de demandantes efectivos, cuyas necesidades en materia de atención o prevención presentan características diferenciales en cada país y región, conformando estadísticamente lo que se conoce como “estructura de morbilidad”. Esta estructura, que jerarquiza las frecuencias de enfermedad, debería proporcionar, teóricamente, una de las pautas básicas para establecer prioridades en materia de atención médica e inversión en infraestructura y servicios que contribuyen a la prevención, erradicación o tratamiento de enfermedades. Debe señalarse, sin embargo, que la estructura de necesidades en materia de atención de salud no coincide necesariamente con la estructura de demanda. Ello se debe fundamentalmente a la gran dispersión de los demandantes potenciales, su baja capacidad de articulación y a su escaso poder para ejercer una presión efectiva sobre los niveles de

decisión política que promueva el suministro de servicios de modo de reducir las tasas de morbilidad y alterar consecuentemente su estructura.⁵

2. Podemos aislar entonces a un segundo factor—genéricamente el Estado—sobre el que confluyen las demandas de servicios de salud,⁶ articuladas por los demandantes o por diversas instancias decisorias del propio aparato estatal (ministerios, organismos de planificación, hospitales públicos, universidades). La respuesta del nivel político a las demandas de servicios de salud adopta diferentes modalidades, pero esencialmente puede ser caracterizada por la definición normativa del papel que el Estado desempeñe en la regulación o suministro de tales servicios o por la correspondiente asignación o reasignación de recursos que a tal fin realiza. Claro está que esta intervención no se limita a satisfacer las demandas planteadas como consecuencia de necesidades sociales en materia de atención y prevención médica. El Estado también debe responder a demandas y reivindicaciones que se ejercen del lado de los que prestan servicios de salud.
3. La oferta de estos servicios constituye el tercer nivel de análisis y el médico, su actor principal. Como en el caso de la demanda, existe una oferta potencial representada por los profesionales egresados de las facultades de medicina y por aquellos en vías de serlo, y una oferta efectiva constituida por los médicos en actividad dedicados específicamente a su profesión. La relación que se establece entre estos actores y los niveles de decisión política se expresa en demandas y decisiones referidas a la formación de recursos humanos en salud (cupos de admisión, planes de estudio, recursos para adiestramiento y especialización), la regulación del ejercicio profesional, la provisión de recursos tecnológicos, etc.
4. Un funcionamiento eficaz y eficiente del sistema así descrito exigiría como condición un alto grado de congruencia entre el cuadro de necesidades sociales en el área de salud y el número y tipo de profesionales disponibles para su satisfacción. La función del Estado consistiría en utilizar los recursos y mecanismos de acción necesarios para que tal correspondencia se produzca. Entre otras cosas, y en función del efectivo grado de intervención por el que hubiere optado, debería efectuar las inversiones en infraestructura social (de salud, educacional, de vivienda, etc.) requeridas para minimizar las tasas de mortalidad y morbilidad,

⁵ Este juicio, que parece ser válido en términos generales, debe ser calificado expresando que ciertos estratos o grupos sociales pueden muchas veces ejercer presiones efectivas en cuanto a lograr satisfacción a sus demandas. Es el caso de aquellas que se expresan a través de mutuales, de poderosos sindicatos, hospitales militares, etc. Vale la pena señalar que la mera existencia de demandantes "privilegiados" altera, a veces sustancialmente, la disponibilidad de recursos asignables a las restantes unidades de demanda, lo cual agrava aún más la distorsión entre necesidades y oferta de servicios.

⁶ El término es empleado aquí en sentido lato, abarcando no sólo el suministro de servicios médicos sino además el de personal auxiliar, infraestructura, y recursos para conservación y funcionamiento.

así como adoptar las medidas requeridas para que el sistema de formación de recursos humanos en salud procure en número, especialidad y localización, la dotación de profesionales médicos necesarios para satisfacer tales necesidades. La acción del Estado corregiría así las asimetrías en la composición y representación de la demanda y regularía la oferta de modo de evitar tanto la necesidad insatisfecha como el recurso ocioso o subempleado. Las relaciones básicas del modelo se pueden representar gráficamente como se ilustra en la figura 1. Demás está decir que el esquema planteado hasta ahora presupone dos premisas básicas: a) que la estructura de relaciones de salud constituye un sistema cerrado, cuyos límites coincidirían con los del espacio geográfico de los países latinoamericanos, y b) que los actores involucrados actúan racionalmente en términos de maximización del "interés general", que en el área de salud implicaría la utilización plena y racional de los recursos profesionales, materiales y tecnológicos disponibles, en aquellos campos o especialidades y con la intensidad exigida por la particular estructura de necesidades sociales en esta área, buscando así eliminar, atenuar o prevenir los factores de morbilidad. Lamentablemente, ninguna de estas dos premisas se hallan presentes en la práctica. Ni el sistema es cerrado, es decir, ni se halla libre de presiones, condicionamientos o limitaciones externas, ni los actores intentan maximizar el "interés general". Corresponde entonces establecer—a partir de un somero examen de la experiencia latinoamericana—cuáles son las consecuencias para el funcionamiento de la estructura de relaciones de salud derivadas de la inexistencia de las premisas implícitas en el modelo "ideal", y qué premisas más realistas deben introducirse al análisis, estableciendo luego cómo y en qué sentido estas alteran el esquema de relaciones básicas propuestas. Sólo así podrá apreciarse más nítidamente la ubicación, causas y función de la emigración de médicos desde América Latina.

Dependencia y distorsión de la oferta

El sistema nacional de relaciones de salud se halla inmerso en un contexto internacional a través de una compleja red de interrelaciones. Sin embargo, la característica fundamental de estas vinculaciones es la asimetría, la desigualdad de las influencias ejercidas recíprocamente

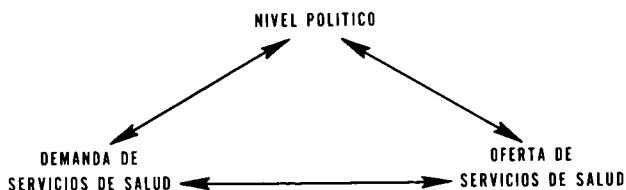


FIG. 1. *Relaciones básicas del modelo.*

desde ambos polos de la relación. En este sentido, las sociedades latinoamericanas se hallan sujetas a estrechos lazos de dependencia con países centrales desde donde se ejercen toda una gama de influencias y se plantean un conjunto de restricciones que coartan la capacidad de decisión o acción autónoma en numerosos frentes por parte de los países dependientes.⁷ Según queda dicho, esta dependencia se manifiesta en variadas formas, pero en cuanto a su expresión concreta en relación con la estructura de relaciones de salud, podríamos identificar tres órdenes de influencias que operan sobre cada vértice de nuestro triángulo, vale decir, que afectan los comportamientos de los tres factores (demandantes, oferentes y Estado) así como los términos en que se produce su interacción. El carácter de esta relación dependiente quedará de manifiesto a medida que avancemos en el análisis. Sin embargo, es probable que la relación de dependencia que reviste mayor gravedad—si atendemos específicamente a la naturaleza del problema examinado—es aquella que existe entre los que ofrecen servicios médicos y el mundo científico y tecnológico de los países centrales. En particular, merece destacarse la influencia que este último ejerce sobre el sistema de formación de recursos humanos en salud en los países dependientes. Los currículos, textos y métodos de enseñanza; los programas de especialización; la selección de problemas de investigación que recibirán apoyo financiero de organismos internacionales; los laboratorios, equipos y técnicas transferidos desde el exterior; en fin, el conjunto de pautas desarrolladas en los países centrales que constituyen el paradigma dominante de la profesión médica y actividades afines, ejercerán un impacto decisivo sobre los criterios de formación y especialización de los recursos humanos en los países dependientes, así como sobre la orientación de las actividades que los profesionales desarrollen en el futuro.

El problema seguramente no existiría si en el contexto ocupacional en el que los médicos así formados deben desenvolverse se reprodujeran las características esenciales de las sociedades de países centrales. En otras palabras, si coincidieran en ambos polos de la relación la estructura y tasas de mortalidad y morbilidad, el desarrollo de la infraestructura social, los patrones de distribución del ingreso, el grado y tipo de responsabilidades que el Estado asume respecto a los problemas de salud y otros indicadores por el estilo, no se plantearían serios problemas de ajuste entre oferta y demanda de atención médica dentro de la estructura nacional de relaciones de salud. Parece superfluo acotar que tal coincidencia no existe.

⁷ Es necesario señalar que esta relación de dependencia ocurre—en diferentes planos—entre los propios países latinoamericanos; por ejemplo, es el caso de países de menor desarrollo relativo que deben formar sus recursos humanos en universidades de países vecinos, resultando a menudo exportadores de profesionales.

Estados Unidos y América Latina tienen características de población y registran problemas de salud muy distintos. Por ejemplo, la composición por edad de sus poblaciones en 1968 indicaba que en los Estados Unidos y el Canadá el 30% de los habitantes tenían menos de 15 años y el 29% más de 45 (18). Las cifras correspondientes a Mesoamérica eran, respectivamente, 45% y 14%, y a América del Sur, 41% y 16 por ciento. Esta sola diferencia explica el distinto peso relativo que en ambos contextos asumen las diversas patologías: en un caso, gran prevalencia de enfermedades degenerativas asociadas con mayores edades, y de aquellas correspondientes a patología infantil, juvenil y obstétrica, en el otro.

La distribución urbano-rural de la población es también diferente. En 1970, en 12 países latinoamericanos más del 50% de la población residía en áreas rurales; en otros cuatro países este porcentaje era superior al 30 por ciento. Esta distribución poblacional condiciona la localización de los servicios de salud y obliga a planificar la asignación de recursos de salud contemplando el empleo de técnicas sencillas asociadas a un sistema eficaz de envío de pacientes a otros servicios.

Aunque es difícil comparar las estadísticas vitales y de morbilidad por la ausencia de datos o por la reducida confiabilidad de estos, se verifican notables diferencias en las tasas de fecundidad y mortalidad. Los Estados Unidos registraron para 1967 una tasa de natalidad del 17.5 por 1,000, en tanto que las correspondientes a los países latinoamericanos eran todas superiores (Honduras presentaba el índice más elevado: 44.0 por 1,000). La esperanza de vida en los Estados Unidos es, a su vez, más alta que la de cualquier país latinoamericano y la mortalidad infantil es un tercio de la de América Latina en conjunto.⁸ Comparando las cifras a nivel continental, se observa que Canadá y los Estados Unidos son los únicos países en donde las enfermedades infantiles no figuran entre las primeras cinco causas de defunción, y en donde las enfermedades infecciosas y parasitarias son casi desconocidas como causa de fallecimiento.⁹

Las estadísticas de morbilidad disponibles permiten concluir que los Estados Unidos virtualmente ha erradicado enfermedades que aún prevalecen en casi todos los países latinoamericanos. Por otra parte, enfermedades que afectan a grandes núcleos de población en América Latina son casi desconocidas en los Estados Unidos.¹⁰

⁸ En 1965, todos los países latinoamericanos registraban tasas de mortalidad infantil que al menos duplicaban las correspondientes a los Estados Unidos.

⁹ En 1968, las tasas eran las siguientes: Estados Unidos y Canadá, 1%; Mesoamérica, 10%; América del Sur, 8 por ciento.

¹⁰ Si bien existen profundas diferencias entre los países latinoamericanos en cuanto se refiere a los diversos indicadores comentados en el texto, también es cierto que estas diferencias son mucho más marcadas entre el conjunto de estos países y los Estados Unidos.

Con todo, las mayores diferencias que pueden anotarse al comparar el contexto ocupacional de la profesión médica de América Latina con el de los Estados Unidos, trascienden el terreno estadístico en el que hemos situado hasta ahora nuestra comparación. Resulta claro que esas diferencias se ubican en una dimensión estructural economicosocial mucho más amplia y se relacionan con la capacidad relativa de los países comparados para resolver sus problemas de salud. Esta capacidad está definida esencialmente por la dimensión de la infraestructura de salud, educativa y de vivienda; por el acceso a recursos y la posibilidad de aplicación de tecnologías complejas; por el volumen y distribución relativa del ingreso nacional, y por el tipo y perentoriedad de las demandas sociales que deben satisfacerse. La mayor diferencia radica quizás en la capacidad de acción autónoma por parte de los países para modificar las condiciones del contexto ocupacional que venimos comparando. Para América Latina, la mayor parte de las variables enumeradas constituyen verdaderas restricciones, y la dependencia económica, política, cultural y tecnológica en que se halla sumida la mayoría de sus países limita las opciones y perpetúa las condiciones de subdesarrollo.

En consecuencia, cuando el sistema de formación de recursos humanos se halla fundado y orientado por criterios inspirados en otras realidades, que no consultan las verdaderas exigencias de la sociedad en materia de atención y prevención médica, es natural que se produzcan distorsiones entre la oferta y la demanda. Si nos planteáramos el problema en términos estrictamente cuantitativos, la distorsión se originaría por exceso o defecto del número de profesionales disponibles en relación con las necesidades a satisfacer. Si el número fuera excesivo, es probable que parte de la oferta se canalizara hacia otros mercados, se dedicara a otras actividades, permaneciera subempleada o desempleada. Sin embargo, si la oferta fuera insuficiente, la probabilidad de éxodo, subempleo, desempleo o empleo alternativo disminuiría, pero no desaparecería. Lo que ocurre es que son los factores cualitativos los que cuentan en el comportamiento de la oferta frente a la distorsión comentada.

Cuando el cuadro de necesidades es diferenciado, un número excesivo o insuficiente de profesionales no implica necesariamente exceso o defecto frente a cada rubro de la demanda. Por ejemplo, es concebible que exista un número excesivo de cirujanos cardiovasculares en relación al número potencial de pacientes y, en cambio, un déficit importante en el número de nutricionistas frente a la demanda por este tipo de especialistas. De igual manera, las distorsiones pueden plantearse en términos geográficos (zonas rurales frente a zonas urbanas) o según estratos sociales atendidos (clases de altos o bajos ingresos). La com-

probación empírica de estas distorsiones¹¹ pondría en evidencia la falacia que implica comparar exclusivamente promedios nacionales de médicos/población atendida, pues estos omiten todo matiz cualitativo respecto a la distribución del personal médico según especialidad, término geográfico o estrato social atendido.

Si aceptamos como premisa la libre movilidad de los recursos humanos en salud, tanto en la etapa de formación como en la de ejercicio profesional, y además tomamos en cuenta los efectos que la dependencia cultural, científica y tecnológica ejerce sobre la profesión médica en América Latina, parece razonable suponer que estos profesionales tenderán a concentrarse en aquellas áreas de actividad que ofrezcan mejores perspectivas de avance profesional, estímulo intelectual, bienestar personal e ingresos. Aceptar esta premisa implica, por una parte, dar privilegio a los elementos cualitativos que operan en la distorsión y, por otra, incorporar al análisis el tratamiento de factores normativos implícitos en la premisa de maximización sugerida. Aceptar que el profesional se orientará en sus actividades por criterios y motivaciones individualistas y privatistas supone además abandonar definitivamente nuestras premisas originales: cierre de la estructura nacional de relaciones de salud y orientación predominante hacia la promoción del bienestar colectivo o del "interés general" por parte del profesional médico. Con esta observación no pretendemos enjuiciar el sistema valorativo de los médicos individualmente considerados, ni el que prevalece en la profesión. Simplemente señalamos la incongruencia entre la concepción dominante entre los médicos acerca de su función en la sociedad o el modo en que esta debe desempeñarse, y las expectativas sociales —afirmadas a veces por definiciones programáticas en el nivel político— respecto de la responsabilidad del Estado en el área de salud.

La emigración como epifenómeno de las distorsiones en la estructura de relaciones de salud

Numerosos estudios sobre recursos humanos en salud en América Latina han suministrado datos sobre el desequilibrio existente entre necesidades y oferta de servicios médicos (10, 13, 14, 22). En ciertos casos, estos estudios aluden a las causas de la distorsión y sugieren soluciones para su superación. Sin embargo, las referencias son específicas y

¹¹ Sin contar con cifras a nivel latinoamericano, es posible suministrar algunos datos que tienden a confirmar estas distorsiones en algunos países sobre los que contamos con información. En el caso de Chile, tres provincias (Santiago, Concepción y Valparaíso) concentran el 55% de la población y el 77.7% de los médicos. En Colombia, pese a la exigencia del servicio rural como requisito para el ejercicio de la profesión, se ha comprobado que sólo el 47% de los médicos ha desempeñado su cargo en municipios con menos de 20,000 habitantes.

no brindan una interpretación global del fenómeno. En términos de nuestro modelo, podríamos quizás avanzar en tal interpretación.

Del lado de la demanda, es posible estratificar mercados diferenciados cuyos atributos dependen de las características de los tres componentes fundamentales que operan en la distorsión entre la oferta y demanda: estrato social, localización y especialización requerida. Si estos componentes son descompuestos en categorías antagónicas (estratos de altos o bajos ingresos, localización en zonas centrales o periféricas, especialización con alto componente tecnológico o poco compleja) es muy probable que los términos antagónicos de igual signo tiendan, en situaciones empíricas, a presentarse simultáneamente. O sea, hay una alta correlación entre percibir bajos ingresos, vivir en zonas marginales y contraer enfermedades cuya cura o prevención exige la aplicación de técnicas sencillas. Igual correlación parece existir en el polo opuesto de nuestras dicotomías.

En consecuencia, si la formación de recursos y el ejercicio de la medicina se orientan por criterios individualistas más que por criterios sociales, es previsible que el mercado "marginal" sea evitado por la oferta mientras sea posible. En otras palabras, toda la actividad del profesional estará guiada por la aspiración de integrarse al mercado "privilegiado", que le promete posición, ingresos y bienestar, pero por sobre todo le evita convertirse a la vez en marginal de su propia profesión. Para ello, lo intentará todo: trabajará como proletario de clínicas privadas urbanas; se decidirá rápidamente por una especialización que quizás no concuerde con su auténtica vocación pero que le ofrece la perspectiva de "avance" profesional; cuando opta por la investigación elegirá temas de segura aceptación y apoyo en las metrópolis del grupo científico dominante, y así sucesivamente.

Esta orientación—que es fuente segura de distorsión—encuentra a veces en el Estado a un cómplice que contribuye a su refuerzo. Por ejemplo, varios países latinoamericanos, en el afán de paliar la distorsión, han recurrido a compromisos tales como la institución de la medicatura rural obligatoria durante períodos determinados, ofreciendo como contrapartida el acceso a la especialización subsidiada por parte del Estado una vez completada aquella. Este sistema, que presenta variadas modalidades en cada país, ha permitido morigerar el problema de la insuficiencia de personal médico en el mercado "marginal", pero a la vez ha abierto el camino hacia la especialización a un gran número de profesionales, movidos por el deseo de formar parte del mercado "privilegiado" de servicios de salud una vez concluida la etapa de especialización.

Claro está que en este mercado son mucho más escasas las oportunidades de ejercicio profesional, según las pautas del modelo privatista.

El joven egresado recorre entonces un singular vía crucis repartiendo su tiempo entre prácticas aisladas en hospitales públicos, consultas privadas ocasionales, empleos con dedicación parcial mal remunerados en clínicas privadas, e intentos esporádicos de actualización profesional. Para muchos, el esfuerzo resulta excesivo y estéril. El desencanto y la frustración, la conciencia de una rápida desactualización de la formación lograda, la falta de estímulos materiales, entre otros motivos, comienzan entonces a operar sobre muchos de estos profesionales, señalándoles el camino de la emigración como opción salvadora.¹²

En esta interpretación, la emigración no aparece como resultado de un conjunto de fuerzas aisladas y factores que influyen sobre los individuos y sólo adquieren vigencia una vez observados desde una perspectiva individual. Aparece, en cambio, como producto de las contradicciones de una estructura de relaciones de salud en la que el futuro emigrante participa deliberada o inconscientemente.

Hasta aquí la distorsión entre oferta y demanda ha sido explicada en términos de un componente superestructural—orientación normativa de la oferta—y un componente estructural—existencia de un mercado dual—cuyos polos se definen por su condición privilegiada o marginal. Pero oferta y demanda no agotan la totalidad de las interacciones que integran lo que hemos denominado “estructura de relaciones de salud”. Sería del caso preguntarse cuál es la acción que el Estado—el tercer actor de la relación—ejerce efectivamente sobre la oferta y la demanda y en qué medida esta acción difiere de la que se le había atribuido en el modelo inicial.

Teóricamente, pueden imaginarse tres vías posibles de acción por parte del Estado:

1. Un primer enfoque consistiría en adecuar la demanda de servicios de salud a la magnitud y características de la oferta disponible. Esto supondría la reproducción de las condiciones socioeconómicas de los países centrales (erradicar los factores de subdesarrollo en las áreas de educación, vivienda y salud, corregir las desigualdades en el acceso a bienes y recursos, etc.). Numerosos observadores apoyan esta posición, aduciendo que una vez eliminadas las causas del subdesarrollo se podrá lograr un pleno y efectivo empleo de los recursos humanos en salud. Como puede advertirse, esta postura conduce, por simple razonamiento

¹² De acuerdo con la información de varios países de América Latina, una alta proporción de los egresados de cursos especializados de posgrado optan por el éxodo. En Colombia, alrededor del 40% de los egresados de la Universidad de Cali emigraban en un tiempo a los Estados Unidos. En Paraguay el porcentaje es similar. Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la Universidad del Nordeste, en Corrientes, Argentina, existe un número mayor de estudiantes paraguayos que en Asunción. Muy pocos de los que se gradúan retornan a su país de origen.

- deductivo, a las conclusiones de la "escuela" liberal neoclásica: en tanto no se remuevan las causas del subdesarrollo, serán nulas las perspectivas de utilización eficiente de los recursos profesionales y, por lo tanto, la emigración de profesionales será una consecuencia inevitable.
2. Otra vía de acción intentaría modificar la composición y características de la oferta para adecuarla al cuadro de necesidades sociales en salud. Entre otras cosas, esta acción contemplaría cambios sustanciales en los criterios de formación de médicos, planificación de los recursos humanos, expansión de la infraestructura de salud, residencias obligatorias en zonas marginales, etc. Indudablemente, esta alternativa constituiría un avance en la superación de las distorsiones entre oferta y demanda siempre y cuando se produjeran simultáneamente cambios fundamentales en la superestructura. Esto último equivaldría a romper con la dependencia científica, cultural y tecnológica respecto a los países centrales, la cual condiciona el sistema valorativo predominante en la profesión médica en América Latina.
 3. La tercera opción implicaría actuar al mismo tiempo sobre la oferta y la demanda. Sin lugar a dudas, se trata de la vía de acción más efectiva, pero que a la vez presenta más obstáculos. Aspiraría a una drástica reducción de las tasas de morbilidad a través de reformas profundas en el plano socioeconómico, acompañada por una auténtica revolución cultural en el terreno de la atención y prevención médica, que debería conducir a una sustancial modificación del sistema normativo prevalente en la profesión a fin de tornarlo más congruente con el cuadro de necesidades y expectativas sociales.

La realidad latinoamericana demuestra que los intentos para modificar las condiciones del mercado de salud, tanto del lado de la demanda como de la oferta, han sido débiles, discontinuos y erráticos. Cuando se pretendió actuar sobre la demanda alterando sustancialmente las condiciones que mantienen el estancamiento, la miseria y la ignorancia, los factores de poder que subsisten a costa de la preservación de estas condiciones se encargaron de poner coto a aquella pretensión. Es que la voluntad política para efectuar el cambio social constituye sólo una condición necesaria, pero insuficiente, para su consecución. En la medida en que su materialización implique, además, la redistribución de bienes, recursos, poder y oportunidades, los grupos que controlan la economía y los mecanismos de acción política—principales afectados por un proceso de esta índole—se movilizarán para bloquear y contrarrestar la iniciativa reformista.

También del lado de la oferta las dificultades han sido múltiples. La autonomía universitaria, las normas de ejercicio profesional, la libre elección de especialidades, el aval de la experiencia de los países centrales o la fuerte representación de la profesión médica en el nivel de

decisión del Estado, se han constituido en escollos casi insuperables a los intentos de acción para modificar los criterios de formación y la composición de la oferta.

REFLEXIONES FINALES

En primer término, debemos concluir, que la solución del problema de la emigración de médicos desde América Latina no constituye una cuestión de política aislada, ni puede atacarse sólo con instrumentos que actúen específicamente sobre el problema. Exige, en cambio, operar simultáneamente en diversos frentes, tratando de modificar las condiciones estructurales que condicionan el fenómeno. Pensar de otro modo significa declarar la impotencia frente a la necesidad de romper el círculo vicioso implícito en las concepciones antes examinadas.

Frente a un conjunto de soluciones globales teóricamente inobjektivas y a un cuadro limitado de posibilidades de acción concreta, parece imprescindible que se incorpore al análisis de las decisiones políticas los elementos del contexto que condicionan el éxito o fracaso de cualquier iniciativa. La dificultad o complejidad de la empresa no debe inhibir la acción; pero la acción no puede desconocer ni dejar de considerar en su estrategia los intereses que afecta y la reacción que provoca. Desde esta perspectiva, resulta comprensible la imposibilidad y esterilidad de ofrecer prescripciones generales.

En conjunto, América Latina presenta recursos escasos y problemas abundantes, y el área de salud no escapa a esta regla general. Sin embargo, al considerar individualmente cada país es preciso efectuar importantes distinciones, pues la extensión o gravedad de los problemas son diferentes, así como también lo son las posibilidades de resolverlos eficazmente. Algunos países poseen una infraestructura social relativamente desarrollada; en otros, la profesión médica se ha institucionalizado en mayor grado sobre la base de pautas propias de formación y práctica profesional; aún en otros, el sojuzgamiento que plantea una relación dependiente no adquiere las proporciones que normalmente caracterizan esta relación. Por tanto, cada país debe decidir, sobre la base del diagnóstico de su realidad social e institucional, qué acciones emprenderá para resolver sus problemas de salud y, subsidiariamente, el fenómeno de emigración de sus profesionales. Para ello dispone de un amplio espectro de posibilidades y de una gama infinita de combinaciones. Podrá perfeccionar la planificación de sus recursos humanos, destinar una mayor proporción de recursos presupuestarios al mejoramiento de la infraestructura de salud, producir un "médico" con formación intermedia, adoptar medidas tendientes a elevar el nivel de vida

de la población, implantar el servicio rural obligatorio, establecer cupos a la especialización subsidiada por el Estado, etc.

Esta enumeración, que de ningún modo es taxativa, no constituye un inventario de las condiciones que deben preceder al desarrollo económico y social, ni de las que deben hallarse presentes para evitar el éxodo de personal médico. Son sólo manifestaciones de voluntad política cuya materialización es cambio social. Debe advertirse, sin embargo, que no son medidas aisladas las que lo producirán. Es necesario insistir en la estrecha vinculación que existe entre el problema migratorio y la naturaleza de la estructura de relaciones de salud. En esta se encuentra el germen y se refuerzan las causas que originan el éxodo, a través de procesos de realimentación sobre los que debe actuarse. Destacar la naturaleza estructural del fenómeno ha sido precisamente el objetivo principal de este trabajo.

RESUMEN

En este artículo se destacan las características del fenómeno del éxodo del personal médico de América Latina a los Estados Unidos, se resumen las interpretaciones del mismo generalmente sugeridas en la literatura sobre el tema, y se propone una interpretación alternativa al fenómeno, que tome en cuenta no sólo los factores que contribuyen a la emigración, sino también las razones estructurales que explican su existencia.

Los autores llegan a la conclusión que para alcanzar una interpretación alternativa del proceso debe partirse de las premisas siguientes: a) el problema existe y es grave, tanto por la cantidad de recursos humanos involucrados como por el impacto que tiene sobre la dotación de los países "dadores"; b) la propia existencia del fenómeno presupone incongruencias entre el tipo de profesional formado en las universidades latinoamericanas y el contexto ocupacional en que dicho profesional tiene que desenvolverse al emigrar; c) las explicaciones sobre la emigración comúnmente ofrecidas en documentos y textos fallan en el diagnóstico de la situación y por lo tanto en las recomendaciones que ofrecen.

Destacan que una interpretación comprensiva y articulada del problema exige la formulación de un modelo general de lo que denominan "estructura de relaciones de salud", donde aparezcan claramente indicados los factores y niveles críticos que definen las características de comportamiento de la oferta y la demanda de servicios médicos, las relaciones que oferentes y demandantes mantienen entre sí y con los centros de decisión política, las restricciones y condiciones externas que operan sobre los factores involucrados y obviamente la ubicación del problema dentro de la red de interacciones descrita.

Se sugiere un esquema de interpretación analítica que desplace el foco de atención del problema migratorio desde el flujo y la coyuntura hacia el proceso y la estructura y además sirva como punto de partida para futuras investigaciones sobre el fenómeno, así redefinido.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Adams, Walter. *El drenaje de talento*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1971.
- (2) Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. División de Educación y Planeación. *Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del currículum*. Boletín No. 3. Bogotá, 1970.
- (3) Centro de Estudios de Población y Desarrollo. "Naciones Unidas, deberemos considerar como una agresión económica el empleo de becarios que no cumplan primeramente deberes en su Patria". En *Boletín Informativo*, Año 6, No. 23. Lima, 1972, págs. 16-20.
- (4) Fein, Rashi. *The Doctor Shortage: An Economic Diagnosis*. Washington, D.C., The Brookings Institution, 1967.
- (5) Frankel, Charles. *Some Facts and Figures on the Migration of Talent and Skills*. Washington, D.C., Consejo de Educación Internacional y Asuntos Culturales, 1967.
- (6) Haug, J. N. y B. C. Martin. *Foreign Medical Graduates in the United States, 1970*. Chicago, Asociación Médica Americana, 1971.
- (7) Khoshkish, A. *Intellectual Migration: A Sociological Approach to the "Brain-Drain"*. París, marzo de 1966.
- (8) Kidd, Charles V. *The "Brain-Drain": The Loss of Scientists from Less to More Developed Countries*. Estrasburgo, Consejo de Europa, 1964.
- (9) Lagos Hernández, Mario et al. *El problema de las migraciones médicas*. Quito, XII Congreso Médico Social Panamericano, abril de 1973.
- (10) Ministerio de Salud Pública de Colombia y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia—Métodos y resultados*. Bogotá, 1969.
- (11) Ministerio de Salud Pública de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, e Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud. *Niveles de atención médica para un sistema de regionalización en Colombia*. Bogotá, 1970.
- (12) Ministerio de Salud Pública de Colombia. Oficina de Administración de Recursos Humanos para la Salud. *Educación de post-gradó en medicina*. Bogotá, 1973.
- (13) Ministerio de Salud Pública de Chile y Consejo Nacional Consultivo de Salud. *Recursos humanos de salud en Chile—Un modelo de análisis*. Santiago, 1971.
- (14) Mongrut Muñoz, Octavio. "Los servicios de salud y el desarrollo de la población en el Perú". En *Tribuna Médica*, Tomo XXVI, No. 9. Lima, 1970.
- (15) Organización de los Estados Americanos. *América en cifras, 1970*. Washington, D.C., 1971.
- (16) Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Le Problème de l'Emigration des Scientifiques et des Techniciens (l'Exode des Competences ou 'Brain-Drain')*. París, 1968.
- (17) Organización Panamericana de la Salud. *Migration of Health Personnel, Scientists, and Engineers from Latin America*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS 142* (1966), pág. 29.

- (17-a) *Op. cit.*, pág. 6.
 (17-b) *Op. cit.*, pág. 16.
 (17-c) *Op. cit.*, pág. 48.
- (18) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1965-1968*. Washington, D.C., *Publicación Científica de la OPS* 207 (1970).
- (19) Oteiza, Enrique. "Emigración de profesionales, técnicos y obreros calificados argentinos a los Estados Unidos". En *Revista de Desarrollo Económico*, Vol. 10, No. 39-40, Buenos Aires, octubre-diciembre de 1970 y enero-marzo de 1971.
- (20) Pini Rodolfi, Francisco. "Posibilidades de becas para peruanos en el extranjero". En *Estudios de Población y Desarrollo*, Vol. 5, No. 1, Lima, 1971.
- (21) Segura, R., Santiago *et al.* *Fuga de talentos y desaprovechamiento interno*. Lima, Universidad Nacional Federico Villarreal, Centro de Investigaciones Económicas y Sociales, 1971.
- (22) Sepúlveda A., Claudio *et al.* "Distribución del recurso médico, Chile, S.N.S. (II)". En *Cuadernos Medicos-Sociales*, Vol. XIII, No. 3, Santiago, 1972.
- (23) Sito, Nilda y Luis Stuhlman. *La emigración de científicos de la Argentina*. San Carlos de Bariloche, Fundación Bariloche, 1968.
- (24) Stevens, R. y J. Vermeulen. *Foreign Trained Physicians and American Medicine*. Washington, D.C., Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de los E.U.A., Publicación No. (NIH)73-325, 1972.
- (25) Uriarte Mora, Felipe F. *La emigración de profesionales peruanos—El caso de los médicos*. Lima, Universidad Nacional Federico Villarreal, 1972.
- (26) Velázquez Palau, Gabriel. *Emigración de médicos y personal profesional—La situación en Latinoamérica*. Bellagio, Italia, 1970.

EMIGRATION OF MEDICAL PERSONNEL FROM LATIN AMERICA TO THE UNITED STATES—TOWARD AN ALTERNATIVE INTERPRETATION (*Summary*)

The characteristics of the exodus of medical personnel from Latin America to the United States are described; the interpretations usually suggested in the literature on the subject are summarized; and an alternative explanation is proposed which takes into account not only the contributing factors but also the structural reasons behind the phenomenon.

The alternative explanation starts from the following premises: (a) that the problem exists and is serious by reason both of the quantity of human resources involved and the impact it has on the "donor" countries; (b) that the very existence of the phenomenon presupposes inconsistencies between the type of professional worker trained in Latin American universities and the occupational context in which he must develop on emigrating; and (c) that the explanations usually given fail initially in their diagnosis of the situation and therefore also in the recommendations they offer.

To arrive at a comprehensive and coordinated interpretation of the problem it is necessary to draw up a general model of the "health relations structure" capable of clearly defining: the factors and critical levels that determine the pattern of supply and demand for medical services, the relations of the suppliers and demanders

with one another and with the centers of political decision, the external restrictions and conditions that operate on the factors involved, and, obviously, the position of the problem within the network of interactions described.

A scheme of analytical interpretation is proposed which takes attention away from the migratory flow itself and focuses instead on the process and the structure. It is hoped that this scheme may serve as a point of departure for future investigations of the phenomenon as thus redefined.

A EMIGRAÇÃO DE PESSOAL MÉDICO DA AMÉRICA LATINA PARA OS ESTADOS UNIDOS—RUMO A UMA INTERPRETAÇÃO ALTERNATIVA. (*Resumo*)

Destacam-se neste artigo as características do fenômeno do êxodo de pessoal médico da América Latina para os Estados Unidos; resumem-se as interpretações geralmente sugeridas na literatura sobre o assunto; e se propõe uma interpretação alternativa para o fenômeno, que leve em conta não só os fatores que contribuem para a emigração, como também as razões estruturais que explicam sua existência.

Os autores chegam à conclusão de que, para se chegar a uma interpretação alternativa do processo, deve-se partir das seguintes premissas: a) o problema existe e é grave, tanto pela quantidade dos recursos humanos envolvidos como pelo seu impacto sobre a dotação dos países “doadores”; b) a própria existência do fenômeno pressupõe incongruências entre o tipo de profissional formado nas universidades da América Latina e o contexto ocupacional em que este se deve desenvolver ao emigrar; e c) as explicações que documentos e textos geralmente fornecem sobre a emigração falham ao diagnosticar a situação e, portanto, nas recomendações que oferecem.

Salientam os autores que uma interpretação geral e articulada do problema exige a formulação de um modelo geral do que denominam “estrutura de relações de saúde”, em que se indiquem claramente os fatores e níveis críticos que definem as características de comportamento da oferta e da procura de serviços médicos, as relações que ofertantes e demandantes mantêm entre si e com os centros de decisão política, as restrições e condições externas que atuam sobre os fatores envolvidos e, obviamente, a posição do problema nessa rede de interações.

Sugere-se um esquema de interpretação analítica que desloque o foco de atenção do problema migratório da sua corrente e conjuntura para o seu processo e estrutura e que sirva, além disso, de ponto de partida para futuras pesquisas sobre o fenômeno, assim redefinido.

L'ÉMIGRATION DE PERSONNEL MÉDICAL LATINO-AMÉRICAIN VERS LES STATS-UNIS D'AMÉRIQUE—UNE AUTRE INTERPRÉTATION (*Résumé*)

Le présent article souligne les caractéristiques de l'exode du personnel médical latino-américain vers les Etats-Unis, résume les interprétations que font la plupart des ouvrages sur ce phénomène et propose une autre interprétation qui tient compte non seulement des facteurs qui favorisent cette emigration mais encore les raisons structurelles qui en expliquent l'existence.

Les auteurs concluent que pour parvenir à donner une autre interprétation à ce processus il convient de prendre comme point de départ les prémisses suivantes:

a) le problème existe et il est grave tant à cause de volume des ressources humaines en jeu qu'à cause de son incidence sur les fonds octroyés par les pays "donateurs"; b) l'existence même du phénomène présuppose des incompatibilités entre le type de professionnel formé dans les universités latino-américaines et le cadre de travail dans lequel ce professionnel doit se développer en émigrant; c) les explications que les documents et textes donnent d'ordinaire de l'émigration s'écroulent devant le diagnostic de la situation et, partant, devant les recommandations qu'ils émettent.

Les auteurs ajoutent que pour interpréter de façon détaillée et rationnelle le problème, il importe de formuler un modèle général de ce qu'ils appellent "la structure des relations de santé". Celle-ci fait apparaître clairement les facteurs et niveaux critiques chargés de définir les caractéristiques du comportement de l'offre et de la demande de services médicaux, les rapports que demandeurs et offrants maintiennent entre eux et avec les centres de décision, les restrictions et conditions externes qui jouent sur les facteurs en cause et naturellement la place qu'occupe le problème dans le réseau des interactions.

Les auteurs proposent un schéma d'interprétation analytique qui déplace le centre d'attention du problème migratoire, du flux et de la conjoncture vers le processus et la structure et qui, de plus, sert de point de départ aux futures études de phénomène ainsi redéfini.

Disponibilidad de recursos humanos de enfermería en América Latina

SRTA. MARGARET C. E. CAMMAERT ¹

La enfermería es un componente fundamental de los sistemas de atención de la salud y una de las vías principales por las que se presta esa atención. En muchos hospitales de América Latina la enfermería es el único servicio que provee cobertura las 24 horas del día. Por otra parte, el personal de enfermería constituye el grupo más numeroso entre los trabajadores de salud y absorbe un alto porcentaje de los fondos destinados a estos servicios. Sin embargo, existe una escasez crónica de enfermeras y es deficiente la calidad de su preparación. La fuerza activa de trabajo en América Latina está constituida por 2.3 enfermeras y 8.8 auxiliares por 10,000 habitantes, lo cual resulta insuficiente no sólo para satisfacer las necesidades actuales de los servicios sino también para extender la cobertura al 37% de la población que aún no tiene acceso a los cuidados de salud.

El déficit puede atribuirse, en parte, al uso en el pasado de métodos de ensayo y error para determinar las necesidades de recursos humanos en salud, los cuales suponían que el tipo de funciones, la asignación de las mismas y la cantidad de personal disponible en los servicios eran adecuados.

Para mejorar las proyecciones de oferta y demanda de personal de enfermería debe utilizarse una metodología que tome en cuenta los múltiples factores que afectan el tipo y la cantidad de recursos de enfermería, así como su disponibilidad. Algunos de esos factores se mencionan brevemente a continuación.

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La demanda de atención de salud por parte de una población en rápido crecimiento y cada día más consciente de sus derechos, está pre-

¹ Jefe, Sección de Enfermería, Departamento de Servicios Técnicos Especiales, OPS/OMS.

sionando la capacidad actual de los servicios de salud. Por otra parte, los adelantos alcanzados en los conocimientos biomédicos y en la tecnología están haciendo obsoletos los patrones de prestación de servicios, muchos de los cuales se basan en conceptos tradicionales del papel que tiene cada profesión y en el concepto limitado de atención médica en vez de en el más amplio de atención de la salud. Ese incremento en la cantidad de conocimiento y tecnología está dando lugar a una proliferación de nuevos tipos de trabajadores de la salud, cada uno con su cuerpo específico de conocimientos, y al desarrollo de diferentes patrones de organización y prestación de servicios, debido a la imposibilidad de que una sola profesión pueda dominar el conocimiento y las destrezas de todas las otras disciplinas de la salud, como sucedía en el pasado. Además, aumenta la tendencia hacia la especialización en lugar de la generalización, pues con los cambios y presiones sociales que se están produciendo, la atención de la salud no puede seguir siendo considerada del dominio exclusivo de los profesionales de la salud y, en particular, de la profesión médica.

Pero antes de introducir nuevos tipos de trabajadores de salud, debe darse consideración especial a la revisión y definición de las funciones de los actuales miembros del equipo de salud. En América Latina, el personal de enfermería, y en particular las enfermeras, han sido subutilizadas si se toma en cuenta sus conocimientos y la magnitud de la tarea a realizar. El continuar utilizando al personal de enfermería en sustitución del de otras disciplinas y servicios no sólo es ineficiente sino que representa un desperdicio de las habilidades adquiridas en su educación profesional. Este uso indebido también obstruye la clara delimitación del papel de la enfermería y dificulta las proyecciones en cuanto a tipo y número requeridos en el futuro.

En el Canadá y en los Estados Unidos de América se discute mucho acerca de la extensión del papel de la enfermera hacia el área de los cuidados primarios. Esa extensión de funciones en América Latina se está produciendo hace mucho tiempo, especialmente en el medio rural, el cual por lo general está atendido únicamente por una enfermera auxiliar polivalente, o en medios semirurales que disponen de médicos por tiempo limitado. En el pasado los servicios eran prestados por la auxiliar mientras la enfermera asumía funciones de supervisión. Es preciso que se introduzcan cambios en este concepto del papel de la enfermera en el medio rural, para que sus funciones incluyan la prestación de cuidados primarios a pacientes que le sean referidos por la auxiliar el día de su visita. En otras palabras, la enfermera y la auxiliar deben trabajar como partes de un equipo en el cual una complemente a la otra, en lugar de que la enfermera desempeñe sólo la función de supervisión. Sin embargo, para que el personal de enfermería participe

en la prestación de atención primaria, es necesario que se formalice la transferencia o delegación de funciones, de manera que el personal de enfermería pueda ser preparado más adecuadamente para cumplir con dicha responsabilidad y para que puedan aplicarse las medidas de control necesarias.

Además, se debe considerar la función del personal de enfermería en el complejo hospitalario, donde complementa la labor del médico. Al considerar las necesidades del personal de enfermería, los administradores y planificadores de salud piensan principalmente—y a veces de manera exclusiva—en la auxiliar de enfermería, basándose en el mayor costo que representa para los servicios el uso de enfermeras en lugar de auxiliares. Lo que no se toma en cuenta es que debe haber una correlación entre el nivel y la complejidad de la atención médica que se proporciona y la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que se requiera. Si no hay correlación, el médico estará subutilizado de acuerdo con sus conocimientos y la duración y costo de su formación, y la vida de los pacientes estará en peligro por la ausencia de la atención de enfermería requerida. Por otra parte, con el alto ausentismo y la creciente sindicalización, y con el consecuente aumento en las demandas por mayores salarios y prestaciones por parte de las auxiliares, resulta actualmente dudoso, en términos de costo-beneficio, que sus servicios sigan siendo menos costosos.

Por últimos, la creciente tendencia hacia la atención ambulatoria, así como los programas de mantenimiento de la salud, con énfasis en la prevención y en la educación para la salud, son de gran importancia en relación con el cambio y expansión de funciones y los requerimientos del recurso humano de enfermería.

PROGRAMAS DE EDUCACION Y ADIESTRAMIENTO

La disponibilidad de un personal de enfermería con la habilidad requerida para una efectiva prestación de atención de salud, depende del sistema para su educación y adiestramiento. La capacidad de tal sistema para ampliarse e incrementar su producción, así como su flexibilidad para ajustarse a la necesidad de producir nuevos tipos de personal de enfermería o mejorar la preparación de la fuerza de trabajo activa, son factores importantes que deben tomarse en cuenta al considerar la oferta y demanda futuras.

En América Latina el personal de enfermería generalmente está constituido por la enfermera y la auxiliar. La enfermera se prepara en un programa de tres a cuatro años de duración, para el cual se exige como requisito de ingreso el haber completado la educación secundaria.

Esos programas pueden depender de las universidades, de los Ministerios de Salud o Educación, o de instituciones autónomas o semiautónomas. La auxiliar de enfermería se prepara en cursos de variada duración (entre seis meses y dos años, dependiendo del país), con requisitos de ingreso que varían desde una educación primaria o elemental completa hasta tres años de educación secundaria. Los cursos generalmente son patrocinados por el Ministerio de Salud. En uno de los mayores países de América Latina el adiestramiento de auxiliares es financiado por diversos organismos y controlado por el Ministerio de Educación.

En los últimos años ha surgido en algunos países un nivel intermedio de personal de enfermería, formado dentro del sistema de la escuela secundaria. Existe en esta una tendencia que está en aumento creciente tendiente a diversificar sus programas e incorporar la preparación para una variedad de carreras vocacionales en los últimos dos o tres años de estudios, una de las cuales es la enfermería. Esta acción de los Ministerios de Educación tiene importantes repercusiones, ya que esta nueva categoría de trabajadores de la enfermería debe ser incorporada a la estructura de los servicios y tomada en cuenta al asignar funciones y proyectar las necesidades futuras.

Varios aspectos se plantean y discuten actualmente en relación con los recursos humanos en enfermería y su preparación, los cuales deben ser considerados al determinar las demandas futuras. A continuación se enumeran esos puntos, con el fin de señalarlos a la atención de los planificadores.

- Resolver si todos los tipos de educación y adiestramiento en enfermería deben depender del Ministerio de Educación y/o de las universidades o si aquellos destinados a la preparación de auxiliares deben permanecer bajo el control del Ministerio de Salud.
- Determinar si todas las enfermeras deben ser preparadas a nivel universitario o si este ha de ser limitado a la formación de educadores, administradores, planificadores, especialistas clínicos e investigadores.
- Resolver si todos los países requieren de un nivel intermedio, ubicado entre la enfermera y la auxiliar, o si resulta preferible en algunos países elevar la preparación de esta última.
- Determinar si la preparación de la enfermera que ahora existe en algunos países no corresponde, en realidad, al nivel intermedio que se ha señalado, y si lo que hace falta en tales países es el establecimiento de programas universitarios para la preparación de los núcleos de alto nivel.
- Determinar si será mejor preparar a las auxiliares por medio del adiestramiento en el servicio en las tareas específicas que deben desempeñar, dadas las limitaciones de su educación general y las dificultades que confrontan para aprender en un programa de educación formal.
- Decidir si deben existir dos tipos de auxiliares de enfermería: uno para

trabajar en las áreas urbanas y otro para las rurales, tomando en cuenta los diferentes niveles educacionales entre los candidatos potenciales en uno y otro caso.

- Determinar si es realista y eficiente seguir formando una enfermera y una auxiliar polivalentes, a la luz de la creciente complejidad de la atención de salud debida a la explosión de tecnología.

Estas son sólo algunas de las interrogantes que se plantean y cuyas respuestas no son simples debido a que en cada país están influenciadas por diferentes variables que, a su vez, obedecen a variaciones culturales y en los niveles de desarrollo social, político y económico. Cada uno de ellos debe considerarlos en su propio contexto antes de decidir acerca del número y las categorías de personal de enfermería que necesita, y del sitio y forma en el cual este debe ser preparado.

EL FACTOR ECONOMICO

La necesidad de proporcionar servicios de salud a una población que crece rápidamente y que cada día demanda más los beneficios de la sociedad moderna, hace imperativa la necesidad de utilizar eficientemente los fondos destinados a salud. Los administradores deben estar bien conscientes de la relación costo-efecto e insistir en la búsqueda de patrones más eficientes para la prestación de servicios, al dar mayor atención a los mecanismos actualmente en uso. En este contexto, si se desea que los fondos disponibles sean utilizados más efectivamente, resulta crucial la revisión y extensión del papel de la enfermería.

Actualmente, en algunos países no se crean nuevos cargos en cantidad suficiente para absorber el personal de enfermería que se produce. A menudo se cita como causa de este hecho la poca capacidad económica de los servicios. Sin embargo, un examen más detenido del asunto revela que esto se debe al establecimiento de otras prioridades para la inversión. La falta de oportunidades de trabajo, los bajos salarios y la insatisfacción con las condiciones de trabajo—que muchas veces se deben a una inversión insuficiente en equipos y en servicios de apoyo—están incrementando la tendencia a la migración. Las enfermeras emigran hacia el Canadá, el Reino Unido o los Estados Unidos, o abandonan la carrera por otras profesiones con mejor nivel social y mayor remuneración. A menos que se tome alguna medida para remediar esta situación, las estimaciones de requerimientos de personal de enfermería para proporcionar atención de salud, así como programas de educación y adiestramiento requeridos para su preparación, serán inútiles todos los esfuerzos.

IMAGEN DE LA ENFERMERIA

La imagen que tienen de la enfermería la sociedad en general y otras profesiones de la salud es un factor importante que influye en la disponibilidad de candidatas para la reserva total de recursos humanos. El papel que se le asigne, la escala de remuneraciones y la capacidad de participar en el proceso de toma de decisiones son, en gran medida, resultado directo de tal imagen, al mismo tiempo que contribuyen a crearla. Esto afecta en forma directa el interés de las candidatas a ingresar en la profesión, particularmente en el caso de quienes persiguen un mejoramiento de su nivel social y ven en el ingreso a una profesión de prestigio un medio de alcanzarlo.

La imagen de la enfermería se complica aún más por el hecho de ser esta una ocupación predominantemente femenina, lo cual a su vez incrementa las desigualdades a las cuales está sometida. Si bien se pudiera argumentar que las mujeres en otras profesiones sufren problemas similares, en enfermería estos son mayores porque provienen principalmente de fuera de la profesión.

La imagen de la mujer en la sociedad afecta considerablemente al número y calidad de las candidatas disponibles para ejercer la enfermería. En algunos países latinoamericanos la educación de la mujer aún está separada de la de los hombres y frecuentemente tiene lugar en instituciones en las que es más bajo el nivel de instrucción. Esto repercute en el número de aspirantes del sexo femenino capaces de aprobar los exámenes de ingreso a la universidad. Por otra parte, si la sociedad aún considera que el sitio de la mujer está en el hogar, sólo las de más inferior extracción social se incorporarán a la enfermería movidas por la necesidad de un empleo remunerado.

Estas son sólo algunas de las repercusiones que la imagen de la enfermería y de la mujer tienen sobre el número y tipo de personal de enfermería disponible para los servicios de salud.

RESUMEN

La disponibilidad de personal de enfermería del tipo y de la cantidad requeridos por el sistema de atención de la salud está influenciada por una serie de factores que deben tomarse en cuenta al hacer las proyecciones de necesidades futuras. Las demandas de la población, junto con la explosión de conocimientos científicos y tecnológicos, hacen imperativa la revisión de las funciones actuales de los miembros del equipo de salud, para tratar de lograr un uso más eficiente del personal de enfermería antes de introducir nuevos tipos de trabajadores de salud.

Cada país deberá decidir dentro de su propio contexto, qué educación y capacitación requiere para su personal de enfermería.

A causa de la creciente limitación de fondos para los servicios sociales de acuerdo con las necesidades y demandas, el administrador de sistemas de salud tendrá que pensar más en términos de costo-beneficio y, como consecuencia, poner más cuidado en cuanto a la forma en que se prestan los servicios de salud en general y los de enfermería en particular.

Los planificadores de recursos humanos para la salud no pueden pasar por alto la imagen de la enfermería en la sociedad y dentro del complejo de la salud. Se mencionan algunos factores que son susceptibles de acción y cambio por parte del sistema de salud, pero se señalan otros que están fuera de su control y actúan como un obstáculo en el establecimiento de proyecciones.

BIBLIOGRAFIA

- Abdallah, Faye G. "Extending the Scope of Nursing Practice". *Current Issues in Nursing Education*. Nueva York, National League for Nursing. Págs. 1-15.
- Organización Panamericana de la Salud. "Guía para Investigaciones sobre el Desarrollo de Enfermería en América Latina". Documento mimeografiado. Washington, D.C., 1973.
- Organización Panamericana de la Salud. "Enfermería". Documento REMSA 3/14. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 1972). Washington, D.C., 1972.
- Pescatello, Ann. (Ed.) Capítulos 1 ("Images and Realities of Female Life"), y 2 ("Women in Historical and Contemporary Perspective"). En *Female and Male in Latin America: Essays*. Pittsburgh, University of Pittsburgh Press, 1972. Págs. 59-207.
- Rothberg, June S. "Nurse and Physician's Assistant: Issues and Relationships". *Nurs Outlook* 21: 154-158, marzo de 1973.

NURSING MANPOWER AVAILABILITY IN LATIN AMERICA (Summary)

The availability of nursing manpower of the kind and in the quantity required by the health care system is governed by a number of factors, all of which must be taken into account in projecting future needs. The increasing demands of the population, together with the explosive growth of scientific and technical knowledge, make it imperative that the roles of the existing members of the health team be realigned with a view to making a more efficient use of nursing personnel before new types of health workers are introduced. Each country will have to decide, in the light of its own particular conditions, what education and training are needed for its nursing manpower.

In view of the widening gap between the funds available for social services and the needs and demands, administrators in the health system will have to become increasingly cost/benefit-minded and, as a consequence, pay greater attention to the form in which health services in general and nursing services in particular are provided.

The health manpower planner cannot overlook the image of nursing in society and within the health complex. While some of the factors mentioned above can be acted upon and changed by the health system, others are beyond its control and act as a constraint to the projection process.

DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMAGEM NA AMÉRICA LATINA (*Resumo*)

A disponibilidade de pessoal de enfermagem na quantidade e do tipo requeridos pelo sistema de atendimento sanitário é influenciada por uma série de fatores que se devem levar em conta na formulação das projeções de necessidades futuras. As demandas demográficas, juntamente com a explosão de conhecimentos científicos e tecnológicos, tornam imperativa a revisão das atuais funções dos membros da equipe de saúde, com vistas a conseguir uma utilização mais eficiente do pessoal de enfermagem antes de introduzir novos tipos de trabalhadores de saúde. Cada país deverá decidir dentro de seu próprio contexto qual a necessidade de educação e capacitação para o seu pessoal de enfermagem.

Devido à crescente limitação de recursos que atendam às necessidades e demandas dos serviços sociais, o administrador de sistemas de saúde terá que pensar mais em termos de custo-benefício e, em consequência, dar mais consideração à forma em que se prestam os serviços de saúde em geral e os de enfermaria em particular.

Os planejadores de recursos humanos para a saúde não podem passar por alto o que a enfermagem simboliza para a sociedade e o complexo da saúde. Alguns dos fatores mencionados prestam-se à ação e a reformas pelo sistema de saúde, mas outros fogem ao seu controle e agem como um obstáculo para o estabelecimento de projeções.

RESSOURCES HUMAINES DISPONIBLES DANS LE DOMAINE DES SOINS INFIRMIERS EN AMÉRIQUE LATINE (*Résumé*)

Les ressources en personnel infirmier du type et de la quantité nécessaires pour le système de prestations sanitaires sont conditionnées par un certain nombre de facteurs dont il faut tenir compte lors de la projection des besoins futurs. Les demandes de la population, ainsi que le développement extraordinaire des connaissances scientifiques et technologiques, imposent la nécessité d'une révision du rôle actuel des membres de l'équipe sanitaire afin de chercher à obtenir une utilisation plus efficace du personnel infirmier avant d'engager de nouvelles catégories de travailleurs sanitaires. Chaque pays devra décider, en tenant compte de son propre contexte, quelle formation et quelles qualifications il exigera de son personnel infirmier.

En raison de la limitation croissante de fonds destinés aux services sociaux, selon les nécessités, l'administrateur des services de santé devra penser davantage en termes de coût-rendement et, en conséquence, prêter plus d'attention à la forme des prestations de services de santé, en général, et des services infirmiers, en particulier.

Les planificateurs des ressources humaines relevant du domaine de la santé ne peuvent perdre de vue l'image des services infirmiers au sein de la société et dans le complexe de la santé. Certains des facteurs mentionnés sont susceptibles d'action et de changement de la part du système de santé, alors que d'autres échappent à son contrôle et constituent un obstacle à la mise au point des projections.

La extensión de la cobertura de los servicios de salud y los recursos humanos

DR. J. V. PILLET ¹

El Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por la III Reunión Especial de Ministros de Salud (Santiago, Chile, 1972) para 1971-1980 (1), se articula alrededor de un objetivo central: la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales mediante una regionalización de los servicios. En este trabajo se analiza una alternativa de sistema regionalizado y sus implicaciones para los recursos humanos; se relacionan luego estas implicaciones con las perspectivas de empleo para la década, y por último se examinan los cambios correspondientes en el sistema de formación del personal de salud.

COBERTURA

Al inicio del Primer Decenio para el Desarrollo, la Carta de Punta del Este estableció las metas de salud para 1961-1970. La Carta contenía dos metas de interés en el campo de la planificación de recursos humanos. Una, relativa a la planificación, decía: "crear en los Ministerios de Salud unidades de planificación y evaluación . . .", y otra, relativa a los recursos humanos en salud, en estos términos: "Dar particular importancia a la formación y capacitación de profesionales y auxiliares para las acciones de prevención y curación de las enfermedades. Con ese fin es preciso: determinar el número de técnicos de diversas categorías necesario para cada función o profesión; capacitar en servicio a los funcionarios actuales y formar progresivamente a otros en el mínimo indispensable, y ampliar o crear los centros educativos necesarios" (2).

¹ Funcionario del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS.

América Latina alcanzó estas dos metas en cierta medida. En el campo de la planificación, 11 países han creado unidades de planificación sectorial de salud; 13 países han formulado su plan de salud, 11 de los cuales lo han ejecutado; otros cinco países preparan actualmente su plan de salud. Pero más que el número de planes en preparación o en ejecución, el elemento significativo es la aceptación del principio de la planificación en sí, su aplicación al sector salud, su impacto sobre el pensamiento sanitario y las prácticas administrativas del sector.

En el campo de los recursos humanos, la meta, de carácter muy general, daba prioridad a los aspectos cuantitativos, y dentro de ésta limitación se realizaron en América Latina importantes progresos. Estos progresos son descritos y analizados en diversos documentos (3-5). En forma general, se puede decir que los esfuerzos de la pasada década fueron orientados hacia la reducción de un déficit cuantitativo para algunas profesiones particularmente importantes: los médicos, los dentistas, las enfermeras diplomadas⁶ o auxiliares. Los esfuerzos fueron a menudo desordenados, raramente coordinados con los otros objetivos de salud.

Al terminar la década, la inadecuación cuantitativa y cualitativa entre los recursos humanos disponibles y las metas del Plan es tan notoria que todos los países reclaman un desarrollo de los recursos humanos más conforme a los objetivos decenales; o sea todos reclaman los recursos humanos "que el país necesita".

Al inicio de esta segunda década, América Latina debe aprovechar las experiencias y los resultados de la década anterior. Si entre 1973 y 1980 se debe producir los recursos humanos "que el país necesita", es importante recordar las metas del Plan Decenal y estudiar sus consecuencias para los recursos humanos, centrandó el análisis en una meta que consideramos clave: extender la cobertura de los servicios de salud.

Extensión de la cobertura de los servicios de salud

En el Plan Decenal de Salud la extensión de la cobertura de los servicios de salud a todas las poblaciones accesibles urbanas, periurbanas o rurales aparece como el objetivo central, alrededor del cual vienen a articularse los otros objetivos y, en particular, los de infraestructura. Para obtener la extensión de la cobertura, el Plan propone un esquema muy general de la regionalización; este esquema deberá, desde ahora, ser adaptado a las diversas situaciones nacionales.

Se encontrará aquí una hipótesis de trabajo basada en el esquema general propuesto en el Plan, aplicada a una región-tipo, cuyas características son las promediales del conjunto de América Latina.

Población rural. El Plan propone brindar servicios mínimos a toda la población rural, dispersa o residente en localidades de menos de 2,000 habitantes. Esta población representa el 45% de los habitantes de América Latina y del Caribe y era estimada, en 1970, en 125 millones de personas. Se estima que esta población alcanzaría 151 millones en 1980.

Los servicios mínimos ofrecerán a la población la atención de emergencia y la derivación de pacientes, la protección maternoinfantil, la educación nutricional, la inmunización. Asegurarían, asimismo, el saneamiento básico y el registro de la información estadística elemental.

Los servicios mínimos estarían organizados en unidades de salud elemental, con una cobertura de 5,000 habitantes.

¿Qué representa esta proposición en términos de recursos humanos? Teniendo en cuenta que actualmente las necesidades de la población rural así definidas están satisfechas a no más del 20% de sus necesidades por unas 5,000 unidades actualmente existentes, se estima que será necesario crear 25,000 unidades de salud elemental más para el final de la década. La experiencia acumulada en delegación de funciones permite entregar la responsabilidad de estas unidades al personal auxiliar, siempre que este cuente con: formación específica; supervisión estrecha, y apoyo de trabajadores voluntarios, elegidos por las comunidades.

Si se cumplen estas condiciones sería posible operar una unidad con dos auxiliares a tiempo completo, mínimo por debajo del cual no podría esperarse un servicio permanente y eficaz. Para el conjunto de América Latina se necesitaría entonces 60,000 auxiliares adicionales activos en 1980. Para complementarlos y "asegurar el contacto" de estos auxiliares con la población, se debería contar con un mínimo de una persona de la comunidad (trabajadores voluntarios o a tiempo parcial) por 1,000 habitantes, o sea, cinco "voluntarios" por unidad elemental. El número de voluntarios depende de las condiciones locales: relieve, distancias, vías de comunicación, dispersión de la población, etc. Se propone la relación de 1/1,000 como un mínimo absoluto que debería ser superado lo antes posible; se necesitaría entonces un mínimo de 151,000 voluntarios a tiempo total o parcial, activos, en 1980.²

Para asegurar la dirección técnica y administrativa de los auxiliares que sirven en las unidades elementales, sería necesario un equipo mínimo de supervisión situado en el nivel de atención inmediatamente superior. Suponiendo que este equipo supervisor mínimo lo constituye una enfermera y un médico "omniprático", debidamente apoyados por uno o varios internos rotatorios de enfermería y medicina, este equipo

² Sobre disponibilidad y remuneración del personal auxiliar y de la comunidad, véase más adelante, en el capítulo "Empleo".

tendría capacidad de supervisión para cuatro unidades elementales, o sea, 20,000 habitantes.

De acuerdo a este esquema de supervisión, se requerirán para América Latina y el Caribe 6,000 enfermeras y 6,000 médicos, ayudados por un considerable número de internos rotatorios de estas dos profesiones.

Se vislumbran, en esta forma, los grandes rasgos teóricos del personal de salud estrictamente indispensable:

151,000	voluntarios
60,000	auxiliares
6,000	enfermeras
6,000	médicos omnipráticos
—	internos rotatorios de enfermería y medicina

Población semirural. Según las bases del Plan Decenal, las localidades de 2,000 a 20,000 habitantes serían dotadas de servicios integrales básicos. Estos servicios serían el centro de un grupo de unidades elementales de salud, y estarían encargados de:

1. La supervisión de las unidades de salud elemental en cada campo de actividad: atención médica y planificación, estadísticas, etc.
2. Asegurar:
 - a) los cuidados médicos generales ambulatorios, la orientación y la derivación de los pacientes hacia centros diversificados y especializados;
 - b) los programas de salud escolar, control de enfermedades transmisibles y vigilancia epidemiológica;
 - c) los servicios básicos de laboratorio;
 - d) los servicios básicos de saneamiento ambiental.

Aproximadamente 8,000 localidades tendrán entre 2,000 y 20,000 habitantes en 1980, y representarán el 13% de la población total de América Latina y el Caribe. Existen actualmente 6,600 de estos servicios integrales básicos (o su equivalente), que cubren aproximadamente el 90% de las necesidades de la población así definidas. No parece necesario, por tanto, prever la creación de numerosos centros adicionales. Estudiando las relaciones que en 1980 existirán entre el número de localidades semirurales y la población rural, se estima que cada uno de estos servicios integrales básicos tendrá la dirección de tres o cuatro unidades en promedio. Cada servicio integral dará atención básica a 15,000–20,000 habitantes rurales y atención elemental y básica a 2,000–20,000 habitantes de la localidad misma; o sea, una población total del orden de 17,000 a 40,000 habitantes.

El servicio integral básico es un eslabón muy importante del sistema regional, donde se opera la “articulación” entre la medicina clásica

occidental y el sistema de atención rural. En este nivel, el número y la estructura del personal necesario no son determinados por las dificultades técnicas de las tareas a cumplir, pero más bien por la diversidad de las tareas, por el número de unidades elementales a dirigir y supervisar, y las condiciones locales (geografía, densidad, dispersión de la población, comunicaciones, etc.). Mediante el análisis de estos factores se llegará a calcular el personal necesario para los servicios integrales básicos. Mientras tanto, y sólo para fijar las ideas, aceptemos como hipótesis que las tareas de dichos servicios tienen suficiente complejidad como para justificar, además del equipo de supervisión arriba mencionado, un equipo para asegurar la atención elemental y básica a la población de la localidad: un médico omniprático, una enfermera, internos rotatorios, un técnico de laboratorio, un dentista o sustituto, un farmacéutico o sustituto, un inspector sanitario, seis auxiliares, o sea, contando los internos rotatorios, de 15 a 20 personas.

La información disponible sobre la distribución geográfica del recurso humano muestra que el número de personal de salud actualmente localizado en las 6,600 pequeñas localidades de 2,000 a 20,000 habitantes de América Latina y el Caribe, es aproximadamente el que se señala aquí como dotación mínima absoluta. La diferencia es que el personal actual no está organizado ni integrado para una acción común y adolece de serios defectos en cuanto a distribución funcional estructural, formación, etc.

En 1980 existirán no menos de 8,000 localidades semiurbanas. Teniendo en cuenta las necesidades de suplencia y rotación de personal, se necesitará para cubrir las alrededor de 10,000 médicos onnipráticos, igual número de enfermeras, técnicos de laboratorio, dentistas o sustitutos, farmacéuticos o sustitutos, inspectores sanitarios, 55,000 auxiliares y un número variable de internos rotatorios en las diferentes disciplinas. Para lograr esta meta seguramente se debe incrementar el personal actual, pero ante todo es necesario un esfuerzo de integración, organización y adiestramiento del personal actual dentro del marco de un sistema regionalizado.

Poblaciones urbanas. Unas 800 localidades urbanas de 20,000 a 100,000 habitantes reagrupan aproximadamente 40 millones de habitantes, o sea, el 14% de la población de América Latina y el Caribe. Estas ciudades cuentan con servicios de salud y su nivel de atención es superior al del promedio de la población, ya que se considera que están cubiertas al 100%, si se le aplica los mismos criterios que se utilizaron para la población rural y semirural.

El Plan Decenal propone dotar los centros urbanos de servicios diversificados: servicios hospitalarios, cabecera de programas especia-

lizados, dirección y supervisión de los servicios de una subregión de 200,000 a 300,000 habitantes. Los servicios urbanos ofrecerían atención diversificada a la población rural, semirural y urbana de su área y también atención elemental y básica a la población urbana local. Se podrá estimar el personal de salud necesario para estos centros cuando se cuente con la definición precisa de sus funciones y se conozca el grado de centralización conveniente a cada situación nacional. Se sabe, sin embargo, que la aplicación de las técnicas actualmente disponibles para estimar la demanda se adaptan mejor a las poblaciones urbanas, lo que permitirá obtener resultados más exactos para este grupo de población. También se admite que la estructura actual del personal de salud, por imperfecta que sea, se adapta mejor a las necesidades urbanas y a niveles más especializados del sistema de salud, ya que el personal de salud se desarrolló espontáneamente para responder a la demanda urbana.

Por tanto, se puede suponer que el personal de salud actual, con algunas mejorías cualitativas y estructurales, permitiría asegurar la cobertura de las poblaciones urbanas. Esta suposición será también válida—*a fortiori*—para las poblaciones metropolitanas. De todas maneras, para estos niveles se han experimentado diferentes modalidades de dotación de personal y nos encontramos en terreno conocido.

Poblaciones metropolitanas. Las grandes ciudades de 100,000 habitantes y más reagrupan el 28% de la población de América Latina y del Caribe. En 1980, el subcontinente contará con 150 a 200 de estas metrópolis, algunas de las cuales serán las cabeceras de los sistemas regionales propuestos. Los servicios centrales, y en el caso de los pequeños países, los servicios nacionales, tendrán su asiento en estas metrópolis. El Plan propone para las grandes ciudades la organización de servicios especializados, que cubran toda la gama de la atención de salud, desde los servicios más elementales, hasta los más sofisticados. Los servicios metropolitanos asegurarán la atención especializada a toda la población de la Región y la atención diversificada básica y elemental a la población metropolitana local.

Las estadísticas muestran que los recursos humanos concentrados en las metrópolis permiten una adecuada cobertura de la población metropolitana. La realidad suele ser diferente: el sobreconsumo médico de los grupos más favorecidos económicamente enmascara el subconsumo del proletariado periurbano. Antes que una escasez de personal de salud, hay aquí un problema de distribución y accesibilidad económica de la atención médica. Los comentarios hechos en relación con el número de personal de salud necesario para los servicios urbanos son igualmente aceptables para los servicios metropolitanos.

El sistema regional. El Plan Decenal contiene, implícito, el esbozo de un sistema regionalizado basado en la distribución geográfica actual y futura probable de América Latina. Cada país debe, por supuesto, adoptar la estructura, el número de niveles más apropiado a sus necesidades y contexto. Sin embargo, cualquiera que sea el número de niveles escogido y la estructura final, el principio fundamental del sistema regionalizado es la distribución de servicios (y recursos humanos) en forma equitativa y acorde a la distribución y dispersión de la población.

Analizando la distribución demográfica de América Latina y utilizando la llamada hipótesis del espacio homogéneo, se puede elaborar una región teórica cuyas características son las promediales del subcontinente en 1980. Se obtiene así una "región-tipo" de dos millones de habitantes, centrada en una metrópolis de 600,000 habitantes, con seis ciudades de 20,000 a 100,000 habitantes, 48 localidades menores, de 2,000 a 20,000 habitantes y 800,000 habitantes rurales uniformemente dispersos (cuadro 1).

En base a esta región-tipo se puede elaborar un sistema regionalizado teórico o tipo, consistente con la distribución de la población, cuya

CUADRO 1—Distribución de población y servicios de una "región-tipo" de dos millones de habitantes, América Latina y el Caribe, 1980.^a

Población			Número de localidades	Población promedio por localidad	Número de servicios
Tipo	% del total	Habitantes			
Rural dispersa	40	800,000	—	—	168 unidades de salud elemental
Semirural (localidades de 2,000 a 20,000 habitantes)	15	300,000	48	6,000	48 servicios básicos integrados
Urbana (ciudades de 20,000 a 100,000 habitantes)	15	300,000	6	50,000	6 servicios diversificados
Metropolitana (ciudades de 100,000 habitantes o más)	30	600,000	1	600,000	1 unidad de servicios especializados
Total	100	2,000,000			

^a Se estima que en 1980 América Latina tendrá una metrópolis por cada dos millones de habitantes y la región-tipo se construyó para corresponder a esta relación.

estructura y representación espacial aparece en la figura 1. El sistema se diseñó con el objeto de visualizar la dispersión física y las relaciones funcionales del recurso humano. Se da importancia a los datos cuantitativos (relaciones numéricas entre niveles de servicios, número de trabajadores de salud, etc.) únicamente en la medida en que condicionan la dinámica del sistema y las características del recurso humano.

Antes de analizar el recurso humano necesario para animar el sistema regionalizado, conviene insistir en que la distribución espacial de los

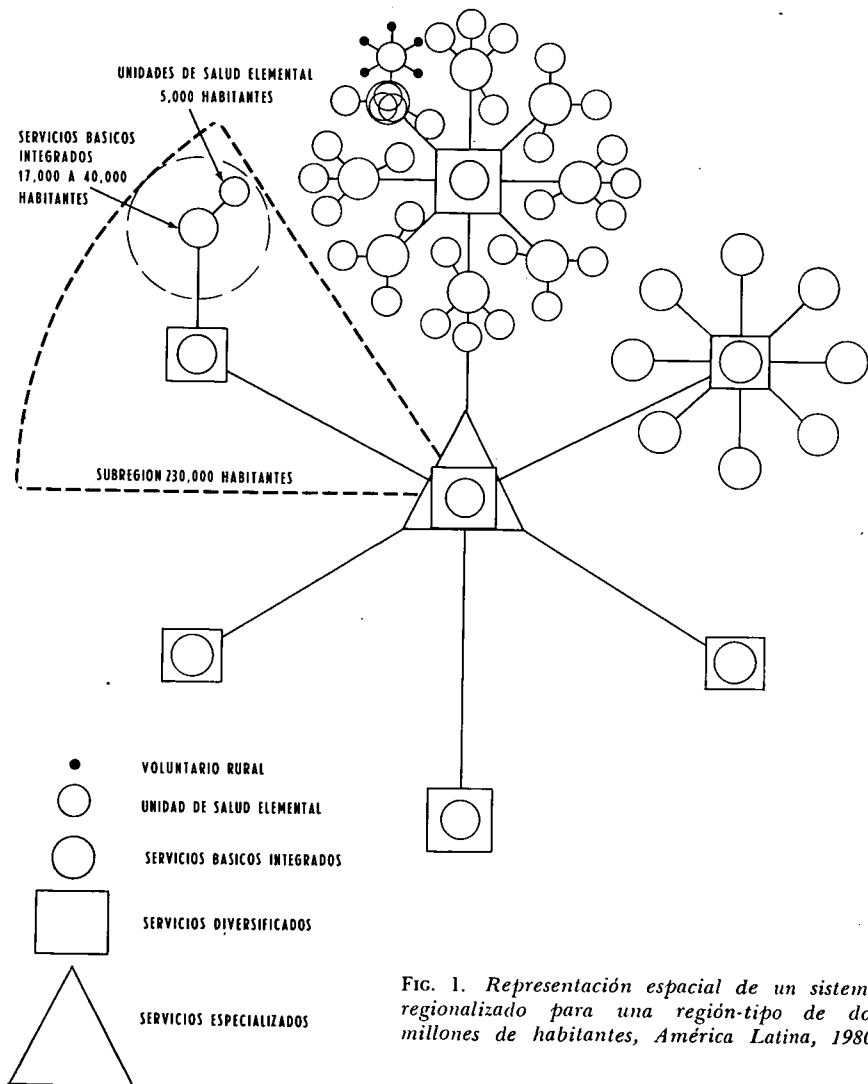


FIG. 1. Representación espacial de un sistema regionalizado para una región-tipo de dos millones de habitantes, América Latina, 1980.

servicios no debería influenciar el número ni la estructura del personal necesario. Efectivamente, que se establezca el sistema, con tres, cuatro o más niveles, de acuerdo al grado de centralización deseado, no tendría por qué alterar el total de personal de salud, ya que está basado en el total de población y su distribución. Sin embargo, sí cambiará la situación geográfica del personal de salud y, lo que más nos preocupa, cambiarán sus características.

La consecuencia implícita de un sistema regionalizado es la compensación de la flagrante desigualdad entre zonas centrales y periféricas, mediante una redistribución igualitaria de los recursos humanos en razón de la población. Teniendo en cuenta que en América Latina los centros metropolitanos y urbanos ya tienen su capacidad instalada y los recursos humanos correspondientes, que los servicios semirurales están apenas esbozados y que los servicios rurales prácticamente no existen, es evidente que el esfuerzo deberá concentrarse en los dos últimos. Pensar, por otra parte, que los recursos humanos pueden movilizarse de los centros urbanos hacia las zonas periféricas, sería poco realista; lo probable es que las ciudades retendrán sus recursos humanos actuales y que la compensación de la desigualdad se hará con aportes de nuevo personal de salud a las zonas rurales. En consecuencia, la pirámide actual de personal de salud deberá complementarse con el personal señalado, al tratar de los servicios rurales y semirurales (figura 2).

Conclusiones: implicaciones para los recursos humanos

El estudio de diferentes esquemas de distribución de personal para un sistema regionalizado permite hacer algunos comentarios sobre aspectos

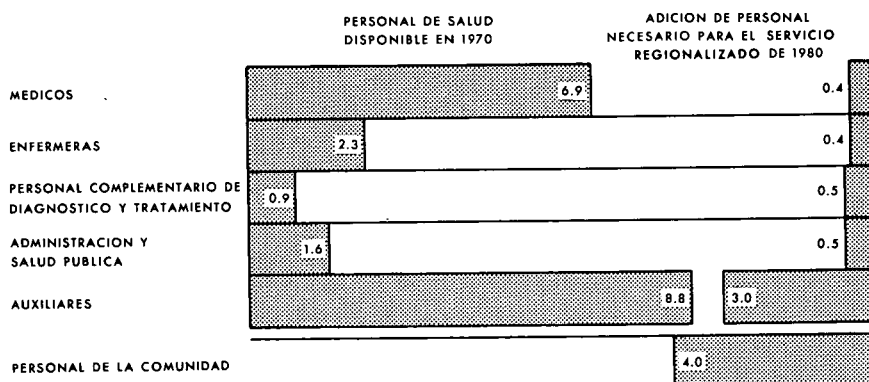


FIG. 2. Tasas de personal de salud por 10,000 habitantes, América Latina y el Caribe, 1970 y 1980.

tos cuantitativos del recurso humano y otros sobre las características del recurso humano necesario para un sistema regionalizado.³

1. La extensión de la cobertura rural exige la incorporación de un contingente importante de personal de la comunidad, voluntario o remunerado, empleado a tiempo completo o a tiempo parcial, con un adiestramiento mínimo. La formación en cada país de un trabajador de la comunidad por 1,000 habitantes de población rural dispersa justifica la creación de un programa especial de adiestramiento.
2. La cobertura rural y la supervisión de los trabajadores de la comunidad requiere un número importante de auxiliares polivalentes adicionales, a tiempo completo y debidamente remunerados, con formación limitada y adiestramiento muy preciso. El número de auxiliares a formar, así como la especificidad de su preparación, justifica en cada país la creación de un programa especial.
3. Como lo muestra la figura 2, el volumen del sistema regionalizado requiere un número relativamente reducido de técnicos, personal intermedio y mandos medios. A estos niveles la dificultad no radica en el número de personal a formar, sino en la calidad de su formación. El sistema requiere médicos, enfermeras y técnicos formados para la acción de salud extensiva antes que intensiva, y familiarizados con las técnicas de delegación de funciones y supervisión. Para obtener este personal se requiere un cambio radical de los sistemas de formación existentes, sobre el cual se volverá más adelante.
4. El comentario final sobre los aspectos cuantitativos sería para subrayar que se trabajó aquí con dotaciones mínimas que sólo pueden ser eficientes en un poderoso sistema integrado. No basta, como se pensó en 1960, "formar y perfeccionar el mínimo indispensable de personal profesional y auxiliar", sino que este mínimo indispensable debe ser concebido, formado e integrado para un sistema sin el cual sería totalmente inoperante.
5. Las primeras descripciones del sistema regionalizado (6, 7) ya hacen énfasis en la dispersión geográfica de las instalaciones (y por lo tanto, del recurso humano). La dispersión es evidente en las zonas rurales y semirurales; en las ciudades y metrópolis existe un aglomerado de unidades de atención—desde "el mostrador de la farmacia de la esquina" hasta el hospital especializado. La dispersión de las unidades de atención favorece la accesibilidad y el contacto con la población: el

³ Estos comentarios se basan en el estudio de varios sistemas regionalizados, en diversas etapas de planificación, elaboración o funcionamiento, en Africa Occidental, Camerón, Portugal, Dahomey, Puerto Rico, Israel, Suiza (Vaud), Gran Buenos Aires, Quebec y New Brunswick, Canadá. Están, sin embargo, influenciados por varios años al servicio del servicio regionalizado de Zaire. Este sistema, conocido como sistema Van Hoff-Duren, fue establecido en los años 1930 para cubrir de 10 a 15 millones de habitantes y ha funcionado con notables resultados. Entre 1960 y 1966 el sistema se mantuvo gracias al apoyo técnico y operativo de la OMS.

sistema regionalizado no pretende reagrupar las unidades en un solo establecimiento ni en una institución única, pero sí intenta una integración funcional. Es aquí donde intervienen en forma decisiva las actitudes del recurso humano: la dispersión geográfica simultánea con la integración funcional sólo se logra mediante un personal con preparación técnica y psicológica específica para el sistema regionalizado. La importancia de este factor permite afirmar que la regionalización es, ante todo, un problema de recursos humanos.

6. Los mecanismos de comunicación entre los diferentes niveles de servicios son la fisiología del sistema. Se entiende aquí por mecanismos de comunicación el enlace entre los niveles:
 - a) Del nivel central al periférico: órdenes, instrucciones, informaciones, comunicaciones de urgencia, envío de equipos y materiales, visitas de supervisión, asesoramiento, etc.
 - b) Del nivel periférico al central: consultas, orientación de pacientes, derivaciones de urgencia, informes, sesiones de adiestramiento, etc.

Las técnicas derivan de la logística, de las relaciones industriales y de la administración. Estos mecanismos son fundamentales a todos los niveles del sistema regionalizado y adquieren, pues, crucial importancia en los servicios básicos, punto crítico de la articulación con la población.

El éxito de la comunicación depende casi exclusivamente de las actitudes del personal de salud, las técnicas necesarias deben ser desarrolladas e incorporadas en su formación.

La experiencia muestra al respecto que entre el personal de salud se establecen muy pronto dos grupos: a) el de los servicios centrales—diferenciados y especializados—quien acapara el prestigio, los poderes de decisión y vuelve muy pronto a sus actitudes de tecnicismo y academicismo; b) el de los servicios periféricos—servicios básicos y elementales—quien abandonado y sin prestigio se siente traicionado por el personal central, pierde su dinamismo, y evoluciona hacia la rutina y la negligencia. A partir de entonces los mecanismos de supervisión se degradan y el personal emigra hacia las zonas urbanas; el sistema regionalizado dejó de funcionar. Estos aspectos deben ser objeto de estrecha vigilancia, ya que la ruptura de la articulación no impide el funcionamiento *aparente* del sistema; por el contrario, el personal central acepta muy bien la ruptura que le permite volver a los patrones de la medicina urbana tradicional. La población urbana tampoco percibe los efectos de la ruptura, aunque los síntomas del deterioro son evidentes en las zonas rurales. Se conocen algunos paliativos para evitar o demorar esta disociación del personal de salud, pero la solución radica en la adquisición temprana de técnicas y actitudes adecuadas durante la formación del recurso humano.

7. Se dijo más arriba que el sistema regionalizado no busca necesariamente la integración institucional, pero sí intenta la integración funcional, mediante normas técnicas, normas de procedimiento, técnicas

administrativas y esquemas universales de financiamiento. El sistema, es, en esencia, unitario (cuando no único), igualitario y universal. Es unitario porque establece un solo acceso a la atención; es igualitario porque provee teóricamente iguales niveles de atención a los diferentes grupos de población, y es universal porque cubre la totalidad de la población de la región. En este contexto, cuando un grupo determinado—empleados del Estado, industria, fuerzas armadas—goza de una cobertura privilegiada a través de mutuales, seguros u otros sub-sistemas de atención, ello representa un real peligro para el sistema regionalizado. Nada en teoría se opone a brindar la mejor atención posible, siempre que el beneficio de una minoría no se establezca en detrimento del conjunto. En la práctica, esto entraña el peligro de que un grupo socioeconómico se desolidarice de la población general y acapare más que su parte de los recursos comunes. El peligro mayor radica, sin embargo, en la perspectiva para el personal de salud de una escapatoria de sus obligaciones dentro del sistema general. Las coberturas especiales tienen tendencias a multiplicarse y pueden ser el motivo de la ruptura arriba mencionada o de una división del personal de salud entre dos sistemas paralelos pero desiguales.

Concluyendo este análisis de la extensión de la cobertura de salud durante la próxima década, se debe señalar que el sistema regionalizado propuesto a tal efecto requerirá un contingente importante de personal adicional. Sin embargo, las mayores dificultades no radicarán en la producción de este personal en número suficiente, sino en darle la formación adecuada para que integre eficazmente el sistema regionalizado. La importancia de contar rápidamente con personal adiestrado en las técnicas de la medicina extensiva, familiarizado con los mecanismos de comunicación, delegación, supervisión, y dotado de las actitudes profesionales adecuadas, sugiere que el éxito de la cobertura dependerá ante todo, de los recursos humanos del sistema regionalizado.

Es evidente que la formación y la utilización de un personal de salud con las características mencionadas supone una evolución correspondiente de contexto social. No se ignora la importancia de los cambios más amplios que requiere el cumplimiento de la meta de cobertura; el presente análisis los considera implícitamente como posibles.

EMPLEO

Las posibles repercusiones del Plan Decenal sobre el recurso humano de salud, fueron analizadas, tratando de prefigurar cómo la extensión de la cobertura de los servicios imprimirá su sello al personal de salud. Si a través de diversas modalidades nacionales esto se cumpliera, 1980

conocerá un recurso humano de salud diferente del actual, tanto en su cantidad como en su estructura y características.

Esta hipótesis debe cotejarse con las previsiones y perspectivas extra-sectoriales, y especialmente con la evolución del empleo por las repercusiones que pueda tener sobre la disponibilidad de recursos humanos para el sector salud.

En el curso del Primer Decenio para el Desarrollo, el producto interno bruto aumentó en todos los países de América Latina. Los economistas consideran que este incremento fue generalmente "satisfactorio", haciendo excepción un grupo de países que conocieron un aumento particularmente rápido y sostenido. La tasa de crecimiento del producto interno bruto en América Latina entre 1960 y 1969 se sitúa en 4.7, y el cuadro 2 muestra las variaciones nacionales.

Si la tendencia actual se mantuviera durante la presente década, los países de América Latina dispondrían de un superávit económico; este incremento anual de riquezas nacionales permitiría teóricamente esperar una mejoría progresiva del empleo y del bienestar general.

El desempleo actual, en cierta manera indicador de la utilización de los recursos humanos generales y expresado por la tasa de no-empleo se

CUADRO 2—Tasa de crecimiento del producto interno bruto en América Latina, 1960-1969.

País	1960-1969
Argentina	3.6
Bolivia	5.7
Brasil	5.5
Colombia	4.8
Costa Rica	6.6
Chile	4.5
Ecuador	4.6
El Salvador	6.0
Guatemala	5.3
Haití	1.4
Honduras	5.2
México	7.2
Nicaragua	7.5
Panamá	8.1
Paraguay	4.3
Perú	5.1
República Dominicana	3.3
Uruguay	0.7
Venezuela	4.5
América Latina	4.7

Fuentes: CEPAL, *Producto interno bruto de los países de América Latina*, 1970, y Secretaría de la OEA.

sitúa alrededor de 50%. Esta tasa se debe comparar a la de 32.1 de un grupo de países desarrollados durante el mismo período (cuadro 3).

La tasa de no-empleo, definida como $\left[1 - \frac{\text{Empleo}}{\text{PET}}\right]\%$, refleja la proporción de la población de 15 a 64 años sin empleo. Se entiende por empleo una ocupación remunerada; no incluye por lo tanto una parte de la población activa y productiva pero no remunerada, estudiantes, amas de casa, etc. El "no empleo", por lo tanto, no es equivalente a improductivo.

Es motivo de preocupación la evidencia de que los países de América Latina—países en expansión y con una población joven—no aprovechan sus recursos humanos. El subempleo masivo hace sospechar que gran parte de la población no participa de los beneficios del "crecimiento". Las estadísticas sobre la distribución del ingreso (8) señalan para el conjunto de América Latina una distribución sumamente sesgada, como lo muestra la figura 3. Como puede verse en esa figura, los dos grupos inferiores, que totalizan el 50% de la población, sólo reciben el 13.4% de la renta nacional. Dos interpretaciones permiten explicar esa marcada desigualdad: o una mitad de la población total trabaja, pero

CUADRO 3—Tasa de no-empleo en algunos países y para ciertos años.

País	Año	Tasa de no-empleo (%)
Barbados.....	1966	44
Brasil.....	1970	55
Chile.....	1970	56
Guatemala.....	1964	59
Guyana.....	1960	57
Panamá.....	1970	53
Trinidad y Tabago.....	1968	50
Venezuela.....	1970	58
América Latina.....		47.4
Estados Unidos de América.....	1960	38.5
Japón.....	1970	28.5
Bélgica.....	1961	40.8
Checoslovaquia.....	1961	30.0
Finlandia.....	1960	24.5
Alemania Occidental.....	1961	27.6
Hungría.....	1960	28.5
Noruega.....	1960	38.5
Promedio.....		32.1

Fuente: OEA/CIES: *Lineamientos para alcanzar el mayor empleo y crecimiento en América Latina*, Washington, D.C., 1973.

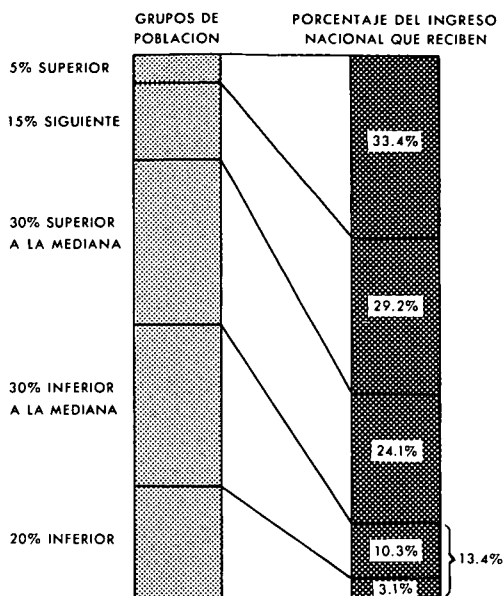


FIG. 3. Distribución del ingreso por grupos de población, América Latina.

con muy baja remuneración, o bien esta mitad de la población se encuentra subempleada. En la práctica, las dos posibilidades se combinan en diferente grado según los países.

¿Cuáles son las previsiones y las perspectivas para 1970-1980? El Consejo Interamericano Económico Social (CIES) acaba de calcular que para mantener la tasa actual de desempleo, América Latina debería alcanzar un crecimiento anual del producto interno bruto de 7.2, sostenido a lo largo de la década (cuadro 4).

Raúl Prebisch estima en la misma forma que un crecimiento de 7.8% anual resolvería el problema del desempleo. Esta meta parece difícil alcanzar si se recuerda que durante la década pasada la media anual fue de 4.7 por ciento.

Entre 1960 y 1970, la población de América Latina en edad de trabajar (PET)—es decir, la población entre 15 y 64 años—pasará de 119 millones a 154 millones (figura 4). En 1980 el PET alcanzará 220 millones. Si la tendencia actual del empleo se verifica en los años venideros, 110 millones de personas en edad de trabajar estarán desempleadas en 1980.

El problema no es exclusivo de América Latina, ya que es común a varios países en desarrollo. Lo que sí es particularmente inquietante es encontrar esta alarmante situación de desempleo en todos los países del subcontinente.

CUADRO 4—Tasas de crecimiento para 1970-1980 para mantener estable el actual nivel de desempleo abierto, América Latina.

País	Tasa
Argentina	4.4
Bolivia	6.4-5.0
Brasil	7.4-5.8
Colombia	7.5
Costa Rica	9.2-7.2
Chile	5.3
Ecuador	8.7-6.8
El Salvador	8.2-6.4
Guatemala	7.7-6.0
Haití	6.1-4.8
Honduras	9.2-7.2
México	8.7-6.8
Nicaragua	8.4-6.6
Panamá	6.7
Paraguay	4.3
Perú	8.2-6.4
República Dominicana	8.7-6.8
Uruguay	3.3-2.6
Venezuela	4.1
América Latina	7.2

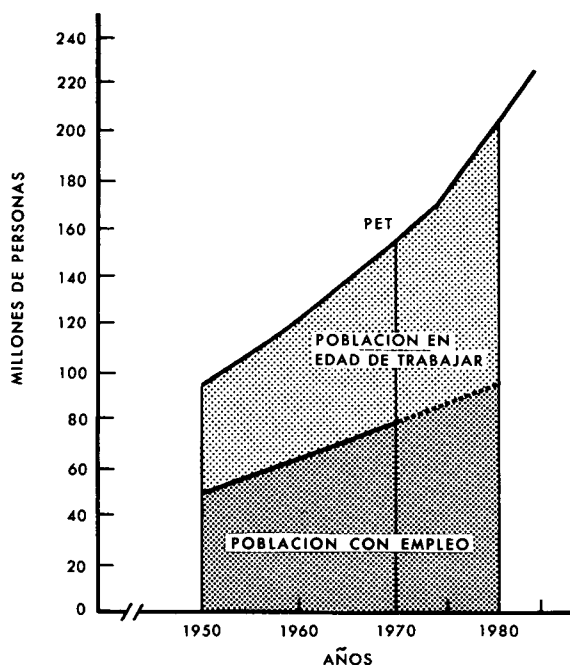
Fuentes: CEPAL, *Producto interno bruto de los países de América Latina*, 1970, y Secretaría de la OEA.

Dos hechos por lo menos vendrían a agravar la demanda real de empleo: la mejoría de las condiciones físicas de la población en edad de trabajar y la entrada de la mujer en el mercado de trabajo.

Es probable, por tanto, que la utilización de los recursos humanos y la desigual distribución de la renta que la acompaña resultarán en una importante demanda de empleo insatisfecha. Es probable también que la opinión pública ejerza una creciente presión política para obligar a los gobiernos a intervenir.

¿Cuáles pueden ser las medidas correctivas? Una política de pleno empleo recomienda, entre otras medidas, un cambio profundo de nuestras técnicas de producción: la utilización de métodos llamados "intensivos en trabajo" de preferencia a los métodos "intensivos en capital". Los sectores primario y secundario podrían tener un papel más importante en la absorción del desempleo. Sin embargo, la conversión de las técnicas industriales requiere cierto tiempo y, *a priori*, no se está seguro de que las técnicas "intensivas en trabajo" sean más rentables que los procedimientos mecanizados o automatizados actualmente en uso. Por estas y otras razones, las empresas privadas considerarán con mucha prudencia—cuando no desconfianza—la contratación masiva de

FIG. 4. Evolución de la población en edad de trabajar y el empleo, América Latina, 1950 a 1980.^a



^a Adaptado de OEA/CIES: Lineamientos para alcanzar el mayor empleo y crecimiento en América Latina. Washington, D.C., 1973.

mano de obra. Es posible que el gobierno entonces se dirija al sector terciario, es decir, los servicios, y entre ellos hacia el sector salud, para absorber parte del desempleo, fenómeno que ya ha ocurrido anteriormente.

Los servicios públicos tienen la particularidad de utilizar técnicas relativamente sencillas y susceptibles de reconversión. Otra particularidad es la posibilidad de absorber mano de obra extendiendo el campo de sus actividades y preocupándose menos con la rentabilidad puramente económica. De hecho, este mecanismo entra en juego más a menudo que lo que las apariencias dejarían suponer y en muchos casos, la obligación política de "crear empleo" ha sido el origen de la incorporación de personal de salud a nivel local o regional.

¿Qué pasaría si el sector salud fuera confrontado con la obligación de absorber mano de obra en forma masiva? Y ante todo, ¿cuál sería esta mano de obra? Se trataría probablemente de mano de obra no calificada, con una educación primaria completa o incompleta, cuando más una educación posprimaria o secundaria incompleta.

La demanda de empleo para el sector salud podría entonces dividirse en dos categorías:

1. La demanda habitual por parte de trabajadores calificados o semicalificados, generalmente recién egresados, enfermeras no universitarias, técnicos, mandos medios, administrativos, etc.
2. La demanda masiva, de causa sociopolítica, proveniente de la mano de obra no calificada. Esta segunda demanda podría resultar en una orientación general del gobierno y traducirse en medidas de absorción progresiva del desempleo, dentro de plazos razonables, o bien, culminar en una crisis, obligando a los servicios a absorber mano de obra en los plazos más breves. Se podría suponer también que la demanda provendría principalmente de los grupos económicos menos favorecidos, originarios de las zonas semirurales, urbanas o metropolitanas. Analizando ahora las características de esta mano de obra disponible (edad, sexo, origen étnico, origen geográfico, nivel de educación, experiencias laborales anteriores, lugar de residencia actual, expectativas de remuneración, etc.), se reconocerá que estas características son exactamente las requeridas para el personal de salud de los servicios periféricos de un sistema regionalizado y en particular para el personal de la comunidad (ese mismo personal que más arriba se denominaba "voluntario" o auxiliar polivalente), y para la dotación de las unidades elementales de salud y de los servicios básicos integrados.

Sin embargo, si esto ocurriera, es probable que el sector salud no esté preparado para aprovechar esta circunstancia y movilizar estos recursos potenciales. El sector no estaría preparado "psicológicamente", porque la idea de la cobertura total, única, igualitaria y universal, es todavía una perspectiva lejana; porque el personal de salud actual guarda una percepción rígida de sus papeles profesionales, incompatible con la medicina extensiva, y sobre todo, incompatible con la delegación de funciones, con la redistribución del prestigio. Las barreras psicológicas creadas por un sistema de educación academicista hacen que nuestro personal de salud actual, simplemente no sabría en qué y cómo utilizar mano de obra no calificada. El sector tampoco estaría preparado técnicamente; todo faltaría: los métodos de formación y adiestramiento adecuados para personal de bajo nivel educacional, la estandarización de los procedimientos, la conversión de la terminología, los equipos y materiales de utilización simplificada, la farmacopea elemental, el personal de supervisión, las técnicas y mecanismos de comunicación.

Si, por el contrario, el sector salud hubiera iniciado a tiempo una conversión psicológica y técnica, sería posible aprovechar la coyuntura y las posibilidades presupuestarias adicionales, movilizando los recursos humanos potenciales que por otra parte son indispensables para el éxito del sistema regionalizado y la cobertura total de la población.

UNIVERSIDAD

Suponiendo que el plan de extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales y las proposiciones de absorción del desempleo se cumplan, ¿cuál sería la participación de las instituciones que en América Latina forman el recurso humano de salud? ¿cuál sería la misión de la Universidad?

Conviene subrayar el papel particular de la Universidad en América Latina. Por varias razones, la vida intelectual y científica de América Latina gravita alrededor de la Universidad.

Razones históricas: una larga tradición señala la Universidad como depositaria y guardiana de la cultura en el medio hostil del Nuevo Mundo. Con la independencia la Universidad sigue la reforma napoleónica y se establece el diálogo permanente con el Estado.

Razones de trabajo: los intelectuales encuentran en la Universidad su formación, su vocación y su medio natural de trabajo; fuera de ella existen escasas perspectivas de empleo para los intelectuales y los investigadores. La concentración intelectual alrededor de la Universidad es mucho más evidente si se compara el mercado de trabajo de América Latina con el de los Estados Unidos, por ejemplo, donde la industria, el gobierno, las fundaciones y las agencias paraestatales ofrecen alternativas de empleo a los trabajadores intelectuales y científicos.

Esta centralización cultural dentro o alrededor de la Universidad le confirió un gran peso en la vida nacional; a pesar de sus defectos y debilidades, la Universidad sudamericana tiene sobre el país una influencia incomparablemente más importante y sostenida que la de sus contrapartes de Norteamérica y aun de Europa. Germán Arciniegas ve la Universidad de América Latina como “la conciencia del gobierno”; según él, la Universidad identifica y define los problemas de la sociedad, ella los señala a la atención de la opinión pública y del gobierno. La Universidad estadounidense, por el contrario, se limita a su función educativa, ayudando a resolver los problemas, tales como se presentan.

Risieri Frondizi distingue claramente la misión de formación de la misión social: “La misión de formación consiste en formar los expertos competentes, dentro de las normas modernas, las más exigentes. La misión social exige que estos profesionales sean los que el país necesita”.

En el contexto de América Latina la Universidad tiene un sentido que sobrepasa ampliamente la institución, sus profesores, sus estudiantes, los intelectuales que alrededor de ella gravitan. La Universidad reagrupa en su esfera de influencia todo el sistema de educación: en muchos casos la enseñanza primaria, la alfabetización popular, la enseñanza profesional, la enseñanza secundaria—cuyos programas y di-

plomas a veces sanciona—además de la enseñanza superior, las sociedades científicas y los institutos de investigación.

Desprovista de poderes temporales, se le reconoce una autoridad intelectual que le garantiza la influencia política directa. ¿Quién ejerce esta influencia? El profesorado era el portavoz tradicional de la Universidad; con el crecimiento de la matrícula, la masa estudiantil se ha convertido en un poderoso agente de difusión de las ideas universitarias.

Varios observadores exteriores atribuyen la actuación sociopolítica de los profesores y estudiantes latinoamericanos a diversos motivos: la duración de los estudios, los estudios a tiempo parcial, los campus urbanos, el sistema de exámenes, el puntaje, las escasas perspectivas de empleo, el profesorado a tiempo parcial, etc. Estos motivos son secundarios o circunstanciales y las razones profundas quedan sin aclarar. Los motivos del activismo universitario radican más bien en las contradicciones o frustraciones profundas que profesores y alumnos sienten al consagrar sus vidas a problemas o técnicas que no tienen relación directa con las apremiantes necesidades de la sociedad que los rodea.

Potencializada por la masa estudiantil, la Universidad tiene, a pesar de las apariencias, más influencia que nunca en la vida nacional.

Así definida la Universidad, es imposible pensar que cambios tan importantes como la extensión de la cobertura rural y la extensión del empleo en el sector salud, puedan llevarse a cabo sin su participación activa.

Quisiéramos considerar aquí las orientaciones que la Universidad debe tomar—y en particular, aquellas que sólo la Universidad está en condiciones de tomar—para alcanzar los objetivos propuestos.

Hasta 1972, los planes o proyectos de regionalización ignoraban los requerimientos de recurso humano o suponían que el sistema regionalizado puede establecerse con el recurso humano actual con algunas modificaciones cuantitativas. Al analizar la cobertura, vimos que, al contrario, este sistema exige un personal de salud diferente del actual, no sólo en su cantidad sino en su calidad; vimos también que es necesario aumentar el personal auxiliar y el personal de la comunidad y que se precisa un cambio profundo en la formación del personal profesional. El objeto del cambio es obtener profesionales rápidamente utilizables en la producción de servicios, capaces de desempeñarse con eficiencia y sin frustraciones en cualquier nivel del sistema regionalizado, capaces de dinamizar el rendimiento del personal subalterno, utilizando plenamente sus potencialidades. Para ello la Universidad debería enseñarles nuevas técnicas médicas y paramédicas adaptadas a este sistema, debería proponerles nuevos valores y nuevos patrones de conducta profesional. Para lograrlo la Universidad deberá cambiar sus mecanismos de orienta-

ción profesional, selección y evaluación de los estudiantes y deberá adoptar esquemas más flexibles de formación: carreras abiertas, carreras iterativas, etc.

Se mencionan a continuación algunos cambios curriculares como ejemplo de los replanteos indispensables.

1. *El abandono del mito científico.* Aunque el tema es bien conocido en los círculos docentes, su importancia justifica mencionarlo en primer término. Si la misión de la Universidad es formar expertos para las tareas que el país necesita, obteniendo un profesional técnicamente preparado y socialmente útil, la Universidad debe reconsiderar algunas orientaciones científicas ambiguas. Por ejemplo, sigue escuchándose que "la medicina es una carrera científica", frase que se ha convertido en lema. El ciclo de estudios generales, el énfasis en las ciencias básicas (biología, bioquímica, biofísica), el estímulo indiscriminado a la investigación fundamental, la enseñanza clínica departamentalizada y orientada hacia la especialización, son rasgos del científicismo.

Los estudios de medicina, odontología, farmacia, bioquímica, etc., exigen una actitud científica que debe ser mantenida. Pero la práctica profesional de los médicos, dentistas, farmacéuticos, bioquímicos, salvo excepciones, no tiene carácter científico, ya que su objetivo fundamental no es la investigación ni la adquisición de conocimientos, sino que es la entrega de un servicio. No se niega el valor de la investigación, sólo se pone en duda la incorporación en la docencia de valores engañosos que serán motivo de frustración para el 90% de los graduados. La Universidad debe aclarar la confusión entre estudios científicos y profesión científica, deberá convertir sus patrones de prestigio y enseñar en consecuencia.

Las facultades de ciencias de la salud deben enseñar a aprender, transmitiendo a los estudiantes las inquietudes y las bases intelectuales y técnicas para que continúen su formación durante su vida profesional; por otra parte, tienen el compromiso de entregar a la sociedad diplomados inmediatamente utilizables. Si las facultades descuidaran la formación científica en aras de la eficiencia a corto plazo, comprometerían el futuro alejado para cumplir con los objetivos de la década. Es preciso encontrar la fórmula de compromiso entre la formación científica para seguir aprendiendo y una sólida formación técnica para la práctica inmediata en los distintos niveles del sistema regionalizado. En esta fórmula para América Latina y para esta década, no cabe la falsa vía científica.

2. *El estudio del sistema regionalizado.* El estudiante debe adquirir lo antes posible en el curso del primer año de estudios una noción del conjunto de servicios a brindar a la población y cómo las tareas se reparten dentro del equipo de salud. El estudiante tendrá una visión más exacta de la vida profesional, evitándose así los errores en la elección de carreras, las ilusiones y los desengaños. Inmediatamente después y muy

temprano en la carrera, el estudiante debe adquirir un conocimiento detallado, teórico y práctico de un sistema regionalizado.

El conocimiento teórico comprendería la descripción del sistema y de su funcionamiento. El estudiante participaría en discusiones interdisciplinarias sobre funciones, funciones profesionales, mecanismos operativos, etc. En un marco más amplio, el estudiante debe ser familiarizado con la planificación de salud y la planificación de recursos humanos, que deberían ser utilizados como instrumentos didácticos. Si se quiere evitar la alienación de los estudiantes, es importante que participen en el análisis crítico, desarrollo y mejoramiento del sistema en el cual se van a integrar.

El conocimiento práctico se obtendría por la participación directa en la prestación de servicios. La extensión de la cobertura requiere la participación de internos de las diferentes carreras. La rotación por los distintos niveles del sistema regionalizado podría hacerse a lo largo de los estudios, en períodos cortos de un trimestre por año, evitando que la secuencia de las pasantías por los servicios elementales, básicos, diversificados y especializados sea interpretada como una progresión profesional.

3. *La "nivelización" del currículo.* El currículo reflejaba la división de las distintas disciplinas: anatomía, fisiología, patología, etc. El currículo integrado, basado en los sistemas anatomofisiológicos, se acerca más a la realidad biológica, y permite al estudiante orientarse mejor en la práctica profesional.

Un currículo basado en las tareas a cumplir, tal como están definidas por las funciones de cada nivel de sistema regionalizado, capacitaría al estudiante, cualquiera sea la carrera elegida, para participar de inmediato en la prestación de servicios. En el nivel periférico elemental se atiende una patología determinada, a esta patología corresponden determinadas conductas diagnósticas, preventivas, asistenciales, curativas y administrativas. El conjunto de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para el trabajo en el nivel elemental podría constituir una unidad docente, bloque o módulo de enseñanza. En la misma forma, los niveles básicos, diversificados y especializados constituirían otras unidades docentes. La "nivelización" (así llamada por no encontrar otro neologismo más descriptivo) puede combinarse con el enfoque sistémico integrado; si un cambio tan radical no fuera deseable, nada impide introducir nociones de nivelización en el currículo integrado.

Para llegar a esto, la Universidad debe preparar los materiales necesarios: nuevos enfoques, nuevas clasificaciones nosológicas, codificación de las conductas diagnósticas, preventivas, asistenciales, curativas y administrativas. En esta tarea nos encontramos nuevamente con que los niveles centrales—diversificado y especializado—son terreno conocido, mientras los periféricos—básico y elemental—han sido totalmente olvidados y hay que redescubrirlos.

4. *Las técnicas de enlace.* Un adiestramiento en las técnicas de enlace es indispensable para la eficacia del sistema regionalizado. (El término "enlace" se emplea aquí convencionalmente para designar las comunicaciones entre el personal de salud de los diferentes niveles del sistema.)

Estas técnicas recibirían aportes del campo de la teoría de las comunicaciones, de las relaciones industriales y de la sociología del trabajo y comprenderían las técnicas de información, de instrucción, las técnicas de mando, la supervisión, el asesoramiento, los informes, etc. Al enseñar la materia, se evitará caer en una óptica burocrática o militar; todo el campo queda por explorar y sólo la Universidad puede explorarlo con la altura y la objetividad necesarias.

5. Al dar un paso más en esta dirección se aborda un tema delicado: *la comunicación entre el personal de salud y la población.* Este es un tema que la gente sería mira con desconfianza y nuestra renuencia es un signo del malestar.

En América Latina el mundo urbano y el rural coexisten incomunicados. En otras regiones en desarrollo se advierte la diferencia de los niveles económicos, y niveles de educación entre la población urbana y rural. En América del Sur (llamada Latina) una oposición cultural urbana/rural agrega una dimensión particular al problema. Entre zonas urbanas y rurales no hay diferencia de nivel cultural, pero más bien una diferencia entre dos culturas muy diferentes: la población de las ciudades que fue criolla en un tiempo, se ha vuelto cosmopolita y se abre sin reparos a la penetración cultural del exterior, la población rural guarda silenciosa pero profundamente arraigada la cultura ascencial, que en muchos casos es la cultura india, bien conocida por su resistencia al contacto y su rechazo de los valores extranjeros. Con algunas excepciones, las loables tentativas de acercamiento hacia la cultura rural han sido tan superficiales que la evocación del tema recuerda inevitablemente la jerigonza antropocultural importada. Sin embargo, el problema tiene fundamental importancia y debemos encontrar las auténticas actitudes culturales que permitan al personal de salud una buena comunicación con las poblaciones rurales. En este sentido, el sistema regionalizado podría hacer suyo el lema "El trabajador de salud debe encontrarse en la población como el pez en el agua".

Si las facultades de ciencias de la salud decidieran efectuar en este campo la conversión necesaria, encontrarían dentro del recinto universitario los medios y los talentos para hacerlo.

Los cambios curriculares señalados son modestos, pero implican un penoso y profundo proceso de conversión de técnicas y valores. La tarea y la responsabilidad del profesorado son enormes; ya no se trataría de transmitir conocimientos académicos y patrones establecidos de comportamiento profesional, sino de inventar y transmitir todo el sistema, sus técnicas, sus valores y su ética.

Sería preferible hablar aquí de un proceso de invención antes que de conversión o adaptación. En primer lugar porque algunas técnicas y valores actuales no son adaptables al sistema regional; en segundo lugar porque adaptar es ante todo conservar las técnicas y valores conocidos y tratar de utilizarlos, mientras inventar presupone replanteos más profundos y resultados independientes de la situación actual.

Esta visión un tanto tradicional de los profesores que deciden lo que habrá de transmitirse sólo es válida en la medida que señala la responsabilidad principal del cuerpo profesoral en este proceso. De hecho, es probable que los estudiantes y tal vez los egresados participen en este proceso de invención. Suponiendo que la Universidad cumpla con su cometido y elabore las nuevas técnicas y valores, vendrá entonces el problema de su transmisión al personal de salud. Recordando lo dicho anteriormente sobre la Universidad, ella aparece como la única institución con el prestigio y la autoridad intelectual para llevar a cabo los nuevos valores.

Se efectuará la transmisión a los estudiantes durante el curso de los estudios; a los profesionales, a través de la educación permanente; a los trabajadores de salud, a través de los mecanismos formales de extensión universitaria, de planificación de recursos humanos y de los mecanismos informales de transmisión de los valores en la sociedad.

La transformación progresiva del personal de salud por la Universidad supone una evolución paralela de la sociedad en su conjunto (actitudes, relaciones, etc.) hacia valores compatibles con la extensión de la cobertura y el pleno empleo.

Sin desconocer la importancia del contexto, se señala aquí la responsabilidad particular de la Universidad en el proceso global de cambio.

La Universidad por sí sola no puede crear una voluntad de cambio en la sociedad pero puede inducirla, y si ésta voluntad existe debe estar preparada para aportar los elementos de su realización.

RESUMEN

El Plan Decenal de Salud para las Américas, aprobado por los Ministros de Salud de las Américas en su III Reunión Especial (Santiago, Chile, 1972) se articula alrededor de un objetivo central: la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales mediante una regionalización de los servicios. En base a los niveles y funciones del sistema regionalizado propuesto por el Plan, en este trabajo se tratan de puntualizar los grandes rasgos del recurso humano necesario, llegándose a la conclusión de que este sistema requiere un personal de salud específico y diferente del actual. Los cambios necesarios consistirían en

un aumento significativo del personal auxiliar periférico y en una diferente orientación y formación del personal profesional. El éxito del sistema regionalizado depende del recurso humano.

Se pronostica para la década un creciente desempleo, que ocasionará presiones para la utilización de mano de obra no calificada por el sector salud. Esta eventualidad sería favorable para el establecimiento del sistema regionalizado siempre que se disponga de las técnicas y del personal de supervisión necesarios.

La cobertura y la utilización masiva de personal auxiliar requieren un cambio en la formación del personal de salud. Para lograrlo, las facultades de ciencias de la salud deben replantear sus métodos y valores actuales, identificar y desarrollar las nuevas técnicas y valores indispensables al funcionamiento del sistema regionalizado, y transmitirlos a todo el personal de salud actual y futuro.

La Universidad es el principal reservorio de recursos, talento y autoridad para llevar a cabo los cambios necesarios.

REFERENCIAS

- (1) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. *Documento Oficial de la OPS 118* (1973).
 - (2) Organización de los Estados Americanos. *Documentos Oficiales de la OEA Ser.H/XII.1. Rev.2* (esp.). Washington, D.C., 1967.
 - (3) Organización de los Estados Americanos. Consejo Interamericano Económico y Social. *El desarrollo de América Latina*. Washington, D.C., 1973.
 - (4) Organización Panamericana de la Salud. "Procesos de administración, planificación e información de salud". Documento REMSA 3/6. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas (Santiago, Chile, 1972). Washington, D.C., 1972.
 - (5) Organización Panamericana de la Salud. "Recursos humanos de salud en las Américas—Estadísticas básicas". Documento HR/CPP/D/19. Washington, D.C., 1973.
 - (6) Bridgman, R. F. *The Rural Hospital—Its Structure and Organization*. Serie de Monografías de la OMS No. 21. Ginebra, 1955.
 - (7) Organización Mundial de la Salud. *The Health Aspects of Planning for Regional Socioeconomic Development*. Ginebra, 1968.
 - (8) Naciones Unidas. *Income Distribution in Latin America*. Nueva York, 1971.
-

EXTENSION OF HEALTH SERVICES COVERAGE AND HUMAN RESOURCES (*Summary*)

The Ten-Year Health Plan for the Americas, adopted by the Ministers of Health of the Americas at their III Special Meeting in Santiago, Chile, 1972, is developed around one central aim: the extension of health coverage to the rural populations through the regionalization of services. An attempt is made in this article, on the basis of the levels and functions of the regionalized system proposed in the Plan, to outline the main characteristics of the human resources necessary for this purpose. It is concluded that this system will require specific types of health manpower, different from those now available. There will have to be a major increase in the numbers of local auxiliary personnel, and at the same time the orientation and training of professionals will need to be changed. The success of the regionalized system depends on manpower.

Increasing unemployment is forecast for the decade, and there will be corresponding pressure to use unqualified workers in the health sector. Such a development will be favorable to the establishment of the regionalized system as long as the necessary techniques and supervisory personnel are available.

Mass health coverage and utilization of auxiliary personnel will call for changes in health manpower training. The schools of health sciences will have to reformulate their current methods and values, identify and develop the new techniques and approaches that will make for the operation of the regionalized system, and, finally, communicate the results of this process to all existing and future health personnel.

The university is the main repository of the resources, skills, and authority needed to bring about the required changes.

A EXTENSÃO DA COBERTURA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E RECURSOS HUMANOS (*Resumo*)

O Plano Decenal de Saúde para as Américas, aprovado durante a III Reunião Extraordinária de Ministros de Saúde das Américas (Santiago do Chile, 1972), articula-se em torno de um objetivo central: a extensão da cobertura de saúde às populações rurais mediante a regionalização dos serviços. Com base nos níveis e nas funções do sistema regionalizado proposto pelo Plano procura-se determinar, neste trabalho, as linhas gerais dos recursos humanos necessários, chegando-se à conclusão de que tal serviço requer um pessoal de saúde específico e diferente do atual. As modificações necessárias consistiriam num significativo aumento de pessoal de atividade periférica e numa diferente orientação e formação do pessoal profissional. O êxito do sistema regionalizado depende dos recursos humanos.

As projeções de emprego para a presente década prevêm desemprego crescente, que exercerá pressões para a utilização de mão-de-obra não qualificada para o setor da saúde. Essa eventualidade seria favorável para o estabelecimento do sistema regionalizado sempre que se hajam preparado as técnicas e o pessoal de supervisão necessários.

A cobertura e a utilização maciça de pessoal auxiliar exigem certas reformas na preparação do pessoal de saúde. Para tanto, as faculdades de ciências da saúde devem reformular suas técnicas e seus valores atuais, identificar e aperfeiçoar as novas técnicas e os valores indispensáveis ao funcionamento do sistema regionalizado, e transmiti-los a todo o pessoal atual e futuro de saúde.

A universidade é a principal reserva de recursos, talento e autoridade para efetuar as reformas necessárias.

L'EXTENSION DE LA COUVERTURE DES SERVICES DE SANTÉ ET LES RESSOURCES HUMAINES (*Résumé*)

Le Plan décennal de santé pour les Amériques, adopté par les ministres de la Santé des Amériques lors de leur IIIe Réunion spéciale (Santiago, Chili, 1972) est axé sur un objectif central: l'extension de la couverture sanitaire aux populations rurales au moyen d'une régionalisation des services. En ce qui concerne les niveaux et le rôle du système régionalisé, proposé par le Plan, cette étude cherche à faire ressortir les grandes lignes des ressources humaines nécessaires et aboutit à la conclusion que ce service a besoin d'un personnel de santé particulier et différent du personnel actuel. Les changements nécessaires consisteraient en une augmentation importante du personnel auxiliaire périphérique et en une orientation et une formation différentes du personnel professionnel. Le succès du système régionalisé est fonction des ressources humaines.

Les perspectives d'emploi pour la décennie prévoient un chômage croissant qui engendra des pressions en vue de l'utilisation de main-d'oeuvre non qualifiés par le secteur de la santé. Cette éventualité serait favorable à la mise sur pied du système régionalisé à condition que l'on prépare les techniques et le personnel de surveillance nécessaires.

La couverture et l'utilisation massive de personnel auxiliaire exigent un changement dans la formation du personnel de santé. Pour y parvenir, les facultés de sciences sanitaires devront réviser leurs méthodes et valeurs actuelles, déterminer et développer les nouvelles méthodes et valeurs indispensables pour le fonctionnement du système régionalisé, et les transmettre à l'ensemble du personnel de santé actuel et futur.

L'université est la réserve principale de ressources, compétence et autorité pour amener les changements nécessaires.

Participación de la universidad en la planificación de la salud

DR. RODRIGO GUTIERREZ.¹

En la mayoría de los países latinoamericanos, las oficinas nacionales de planificación y los organismos sectoriales correspondientes se fundaron y desarrollaron en la década de 1960. No cabe duda de que en casi todos los casos la política gubernamental al respecto fue establecida a raíz de la firma de la Carta de Punta del Este (1). Todo parece indicar que los préstamos provenientes de los Estados Unidos de América y los de los "bancos de desarrollo" para los Gobiernos de la Región fueron condicionados al establecimiento de oficinas nacionales de planificación, ya que aquellos recibieron todo el apoyo técnico y financiero del Gobierno de ese país tan pronto como decidieron establecer esos organismos.

Anteriormente, especialmente de 1940 a 1960, en Sudamérica primero y más tarde en Centro América, se había definido claramente la corriente de descentralización administrativa del Estado, que había desarrollado grandes y numerosas empresas públicas en los campos de la banca y las finanzas, servicios públicos (fuerza eléctrica, transporte y agua potable), vivienda y agricultura (estabilización de precios, almacenamiento de alimentos y asistencia técnica), lo que obligó a esas instituciones y a los propios Gobiernos a realizar algunos esfuerzos para la planificación del desarrollo económico.

AUTONOMIA DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS

Para evitar errores de interpretación, resulta importante definir tres conceptos fundamentales en las relaciones entre instituciones públicas: descentralización, delegación y autonomía.

La *descentralización* es la "delegación de funciones y de autoridad a unidades funcionales que tienen bastante independencia de la unidad

¹ Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

central" (2). La *delegación* es el "acto bilateral mediante el cual un superior jerárquico confiere deberes y responsabilidades a un subalterno (o unidad subordinada, por similitud) y le da la autoridad para desempeñar tales funciones" (2). La *autonomía* es la "potestad que dentro del Estado pueden gozar . . . entidades públicas para regir intereses peculiares de su vida interior mediante normas y órganos de gobierno propio . . . (para tener) cierta independencia funcional . . ." (3).

En los países latinoamericanos, suman centenares las instituciones descentralizadas, y su grado de descentralización y autonomía varía de país a país y de institución a institución por razones históricas. Eso ha ocasionado "el debilitamiento del gobierno central, porque dichos organismos actúan desligados de la política general del gobierno y no participan en las inquietudes y problemas nacionales sino en la proporción que tienen con sus reducidas esferas" (4).

Es significativo que la teoría de las corporaciones gubernamentales autónomas haya encontrado sustentación principalmente en aquellos países en los cuales el gobierno central es débil o inestable, o en donde hay una arraigada desconfianza en relación al gobierno. Probablemente las corporaciones más "auténticas" se encuentran en América Latina, más que en cualquier otra región del mundo. La corporación autónoma ha sido considerada como una panacea frente al gobierno ineficiente. En razón del traslado de los principales programas de gobierno hacia el ámbito de las corporaciones públicas, algunos ministerios, en algunos países, se convirtieron en cuerpos vacíos. En algunas partes de América Latina, las corporaciones públicas pueden ser consideradas, literalmente, como una cuarta rama del Gobierno, irresponsable y sin cabeza (5).

Algunas de estas instituciones autónomas están ligadas directamente con la salud colectiva (acueductos; alcantarillados; seguros sociales; juntas de protección social; universidades; escuelas de enfermería; vivienda).

AUTONOMIA UNIVERSITARIA

Un tipo muy diferente de autonomía, en el continente indoespañol, es la de las universidades estatales, que tienen personería jurídica propia (en muchos países garantizada por la constitución política), auto-generan sus propias autoridades y autoeligen a los miembros de su asamblea (el pueblo universitario) y de las facultades. En ellas, la función determinativa institucional está en manos de personas designadas internamente, y no en la de alguno de los poderes, excepción hecha del Ministerio de Educación que es miembro *ex officio*, estableciendo así la única relación a nivel de coordinación estatal con el gobierno nacional.

En algunas universidades menos autónomas, el Rector es designado por el Consejo Universitario, entre una terna de candidatos que propone el Gobierno de la República, lo cual convierte a la rectoría en una posición política.

La mayoría de las universidades tienen rentas fijas o porcentuales del presupuesto nacional, lo cual fortalece la autonomía universitaria al no tener que depender anualmente del poder político para su financiamiento (3).

El origen de la autonomía universitaria arranca de la época de fundación de las universidades en la Colonia, cuando por Real Cédula los Reyes autorizaron a la Iglesia, generalmente, a establecer universidades dictando su propia constitución y dando al claustro la autoridad para elegir al Rector.

Posteriormente, en la vida republicana, los gobiernos terminaron y volvieron a establecer, en diferentes períodos, la autonomía universitaria, la cual finalmente fue reconocida y consolidada como una condición necesaria y fundamental para el quehacer universitario a finales del siglo pasado y principios del presente. Todo este movimiento culminó con la huelga del 31 de marzo de 1918 en la Universidad de Córdoba, Argentina, la cual terminó con el cumplimiento de las exigencias estudiantiles por parte del Gobierno el 12 de octubre de 1918, cuando se decretó la "reforma universitaria basada en la autonomía universitaria, la autonomía profesoral y el cogobierno estudiantil".

Durante los últimos 55 años, desde la reforma de Córdoba, una a una de las universidades estatales del Continente alcanzaron, tras largas luchas, el nuevo concepto de autonomía y cogobierno estudiantil, a la vez que se definió a la universidad estatal como centro del pensamiento crítico y renovador.

TOMA DE DECISIONES Y PLANIFICACION DE LA SALUD

Las funciones básicas que el Estado debe desempeñar en la protección de la salud colectiva, así como en la curación de las enfermedades de la población y en la rehabilitación del enfermo, están descentralizadas en instituciones con diversos grados de autonomía. Los gobiernos, a nivel de estados, departamentos y municipios, también tienen una clara intervención en la planificación de la salud. En casi todos los países, los componentes básicos de la planificación de las acciones de salud están a cargo de entidades sin ninguna articulación aparente y funcional entre sí para la

realización de metas comunes. Los planes nacionales de salud, preparados por las oficinas de planificación nacional y las sectoriales correspondientes, no pueden ser desarrollados plenamente por los intereses que defienden las instituciones que, muchas veces, se preocupan más del precedente que establecen, al admitir la intervención de un poder diferente al de la institución que lo que puede significar para el mejoramiento de la sociedad aceptar el papel que deben desempeñar en la prestación de un servicio integral.

Tres entidades pueden servir de ejemplo para un breve análisis: el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguro Social y la Universidad. La primera institución generalmente presta servicios de medicina preventiva y curativa, directamente o por medio de hospitales administrados por juntas de protección social, que son organismos semiautónomos. La segunda presta primordialmente servicios de medicina curativa a ciertos sectores de asalariados, dentro de un complicado reglamento. La Universidad, que es la responsable de la formación de recursos humanos para el sector salud, generalmente tiene programas de estudio que no están concebidos, en cuanto a los objetivos de la enseñanza, para formar la cantidad y la calidad de personal que el Estado demanda a través de su plan nacional de salud, bien sea porque la Universidad "no se interesa" por esos planes, bien porque no cuenta con los medios económicos adecuados para cumplir determinadas metas, o porque no existe plan nacional de salud. A todo esto se agrega el hecho de que en la mayoría de las universidades no ha sido posible aún conseguir la necesaria integración, o por lo menos coordinación, entre las diferentes facultades encargadas de la formación de recursos humanos para el sector salud. En los países en donde existen varias universidades, y en donde estas pueden ser públicas o privadas, la coordinación o integración de programas y esfuerzos para cumplir objetivos comunes no ha existido o lo que se ha realizado es inadecuado para cumplir las metas propuestas a nivel nacional.

En especial en las últimas décadas es evidente el conflicto político que existe entre la Universidad y el poder central, entre los estudiantes y las autoridades académicas, especialmente cuando estas se muestran excesivamente "colaboracionistas" con los programas de gobierno. El antagonismo entre el Instituto de Seguro Social, la Universidad y el Ministerio de Salud, en virtud de sus propias leyes orgánicas, y los intereses que defienden las juntas rectoras de las mencionadas instituciones, hace que la toma de decisiones con carácter nacional y la planificación integral de las acciones de salud se conviertan en algo a veces totalmente inoperante.

En resumen, los programas nacionales de salud toman en cuenta las instituciones descentralizadas en la realización de sus planes, pero estas

instituciones, que son autónomas por naturaleza, no participan en la confección del programa nacional de salud y por tanto "no se sienten obligadas" a cumplir las metas que se le señalen. Si quieren hacerlo, especialmente en el caso de la Universidad, surgen problemas de falta de recursos económicos y de frecuentes conflictos con los intereses de otras instituciones que pueden servir de campo de enseñanza, con la posición política del estudiantado y con los intereses gremiales defendidos por los colegios y asociaciones profesionales.

DIFICULTADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA FUNCION DE LA PLANIFICACION UNIVERSITARIA EN LA PLANIFICACION DE LA SALUD

Hasta el presente, en la mayoría de las universidades latinoamericanas, se ha concebido la planificación institucional como un recurso para resolver sus problemas naturales de crecimiento acelerado, promovido por la demanda de enseñanza superior con recursos económicos, humanos y materiales siempre limitados. En muchas universidades, desde luego, no existe la oficina de planificación universitaria, y en aquellas en que existe, su desarrollo no es vigoroso e invierten muy buena parte de su tiempo y de sus recursos en la preparación de los presupuestos universitarios y en estudios de costos de demandas no satisfechas de tipo docente, de equipos y edificios, así como en la evaluación de costos y recursos financieros disponibles, evaluación de alternativas, desarrollo de mecanismos administrativos de implementación y trabajos teóricos (modelos) del posible desarrollo institucional futuro.

La fijación de un cupo de admisión en la Universidad y en las facultades en donde existe obedece, fundamentalmente, al intento de una adecuación de recursos económicos a la demanda de puestos y, algunas veces, a la presión que ejercen sobre la Universidad las organizaciones gremiales, que ven como una amenaza la "superpoblación de profesionales".

Algo parecido podría decirse de la diversificación de la educación superior, la que se hace en base a la iniciativa de profesores interesados en el campo, o bien de grupos económicos que le plantean a la Universidad sus necesidades de contar con tipos concretos de profesionales y técnicos para el desarrollo de sus empresas. La Universidad, a nivel de sus consejos universitarios o de sus oficinas de planificación, realmente no tiene como marco de referencia para el desarrollo de la docencia y la investigación universitaria los planes nacionales de desarrollo, por cuanto los mismos, en casi todos los países, carecen de un

estudio nacional completo y permanente de demanda y oferta de recursos humanos de alto nivel.

En el campo de la salud, las escuelas de medicina no parecen tener presentes las metas nacionales en la fijación de sus cupos de admisión, en donde esta práctica existe. Más bien pareciera que el cupo se fija tomando en cuenta los recursos humanos y materiales con que cuenta la institución para mantener un "buen nivel académico", y la presión aparente e inconsciente que ejercen los profesores gremialistas para evitar la llamada desocupación médica, que puede falsear el poder de las organizaciones sindicales de los profesionales de las ciencias de la salud.

En los países donde existe libre ingreso de los estudiantes, por ser esta profesión una de las más apetecidas por los jóvenes, las escuelas de medicina "manejan" miles de estudiantes en los primeros años, donde se produce una "mortalidad académica" sumamente alta, lo cual compensa con el sistema de fijación de cupos y da, al final, el mismo resultado.

Conviene mencionar que la creación de nuevas escuelas de medicina generalmente no obedece a una planificación nacional de la educación superior, para evitar la concentración en las grandes urbes de las instituciones formadoras de personal profesional y técnico; más bien nacen como escisiones de las facultades tradicionales, generalmente después de una crisis interna.

Los problemas mencionados son los más importantes, pero además hay otros muchos, como son:

1. La escasez de personal especializado para planificar la formación de recursos en las escuelas de medicina.
2. La ausencia de objetivos generales concretos y realizables en todo el proceso de enseñanza.
3. La ausencia de integración entre las diferentes facultades y escuelas relacionadas con la salud.
4. La dicotomía que existe entre la enseñanza de las ciencias básicas, las clínicas y la medicina preventiva.
5. Los diferentes tipos y niveles de medicina que se dispensa en los países donde coexisten la medicina del asalariado a través de los institutos de seguridad social, la de diferentes asociaciones y gremios, la estatal, la de las empresas privadas y la medicina privada.
6. Las diferencias notorias entre los salarios para profesores y el de los profesionales, que impide a la Universidad tener un número adecuado de docentes a tiempo completo.
7. Las condiciones económicas de la mayoría de los estudiantes y la debilidad de los programas de becas estudiantiles, que obliga a muchos

estudiantes a dividir su tiempo entre el trabajo para la subsistencia y el trabajo escolar.

8. La carencia de textos latinoamericanos que incluyan la patología prevalente en cada región.
9. La incapacidad de la mayoría del estudiantado para adquirir el equipo básico para sus estudios.
10. El proceso de enseñanza dirigido fundamentalmente hacia la medicina intramural e intrahospitalaria.
11. Condiciones de ambiente muy desfavorables para los sectores mayoritarios de la población, que producen una patología característica en la que la desnutrición, la parasitosis intestinal y las enfermedades infectocontagiosas mantienen un notorio predominio, patología en la que el estudiante no es adecuadamente preparado para resolverla.

Estos son, entre muchos otros factores, los que dificultan que la Universidad ejerza su indiscutible papel en la planificación de la formación de recursos humanos para el sector salud y la planificación de las acciones de salud, es decir, en la propia formulación de los planes nacionales de salud.

RESUMEN

En este trabajo se hace un recuento de la forma en que las oficinas de planificación y organismos sectoriales correspondientes se fundaron en la América Latina en la década de 1960, al mismo tiempo que se revisa la situación de las diversas instituciones nacionales relacionadas con el proceso de planificación de las acciones de salud. Se destaca el papel que desempeñan el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguro Social y la Universidad y el conflicto que generalmente existe entre los intereses de estos tres organismos.

Se señalan asimismo los factores que impiden a la Universidad desempeñar el papel que le corresponde en la planificación de recursos humanos en salud; entre ellos: la Universidad no se interesa o no cuenta con medios adecuados para cumplir determinadas metas, o no existe plan nacional de salud; la escasez de personal especializado en planificación de recursos humanos en las escuelas de medicina; la ausencia de objetivos concretos en todo el proceso de enseñanza; la ausencia de integración entre las diferentes facultades de la salud; la dicotomía que existe entre la enseñanza de las ciencias básicas, las clínicas y la medicina pre-

venta; los diferentes tipos de medicina que se presta en los países; el proceso de enseñanza dirigido fundamentalmente hacia la medicina intramural e intrahospitalaria; condiciones de ambiente muy desfavorables para los sectores mayoritarios de la población.

REFERENCIAS

- (1) Organización de los Estados Americanos. *Alianza para el Progreso. Documentos Oficiales de la OEA*, Ser. H.XII. Rev. 1 (esp.) Washington, D.C., 1967.
- (2) Jiménez Castro, Wilburg. *Introducción al estudio de la teoría administrativa*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1963. Pág. 13.
- (3) Jiménez Castro, Wilburg. *Los dilemas de la descentralización funcional. Un análisis de la autonomía institucional pública*. San José, Costa Rica. Escuela Superior de Administración Pública de América Central. *Serie Ciencia de la Administración 237*, 1963. Pág. 6.
- (4) Cadena García, Raúl. *Las entidades descentralizadas en el Ecuador y su categorización*. Quito, Ecuador. Universidad Central de Ecuador. *Boletín de Información No. 7*, 1966. Pág. 49.
- (5) Dimmock, Marshall E. "Should Government Corporation have More Independence?" *Basic Issues in Public Administration*. Nueva York, McMillan Co., 1961.

PARTICIPATION OF UNIVERSITIES IN HEALTH PLANNING (Summary)

The establishment of planning bureaus and the corresponding sectoral agencies in Latin America in the 1960s is traced, and a review is made of the various national institutions involved in the planning of health activities. The roles played by the Ministry of Health, the Social Security Institute, and the university are brought out, together with the conflict that is generally found between the interests of these three bodies.

In addition, the following factors which prevent the university from playing its proper role in the planning of health manpower resources are cited: lack of interest on the part of the academic institution; insufficient resources for achieving the objectives specified; absence of a national health plan; shortage in the medical schools of specialists in manpower planning; absence of concrete objectives throughout the entire teaching process; lack of integration between the different health departments; the partitionment of the basic sciences, clinical medicine, and preventive medicine curricula; variations in the types of medical care provided in the different countries; orientation of the teaching process essentially toward intramural and hospital medicine; the extremely adverse environmental conditions to which the major part of the population is exposed.

PARTICIPACÃO DA UNIVERSIDADE NO PLANEJAMENTO DA SAÚDE (Resumo)

Neste trabalho passa-se em revista a forma pela qual se fundaram, na América Latina, na década de '60, os escritórios de planejamento e os correspondentes organismos setoriais, ao mesmo tempo em que se revisa a situação das diversas instituições nacionais relacionadas ao processo de planejamento das atividades de saúde. Destacam-se o papel que desempenha o Ministério da Saúde, o Instituto de Previdência Social e a Universidade, e o conflito de interesses que geralmente existe entre esses três organismos.

Assinalam-se, além disso, os fatores que impedem a Universidade de desempenhar o papel que lhe cabe no planejamento de recursos humanos em saúde. Entre eles: a Universidade não se interessa em cumprir determinadas metas ou não dispõe dos meios adequados para tanto, ou não existe um plano nacional de saúde; as escolas de medicina carecem de pessoal especializado em planejamento de recursos humanos; não existem objetivos concretos em todo o processo de ensino; não há integração entre as diversas faculdades de ciências da saúde; há dicotomia entre o ensino das ciências básicas, as clínicas e a medicina preventiva; diferem os tipos de serviços de medicina que prestam nos países; o processo de ensino dirige-se fundamentalmente à medicina em consultórios e intrahospitalar; e são muito desfavoráveis as condições ambientais para os setores majoritários da população.

PARTICIPATION DE L'UNIVERSITÉ À LA PLANIFICATION DE LA SANTÉ (Résumé)

Dans ce travail, l'auteur explique la façon dont les bureaux de planification et les organismes sectoriels connexes ont été créés en Amérique latine au cours de la dernière décennie, et il passe en revue la situation des diverses institutions nationales qui s'occupent du processus de planification des actions prises en matière de santé. Il souligne le rôle joué par le Ministère de la Santé, l'Institut de la Sécurité sociale et l'Université tout en indiquant les conflits d'intérêt qui opposent ces trois organismes.

L'auteur signale également les facteurs qui empêchent l'Université de remplir sa tâche dans le domaine de la planification des ressources humaines de santé, et notamment: le manque d'intérêt ou de moyens de l'Université pour réaliser des objectifs donnés; l'absence d'un plan national de santé; la pénurie de personnel spécialisé pour la planification des ressources humaines dans les écoles de médecine; l'absence d'objectifs concrets dans l'enseignement; le manque d'intégration entre les diverses facultés de la santé: la dichotomie qui existe entre l'enseignement des sciences de base, les cliniques et la médecine préventive; les divers types de médecine en vigueur dans les pays; le processus d'enseignement orienté essentiellement vers la médecine universitaire et hospitalière; un environnement très défavorable pour les principaux secteurs de la population.

Requerimientos de personal de salud en base a las características del trabajo

DR. WILLIAM A. REINKE ¹

En muchos países, la atención de la salud se ha basado en el concepto de programas especializados parciales para atender al grueso de la población, combinado con servicios integrales sofisticados para la minoría selecta. Cuando estos países han querido proporcionar servicios básicos de salud a toda la población, han tratado de imitar los sistemas clásicos de atención primaria centrados en el médico, que durante largo tiempo han servido como norma en el mundo más desarrollado; cualquier otro enfoque ha sido considerado como medicina de segunda categoría. La experiencia en este sentido ha sido en general poco satisfactoria, ya que los países en desarrollo generalmente son sociedades cuyos escasos recursos de salud, de personal y otros, se concentran en centros urbanos. Turquía, por ejemplo, tiene la cuarta parte del número de médicos por 1,000 habitantes que los Estados Unidos de América, y aproximadamente el 70% de los médicos ejercen en tres ciudades: Estambul, Ankara e Izmir. Además, el número de enfermeras activas en ese país es aún más reducido, lo que tiene como consecuencia que los médicos de las ciudades altamente especializados desperdicien mucho de su tiempo realizando funciones de enfermería, mientras que muchas áreas rurales continúan sin servicios médicos adecuados de ningún tipo. A pesar de estas circunstancias, los esfuerzos para estimular la migración de médicos a áreas rurales han tenido poco éxito.

Entre tanto, el aumento del costo de la atención médica en los países más desarrollados, especialmente en los Estados Unidos, junto con la dificultad de acceso a la atención primaria de cualquier costo para gran parte de la población, ha planteado interrogantes respecto a la validez de la norma mencionada anteriormente, aun en este medio. Está claro, por tanto, que la reevaluación de los sistemas para la atención de la salud en situaciones particulares es de suficiente preocupación general como para que se la reciba con el mismo interés en medios diferentes.

¹ Departamento de Salud Internacional, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland.

NECESIDAD DEL ANALISIS DE SISTEMAS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION DE LA SALUD

Es evidente que ha llegado la hora de desarrollar una metodología para el análisis integral de las necesidades de atención de la salud de la comunidad y de la planificación de los servicios de salud. Durante los últimos años, en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins nos hemos dedicado a esa investigación metodológica. En este trabajo se pretende, en primer lugar, resumir nuestro enfoque del problema, y luego revisar algunas de las implicaciones de nuestros descubrimientos para la planificación de personal de salud. Escogimos ciertas áreas rurales de la India como centro principal de nuestra investigación de campo porque habíamos trabajado en esa región anteriormente, y también porque era ilustrativa de la situación existente en otras partes, como América Latina, por ejemplo. La región demostró además tener la ventaja de ofrecer un ambiente relativamente simplificado para un análisis integral de sistemas, lo que, en el mejor de los casos, es un proceso complejo. En la India, las unidades de desarrollo comunal comprenden una población de 80,000 personas aproximadamente, y cada una está provista de un centro de salud pública y de subcentros asociados, organizados para prestar servicios de salud integrales preventivos y curativos. Por tanto, la estructura organizativa tiende a evitar la fragmentación de responsabilidades que caracteriza la situación en los Estados Unidos y hace tan difícil un genuino análisis de sistemas. En la práctica, sin embargo, la mayor parte de los servicios curativos en la India son proporcionados por personal que practica tanto medicina popular como aleopática (occidental). A pesar de que las condiciones rurales en la India son muy favorables para llevar a cabo un análisis de sistemas manejable y aún más integral, no dejan de ser pertinentes a las situaciones típicas de los países más desarrollados o en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud.

DISEÑO Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

En general, el objetivo principal de la investigación fue desarrollar una metodología para medir el nivel de las necesidades de salud de la comunidad y la utilización de los recursos como respuesta a estas necesidades. Esto, a su vez, llevó a la formulación de seis objetivos específicos de la investigación, a saber: 1) medir las necesidades de salud de la comunidad, tratando en especial de desarrollar una base más adecuada para establecer las prioridades entre ellas; 2) medir la cantidad y calidad

de los recursos de salud disponibles para programas de salud; 3) identificar la manera en la que los recursos de salud estaban integrados con los servicios de salud para satisfacer efectivamente la demanda de atención; 4) cuantificar las actividades específicas del personal de los centros de salud en los propios centros y en la comunidad; 5) definir alternativas convenientes y prácticas para la reorganización de los centros de salud en términos de prioridad de programas y descripción de cargos, y 6) identificar las implicaciones que tendrían las modificaciones en la descripción de tareas del personal de los centros de salud para la formación de profesionales y auxiliares.

Los primeros cuatro objetivos se refieren a la recolección sistemática y a la organización de la información para tomar decisiones de acuerdo con los dos últimos objetivos. Por tanto, uno de los productos principales de nuestra investigación ha sido el Sistema Generador de Información Funcional (Functional Information Generating System), el cual representa lo que consideramos como el conjunto mínimo de información sobre las necesidades y servicios de salud necesario para una evaluación integral y significativa.

Al desarrollar el marco de análisis para el estudio, se trató de evitar una clasificación de acuerdo a los patrones tradicionales, tales como "atención de enfermería" o "atención pediátrica". En vez de ello, se trató de identificar categorías funcionales, por ejemplo, áreas de responsabilidad, que se puedan examinar de manera relativamente independiente como subsistemas, sin reflejar preconcepciones emocionales de las funciones individuales. Después de considerable experimentación, se establecieron cinco categorías funcionales que se consideró representaban las principales áreas de responsabilidad operativa en la India: atención médica (curativa); atención preventiva, personal y maternal (salud maternoinfantil, planificación familiar, control de enfermedades transmisibles y salud ambiental (cuadro 1). Se identificaron otras categorías adicionales, incluyendo salud mental y educación general para la salud, pero se vio que estas no eran de gran importancia en el lugar donde se desarrolló el estudio.

Dentro de cada una de estas áreas funcionales, se cuantificaron las necesidades particulares, de manera que se pudieran reconocer al nivel comunal y, al mismo tiempo, fueran compatibles con la medición de unidades específicas de servicio. De esta forma se consideró, por ejemplo, el "número de personas vacunadas contra el sarampión durante los últimos tres años" y el "número de casas rociadas con insecticida en la última quincena". Además de la medición de unidades de servicios provistas en relación a su necesidad, se identificaron otras dos dimensiones de servicio. Primero, se registró por categorías el tiempo que se demora cada trabajador en realizar actividades específicas y después se

CUADRO 1—Marco para el análisis funcional de las necesidades de salud y servicios.

Necesidades	Funciones	Servicios						
		Unidades	Tiempo			Costo		
			Profesionales	Paramédicos	Auxiliares	Personal	Otros corrientes	Capital
	Atención médica (curativa)							
	Preventiva personal y maternal (Salud maternoinfantil)							
	Planificación familiar							
	Control de enfermedades transmisibles							
	Salud ambiental							
	Complementarios							
	Viajes							
	No productivos							

tomó en cuenta los diversos componentes de costos fijos o corrientes. Además de estos elementos de servicio directo, se tomó en cuenta la existencia de costos no específicos y la dedicación del tiempo del personal a actividades complementarias, viajes y quehaceres no productivos.

El marco analítico representado en el cuadro 1 requiere un panorama de la comunidad y un análisis de las actividades de los servicios de salud y de los costos. Aunque algunas de las informaciones se encuentran disponibles fácilmente en los registros periódicos, fue necesario establecer dos tipos especiales de encuestas: un estudio del estado de salud y de la utilización de servicios en la comunidad, y una muestra de actividades del tipo de ingeniería industrial. A pesar de que ninguno de estos tipos de encuesta es original, la manera en que se combinaron en el estudio merece una explicación más detallada.

Se seleccionaron cuatro unidades de desarrollo comunal para investigación en dos estados. Dentro de cada una de estas unidades se seleccionaron tres aldeas para encuestas de la comunidad, de manera que reflejaran diferentes grados de accesibilidad al centro de salud. Se seleccionaron al azar 25 hogares para llevar a cabo 26 entrevistas quincenales durante el curso de un año, con el objeto de determinar: 1) las características generales de la familia y de sus miembros residentes; 2) la incidencia y la naturaleza de las experiencias de morbilidad de los individuos durante las dos semanas antes a la entrevista; 3) la forma en que se procuraba la atención de la salud y los costos asociados con ella, y 4) el número y la naturaleza de los contactos con los servicios de salud en el período transcurrido desde la última entrevista.

Por medio de entrevistas repetidas se pudo establecer un perfil de las necesidades y acciones de salud a través de toda una enfermedad sin tener que depender de la memoria del informante. Sin embargo, para tomar en cuenta las posibles distorsiones que podrían registrarse en los hogares encuestados a través de los repetidos contactos del entrevistador, el mismo tipo de información se recolectó en una única entrevista que incluyó 120 hogares por aldea.

En el análisis de actividades hubo que distinguir entre las conducidas en el propio centro de salud y las que tuvieron lugar en el campo. En el primer caso, se hicieron observaciones instantáneas, intermitentes, a intervalos de dos minutos a través de todo el día de trabajo, determinando al azar cuál trabajador se observaría en un momento determinado. En el campo fue necesario que el observador permaneciera con un mismo trabajador todo el día, pero se encontró que era conveniente en este caso que también se usara el procedimiento de observación intermitente. Aparte de eso, el observador mantuvo un registro de todos los contactos de trabajadores con el servicio, de acuerdo con su tipo y lugar.

RESULTADOS ILUSTRATIVOS

En total se recolectaron datos de más de 60,000 personas-quincena a través de la encuesta de la comunidad y cerca de 40,000 observaciones del muestreo de trabajo para introducir las a la matriz de análisis presentada en el cuadro 1.

Para no continuar el análisis detallado del trabajo realizado, a continuación se presentarán sólo compilaciones ilustrativas como base para discutir el valor general y las implicaciones de la investigación en la sección siguiente. Ya que los resultados son algo diferente entre los dos estados estudiados, las tabulaciones se limitan a dos de las unidades bajo investigación en el Estado de Punjab. Debemos advertir que estos resultados parciales no pretenden ser representativos de ese estado en su totalidad, sino servir únicamente para ilustrar la metodología utilizada.

DISTRIBUCION DE ESFUERZOS Y FUNCIONES DEL PERSONAL

En el cuadro 2 se ilustra la forma en la que el personal de los centros de salud dedica su tiempo a servicios y a otras actividades. Se encontró que el tiempo dedicado a actividades directamente relacionadas con servicios era menor de la mitad que el dedicado a actividades complementarias y representaba menos de una sexta parte del total de tiempo de trabajo. Podría añadirse que los "registros e informes" que componen las actividades complementarias en sí no representan más tiempo que todas las actividades directamente relacionadas con servicios.

Dentro de la categoría de servicios directos a que se refiere el cuadro 3, la función más importante del centro de salud fue el control de enfermedades transmisibles, mientras que la salud ambiental aparecía

CUADRO 2—Asignación de esfuerzos a actividades de servicio directo y a otras actividades por el personal de dos centros primarios de salud en Punjab, India.

Categoría de actividad	Esfuerzos (porcentajes)
Servicio directo.....	15.5
Complementario.....	33.3
Viajes.....	21.3
No productivo.....	29.9
Total.....	100.0

CUADRO 3—Distribución de los esfuerzos de servicio directo entre funciones por el personal de dos centros primarios de salud en Punjab, India.

Función	Esfuerzos (porcentajes)
Atención médica.....	23
Salud maternoinfantil.....	10
Planificación familiar.....	20
Control de enfermedades transmisibles.....	46
Salud ambiental.....	1
Total.....	100

virtualmente relegada. Es interesante anotar que las actividades de servicios curativos representaron menos de una cuarta parte del total de los esfuerzos de los servicios de los centros de salud.

Considerando más específicamente la función individual de los trabajadores (cuadro 4), emergen varias pautas significativas. Se encontró que la provisión de servicios curativos representa una responsabilidad conjunta por parte del farmacéutico, la auxiliar de enfermería-partera, el practicante, y la partera local, además de la responsabilidad del médico. Por el contrario, el control de enfermedades transmisibles, a pesar de ser importante en el cuadro general, era del dominio casi exclusivo de los trabajadores básicos de salud y de los técnicos de laboratorio. Es interesante notar que es la auxiliar de enfermería-partera (y no el médico) quien sirve como trabajador básico de salud para muchos propósitos y contribuye de manera importante en los servicios curativos, preventivos y de planificación familiar. Finalmente, el centro de salud se perfiló como una institución para servicios de atención médica, mientras que las demás funciones, incluyendo la atención médica, se proveen en el campo.

LA FUNCION DEL CENTRO DE SALUD

La encuesta de la comunidad resultó especialmente informativa en lo que respecta a la función de atención médica, en parte porque recogió datos sobre la atención proporcionada fuera del sistema de centros de salud. La base de la población de la comunidad, para propósitos del análisis, comprendía el total de personas-quincena "en riesgo"; por ejemplo, el total de historias personales durante dos semanas, obtenidas a través de entrevistas. Un elemento principal del análisis resumido en el cuadro 5 fue una compilación en tres pasos de los resultados, comen-

CUADRO 4—Servicios prestados a diversas funciones por categoría de personal, basado en dos centros primarios de salud en Punjab, India.

Categoría de personal	Distribución (porcentajes)				
	Atención médica	Salud materno infantil	Planificación familiar	Control de enfermedades transmisibles	Salud ambiental
<i>Centro de salud</i>					
Médico.....	16.0	1.0	2.6	0	0
Enfermera.....	3.6	0.7	0.6	0	0
Farmacéutico.....	25.2	0.2	1.4	0	0
Practicante.....	13.9	0	0.5	0	0
Técnico de laboratorio.....	1.7	0	4.0	10.7	0
Empleado.....	0	0	4.4	0	0
Total del centro de salud . . .	60.4	1.9	13.5	10.7	0.0
<i>Campo</i>					
Médico.....	0.3	0.5	0.7	0.5	0
Visitadora de salud.....	3.8	16.0	12.9	0.9	0
Auxiliar de enfermería-partera.....	24.1	61.4	21.8	2.0	0
Partera local adiestrada.....	9.8	18.6	7.4	0.2	0
Inspector de salud.....	0.5	0.3	0.7	2.8	40.0
Educador extensionista de la unidad comunal.....	0.1	0.7	13.8	0.2	5.6
Trabajador en planificación familiar.....	0.5	0.6	26.1	0.3	0
Trabajador básico de salud.....	0.5	0	3.1	82.4	54.4
Total campo.....	39.6	98.1	86.5	89.3	100.0
Total general.....	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

zando con la determinación de la proporción de personas-quincena con morbilidad. En la segunda etapa se determinó un número de casos de morbilidad (problema) que implicaron consultas con el personal. Finalmente, se estableció el número de visitas hechas por aquellos que fueron consultados. En cada una de las dos últimas etapas se hizo una diferenciación entre la atención proporcionada en el centro de salud y la proporcionada en otro lugar.

Como se ve en el cuadro 5, hubieron 8,360 problemas-quincena en un total de 30,533 personas-quincena "en riesgo" en Punjab; lo que da un total de 274 problemas-quincena por 1,000 personas-quincena. De

CUADRO 5—Análisis de información sobre la comunidad referente a morbilidad y utilización de los servicios de atención de salud; basado en tres aldeas de dos unidades de desarrollo comunal en Punjab, India.

Información sobre la comunidad	No. de casos			Razón por 1,000		
	Unidad A	Unidad B	Ambos	Unidad A	Unidad B	Ambos
Personas-quincena en riesgo.....	15,692	14,841	30,533			
Problemas-quincena.....	3,882	4,478	8,360	247	302	274
Total de consultantes.....	748	1,314	2,062	193	293	247
Centro primario de salud.....	119	301	420	31	67	50
Otros.....	629	1,013	1,642	162	226	197
Consultantes al centro de salud por 1,000 consultantes a otros...				189	297	256
Total de visitas.....	1,512	3,289	4,801	2,021	2,503	2,328
Centro primario de salud.....	312	737	1,049	2,622	2,449	2,498
Otros.....	1,200	2,552	3,752	1,908	2,519	2,285

las 8,360 problemas-quincena, 2,062 requirieron consulta del médico o del trabajador de salud, lo que significaría que 247 de cada 1,000 casos problema recibieron atención. De ellos, 50 fueron atendidos en el centro de salud, mientras que otros 197 se refirieron a otras fuentes de atención. Por tanto, sólo 256 eran consultas del centro de salud, en comparación con 1,000 consultas de otro tipo. Los 2,062 consultores hicieron 4,801 visitas, o sea un promedio de 2.3 visitas por consultor.

Este enfoque segmentado fue de gran utilidad para interpretar las diferencias del área. Observamos, por ejemplo, que la Unidad B de Punjab generaba el doble de contactos de servicio (3,289) que la Unidad A (1,512), pero al comienzo no se entendía si eso se debía a que la población de la Unidad B sufría más enfermedades, si las personas de esa área eran más propicias a procurar atención, o si aquellas que procuraban atención utilizaban los servicios de salud de manera más completa. Al revisar las tasas producidas por el análisis, pudimos determinar que cada uno de los factores enumerados tenía su importancia; sin embargo, la tasa de consultas entre unidades parecía tener un significado especial. Esto se debió, hasta cierto punto, a que el centro de salud de la Unidad B era mucho más concurrido que el de la Unidad A. Sin embargo, ninguno de los dos centros proporcionó ni siquiera una cuarta parte del total de los servicios curativos prestados a la población "en riesgo". Al combinar esta información con la que se registra en el cuadro 3 llegamos a la conclusión de que el papel principal de los centros de salud no se caracteriza por funciones curativas; estas funciones en su mayor parte son desempeñadas por personal local no calificado.

APLICACION DE LA METODOLOGIA

Evaluación rutinaria de las actividades de servicio

El trabajo de campo de la investigación que se acaba de resumir ya terminó, y se ha establecido un sistema de información eficiente y un diseño de estudio para su aplicación administrativa rutinaria. Este diseño simplificado del estudio permite que cinco investigadores trabajen dentro de alguna unidad estatal o provincial de planificación y evaluación de servicios de salud para recolectar el mínimo de información necesaria en unas pocas semanas, y organizar la información dentro de un marco funcional para fines analíticos. La unidad de planificación y evaluación de los servicios de salud pública de Punjab está aplicando actualmente el sistema simplificado, en base experimental, en un distrito de un millón de habitantes. Si la información necesaria se puede obtener dentro de un marco administrativo rutinario, lo que parece ser

probable, se obtendrá un informe sobre la situación actual de las necesidades de salud y la manera en que los miembros del equipo de salud están respondiendo a esas necesidades. Por otra parte, una actualización periódica permitirá evaluar los efectos de los cambios producidos por la reorganización de las responsabilidades y por el perfeccionamiento de los métodos de adiestramiento y de supervisión.

Evaluación e innovaciones

Es apropiado hacer un examen más detallado del valor del análisis funcional de las innovaciones de los servicios de salud, teniendo en cuenta que al enunciar nuestros objetivos llamamos la atención sobre el desarrollo y experimentación de patrones alternativos para proporcionar atención de la salud y para el adiestramiento de personal. En particular, a continuación describimos dos proyectos de demostración organizados con este propósito.

El estudio de Punjab. Este estudio es de especial importancia en este contexto, ya que en ese lugar pudimos aplicar el enfoque de análisis funcional de manera más directa. El proyecto tiene dos componentes.

En el primero desarrollamos un programa especial de cuidado infantil y de suplementación nutricional, con el propósito de mejorar el estado nutricional de los niños más pequeños, especialmente durante el período del destete, para reducir los niveles de morbilidad y, particularmente, la incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas. Ya que se sabe que el mal estado nutricional contribuye al riesgo de infección y, más aún, que la infección perjudica el estado nutricional, se examinó el impacto de las combinaciones alternativas de cuidado infantil y servicios nutricionales.

Los componentes del segundo proyecto se refieren a la integración de los servicios maternos, de cuidado infantil y de planificación familiar. Aquí, nuevamente, enfrentamos una interacción. El saber que se puede mejorar la salud y las probabilidades de vida de esos niños, posiblemente hace que los padres aspiren a limitar el tamaño de sus familias. El espaciamiento de los hijos puede contribuir a la salud y al bienestar, tanto de la madre como de los hijos ya nacidos.

A pesar de que existe la necesidad de examinar los grados de efectividad que se obtienen de servicios alternativos, esto no es suficiente, ya que los recursos necesarios para conseguir los resultados deseados sobrepasan la capacidad para su implementación rutinaria. Se han tenido que controlar los requerimientos de personal y de otros insumos, utilizando la medición del trabajo y los enfoques analíticos comprendidos en la metodología del análisis funcional. Sin embargo, en este caso ha sido necesario identificar por separado los elementos requeridos exclu-

sivamente para investigación y demostraciones, y aquellos que se continuarían necesitando para proveer servicios de manera rutinaria.

Basándose en los resultados de este proyecto, se han elaborado las descripciones de cargos apropiadas junto con los manuales de adiestramiento y de supervisión, y los procedimientos operativos correspondientes. La responsabilidad básica para proveer servicios ha sido asignada a un trabajador de salud familiar especialmente adiestrado y que se encuentra a nivel de la auxiliar de enfermera-partera. A diferencia de esta, cuyo adiestramiento se basa principalmente en el hospital, el trabajador de salud familiar es adiestrado en la comunidad para diagnosticar y tratar enfermedades menores, así como para proveer servicios preventivos y de planificación familiar. Hay gran necesidad de este tipo de trabajadores, según se deduce del gran número de pedidos que hemos recibido para los manuales y otra información acerca del programa.

El estudio de Nigeria y la delegación de funciones. El segundo proyecto se refiere a un programa de atención infantil establecido por el Ministerio de Salud en Lagos, Nigeria, para menores de 5 años que vivan en un área geográfica definida de la ciudad. En un principio, todos los niños que asistían a la clínica eran atendidos por los médicos del Ministerio; sin embargo, el volumen de pacientes creció tanto que el reducido número de médicos no alcanzó a dedicarle el tiempo adecuado a cada paciente; consecuentemente, hubo que considerar otras alternativas. Como resultado, varias enfermeras tuvieron que actuar como enfermeras practicantes (Nurse practitioners) y la mitad de los pacientes que llegaban fueron asignados al azar a ellas; los médicos continuaban haciendo diagnósticos y tratando a la otra mitad de los pacientes, además de atender casos más serios y referirlos después a las enfermeras.

Durante este período experimental, la preocupación principal del Ministerio era asegurar que la condición del grupo de pacientes atendido por las enfermeras no fuera peor que la del grupo control. Esto se determinó por medio de visitas a los hogares de los pacientes, realizadas por investigadores independientes 48 horas después de la visita a la clínica. Se verificó así la calidad de la atención de la enfermera practicante, y se implementaron los procedimientos operativos estándar para sus actividades. El programa ha sido tan exitoso que ha recibido el visto bueno del Gobierno para que se aplique en clínicas de todo el país, para menores de cinco años. Esto es importante en Nigeria, donde el número de enfermeras y parteras adiestradas es muchas veces mayor que el número de médicos.

Un médico americano que participó en este programa, al regresar a los Estados Unidos ha asumido la responsabilidad de desarrollar los

servicios pediátricos en una área subprivilegiada en la ciudad Nueva York, y ha podido transferir mucho de su experiencia en Nigeria al medio donde trabaja actualmente, donde se ha concentrado de manera similar en el papel de la enfermera practicante.

SIGNIFICADO DE LA METODOLOGIA PARA LA PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Al considerar el significado que tiene la metodología mencionada para la planificación de recursos humanos para la salud, debe citarse una reciente conferencia de la Organización del Tratado Central, en Estambul, sobre metodología para planificación de la salud, en la que se señalaron las lagunas de información de mayor importancia que actualmente obstaculizan una planificación efectiva. Importancia prioritaria se le dio a la información sobre recursos humanos. Sin embargo, en el informe de la conferencia se especificó claramente que no se prestó mayor atención a la información numérica respecto a cantidades de personal de salud disponible en las distintas categorías, ni al número de instituciones de adiestramiento. Se discutieron problemas más sustantivos y cualitativos, tales como el contenido de las tareas desempeñadas por cada categoría de personal, el desempeño de los trabajadores en relación a los requisitos de servicio, el marco institucional organizativo dentro del cual se proporcionan servicios, y el nivel de competencia del personal con relación al potencial de adiestramiento.

De aquí se deriva la necesidad de definir el trabajo a efectuar dentro de las actividades de los servicios de salud. Para que ese análisis de tareas tenga algún significado, debe ser detallado y específico y, por tanto, debe realizarse exactamente en el sitio donde se proporcionarán estos servicios en respuesta a necesidades básicas, como por ejemplo, a nivel de la comunidad y de los centros de salud.

Después del análisis de tareas, deben tomarse algunas decisiones acerca de la asignación de responsabilidades a trabajadores con funciones únicas o múltiples. Consecuentemente, deben determinarse las relaciones de supervisión más apropiadas. Estas decisiones generalmente deben tomarse dentro de las limitaciones de escaso personal y de poca competencia profesional. Por una parte, esto sugiere la necesidad de desarrollar un trabajador para una actividad con propósito único, que tenga un alto grado de especialización en una área limitada. Por otra parte, sin embargo, el escaso personal disponible hace prohibitivo el lujo de una organización compleja y altamente especializada, especial-

mente en áreas de poca población. De ahí que haya que pensar en el desarrollo de trabajadores con funciones múltiples, que sean adaptables a una variedad de servicios simples.

Sin embargo, cualquiera que sea la combinación de personal más adecuada para una área específica, es esencial que se disponga de descripciones de cargos bien definidas, junto con manuales de operaciones detallados y patrones de supervisión claramente especificados. Los trabajadores a nivel auxiliar, que formarán el grueso del sistema de atención de la salud, podrían ser muy productivos y competentes si supieran exactamente lo que se espera de ellos dentro de su esfera de competencia, y cómo deben tratar los problemas fuera de esa esfera. Tales determinaciones podrán hacerse de manera adecuada solamente después que se haya realizado un análisis de funciones.

Finalmente, sólo con un programa de adiestramiento efectivo que pueda ser continuado a través de una supervisión igualmente efectiva pueda esperarse poner en práctica lo mencionado anteriormente. Los médicos y otro personal que desempeñen responsabilidades de supervisión deben ser adiestrados para ser jefes, tanto de nombre como de hecho, y deben ser capaces de equilibrar sus funciones de supervisión con sus responsabilidades clínicas. El adiestramiento, especialmente a nivel de auxiliar, debe limitarse al desarrollo de ciertas capacidades específicas. Una vez más, el análisis de funciones es esencial para asegurar este grado de eficiencia.

Un análisis funcional efectivo proporciona a un costo mínimo la información necesaria respecto a las necesidades de salud y las actividades de servicio requeridas para responder a ellas. Además, la información se obtiene allí donde se puede utilizar de manera más efectiva para tomar decisiones racionales acerca de la organización de los servicios, asignación de tareas y, consecuentemente, el desarrollo de programas de adiestramiento.

RESUMEN

Este trabajo da cuenta de las investigaciones realizadas en Punjab, India, y en Nigeria, por la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins con el fin de desarrollar una metodología para medir las necesidades de salud de una comunidad y determinar la utilización de los recursos humanos en los programas de salud de acuerdo a la situación real del país. Trata de demostrar que la atención de la salud basada en el concepto de programas especializados parciales para atender al grueso de la población, combinada con servicios integrales sofisticados para la minoría selecta, imitando a sistemas clásicos de atención, es in-

operante y plantea serios interrogantes respecto a la validez, aún en países como los Estados Unidos de América.

Se informa sobre el diseño de las investigaciones y los resultados alcanzados con ellas. Se destaca el significado que tiene la metodología seguida para la planificación de recursos humanos en salud y se analizan los resultados relativos a la distribución de esfuerzos y funciones de personal y la función del centro de salud.

HEALTH MANPOWER REQUIREMENTS ON THE BASIS OF JOB CONTENT (*Summary*)

A brief description is given of studies conducted in Punjab, India, and in Nigeria by the School of Public Health of Johns Hopkins University for the purpose of devising a methodology to measure a community's health needs and determine the optimum utilization of manpower in health programs according to the actual situation in each country. It is pointed out that health care based on the concept of partial, specialized programs for the great majority of the population and sophisticated comprehensive programs for a select minority, as in traditional care systems, is ineffective and quite possibly invalid even in countries like the United States of America.

The design of the studies is explained and the results summarized. Attention is called to the importance of the methodology used in health manpower planning. The findings regarding the role of the health center and the distribution of work and personnel duties are discussed.

NECESSIDADES DO PESSOAL DE SAÚDE EM FUNÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO (*Resumo*)

Este ensaio relata a pesquisa feita no Punjab, Índia, e na Nigéria, pela Escola de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins com a finalidade de criar metodologia para medir as necessidades de saúde de uma comunidade e determinar a utilização dos recursos humanos nos programas de saúde segundo a situação real do país. Busca demonstrar que a atenção da saúde baseada no conceito de programas especializados parciais, para atender o grosso da população, combinada com serviços integrados e sofisticados para uma seleta minoria, imitando os sistemas clássicos de atenção, é inoperante e provoca sérias dúvidas quanto à sua validade, mesmo em países como os Estados Unidos da América.

O trabalho informa sobre a organização da pesquisa e sobre os resultados alcançados. Destaca o significado que tem a metodologia seguida para a planificação dos recursos humanos em matéria de saúde e analisa os resultados quanto à distribuição de esforços e funções do pessoal e a obra do centro de saúde.

LES BESOINS DE PERSONNEL DE SANTÉ EN FONCTION DU TRAVAIL
(Résumé)

Le présent travail rend compte des recherches effectuées au Punjab (Inde) et au Nigeria par l'Ecole de santé publique de l'Université Johns Hopkins en vue de mettre au point une méthode permettant d'évaluer les besoins de santé d'une collectivité et de déterminer l'utilisation des ressources humaines dans les programmes de santé d'après la véritable situation du pays. Il essaie de prouver que la prestation médicale fondée sur le concept de programmes spécialisés partiels pour la plus grande partie de la population et de services complets et perfectionnés pour une minorité sélectionnée—à l'image des systèmes traditionnels de soins—est inopérative et soulève de sérieuses questions quant à sa validité, même dans des pays comme les Etats-Unis.

L'auteur décrit la conception même des travaux réalisés et les résultats obtenus. Il souligne l'importance que revêt la méthode suivie pour planifier les ressources humaines de santé et analyse les résultats relatifs à la distribution des efforts et fonctions du personnel ainsi qu'au rôle joué par le centre de santé.

Sistemas de información sobre recursos humanos para la salud

SR. J. A. MORAN¹

Para los fines de este trabajo, se definirá un sistema de información como la acumulación sistemática de observaciones a las cuales se tiene acceso sin dificultad y de una manera lógica. Por ejemplo, el directorio telefónico—que es una lista (acumulación) de todos los números de una o varias centrales telefónicas en el que por el nombre de una persona se puede averiguar su teléfono o su dirección—es un sistema de información básico en el cual los datos que se desean obtener son simples.

Aparte de su simplicidad o complejidad, lo más importante en cualquier sistema de información—bien sea manual, mecánico o electrónico—es su eficiencia. El sistema debe ser capaz de cumplir la función para la cual fue diseñado. Hay muchos tipos de sistemas de información, variando en complejidad desde el ejemplo del directorio telefónico hasta los complejos sistemas de computadoras que usan hoy día las compañías de aviación para llevar sus registros de horarios, reservaciones, etc.

Este trabajo se refiere principalmente a la experiencia del Canadá en el desarrollo de un sistema de información sobre recursos humanos para la salud, el cual está ubicado en un punto intermedio entre los extremos mencionados.² El sistema se está diseñando primordialmente como un instrumento estadístico y no con fines de rutina administrativa. Esto último necesita un método que permita la obtención inmediata de registros individuales, cuyo costo resulta mucho mayor que sus beneficios, por lo que no se le consideró apropiado en este caso. El sistema se está desarrollando para análisis estadísticos, tales como alimentación de datos para modelos econométricos del sistema total de prestaciones de salud, proyecciones de oferta y demanda para grupos ocupacionales, estudios de programas educacionales para grupos ocupacionales, identificación de áreas subatendidas en relación con la oferta

¹ División de Salud y Bienestar, Estadísticas del Canadá, Ottawa, Canadá.

² El trabajo comenzó en 1970, y aún está en marcha.

de los grupos ocupacionales, estudios de migración del personal de salud, etc.

Un sistema bien diseñado de información sobre recursos humanos para la salud debe ser capaz de proporcionar datos tabulados acerca de los grupos componentes del mismo y también de establecer nexos entre ellos. Para lograr esto último es imprescindible que las referencias temporales y las localizaciones geográficas sean comunes a todos los registros. Manteniendo constante la ubicación geográfica y estableciendo una referencia definida en el tiempo, es también posible usar los registros del sistema en estudios analíticos en los que otras fuentes de datos sirven de alimentación (datos de morbilidad, de censos, de hospitales, etc.).

En el Canadá se produjo un asombroso incremento en los gastos de personal de salud en la última década. Los gastos del sector salud representaron el 3.81% del producto bruto nacional en 1960 y el 5.19% en 1970 (un aumento del 36% durante ese período).³ Como los recursos del país son consumidos cada vez más por el componente de "personal" de salud, es un principio generalmente aceptado que el Gobierno y el sector privado deben obtener la máxima productividad de los gastos en el cuidado de la salud. Esa política depende de un proceso adecuado de planificación y decisión, lo cual a su vez depende de la exactitud de los datos. Una fuente de datos para la realización de estudios al respecto se obtiene a través del sistema de información sobre recursos humanos para la salud, el cual ofrece información actualizada sobre una gran variedad de características socioeconómicas de los distintos grupos ocupacionales en este sector.

La responsabilidad por la creación y puesta en marcha del sistema ha sido encomendada a Estadísticas del Canadá, Oficina Central de Estadística del Gobierno. Sin embargo, la alimentación del sistema viene en gran medida de los "organismos usuarios", tales como Salud y Bienestar del Canadá, departamentos provinciales de salud, asociaciones técnicas o profesionales, etc.; así se asegura que el sistema satisfaga sus necesidades específicas. El servicio se basa en su mayor parte en los documentos administrativos de los organismos que otorgan licencias para trabajar en alguna rama del campo de la salud. En tales circunstancias, es indispensable que haya un flujo libre de información entre Estadísticas del Canadá, como organismo responsable del desarrollo del sistema de información, los organismos que otorgan licencias, y las asociaciones proveedoras de la información, así como también entre los usuarios. Todos los datos actualizados son recolectados a través de una

³ Research and Statistics Memorandum, Health and Welfare, Canada; Expenditures on Personal Health Care in Canada, 1960-1970. Diciembre de 1971.

encuesta por correo. Como la tasa de movilidad de la población es muy alta, es imprescindible la constante revisión de las listas de distribución, para lo cual Estadísticas del Canadá depende de la información periódica sobre cambios de direcciones proporcionados por los organismos o asociaciones que otorgan licencias. Estos organismos deben informar respecto a los nuevos miembros a los que han otorgado licencia. Sin ese intercambio de datos y sin la cooperación que ello implica, sería imposible construir un sistema de información sobre recursos humanos para la salud.

En encuestas donde la totalidad de la muestra puede ser ubicada mediante registros administrativos, tales como licencias o listas de miembros de asociaciones profesionales, no parece lógico intentar una encuesta anual. Es mucho más sensato, desde el punto de vista del costo y del tiempo invertido, llevar a cabo una encuesta de actualización. No es necesario la recolección anual de datos estáticos, ya que esto es una pérdida de tiempo y de recursos y probablemente crea resistencia en la persona encuestada. Se deben recolectar sólo los datos considerados dinámicos o variables. Por ejemplo, si se ha encuestado un grupo ocupacional seleccionado y se ha obtenido la información correspondiente a sexo, lugar y fecha de nacimiento, lugar y fecha de su graduación profesional, tipo de educación superior, cargo que ocupa, campo de trabajo y lugar de empleo de cada individuo, resulta una duplicación obvia el solicitar la misma información básica en sucesivas encuestas, pues esos datos no cambiarán, son estáticos (esto es, asumiendo que inicialmente fueron notificados en forma correcta y si tenemos la capacidad técnica, podemos usarlos por un cierto período de tiempo). Por lo tanto, para cualquier registro individual, sólo habrá que recolectar periódicamente los datos dinámicos y mantener al día el fichero básico de elementos no variables. Procediendo así hay un ahorro sustancial de recursos en el mantenimiento de los registros, en la codificación de las operaciones y en el procesamiento de los datos, así como también una significativa ganancia de tiempo. La desventaja de un fichero actualizado consiste en que el mismo es personal, no anónimo, lo cual hace necesario que se establezcan las medidas necesarias para garantizar cierta seguridad en cuanto a su uso.

Por regla general, algunos de los trabajadores de salud—si no todos—están obligados por ley a obtener una licencia de un organismo gubernamental o de una institución reguladora para ejercer su ocupación. Para aquellos grupos a los cuales esto no es aplicable, casi siempre existen asociaciones técnicas o profesionales en las cuales la inscripción es voluntaria después de haber obtenido la primera calificación como técnico o profesional. Este grupo es el que presenta mayores problemas de cobertura en las encuestas por correo, ya que son personas calificadas

que trabajan en la "industria de la salud" sin haber obtenido licencia ni ser miembros de una asociación profesional. Esta área de baja cobertura constituye por sí sola tema para un estudio completo, pero para los fines de este trabajo sólo se señalará la existencia del problema, que deberá ser resuelto.

El punto de partida para una encuesta debe ser el organismo que otorga licencias o la asociación profesional. La mayoría de los registros administrativos contendrán todos los elementos "estáticos" de la información, así como otros acerca de cada persona que obtenga la licencia o cada miembro. Es posible que dichos registros no incluyan datos esenciales, tales como denominación del cargo, campo de trabajo, nivel educacional más alto alcanzado, horas y semanas trabajadas, etc. En realidad no hay necesidad de incluir en una encuesta preguntas acerca de datos estáticos si estos pueden ser obtenidos rápidamente de registros administrativos. Si se quiere que una encuesta por correo sea exitosa, el cuestionario debe referirse sólo a aquello que no es obtenible por otros medios; las preguntas repetidas crean resistencia en los encuestados. Los registros administrativos son verificados por evidencias cruzadas en el momento en el que son elaborados; por ejemplo, los datos sobre educación o adiestramiento son verificados por medio del certificado o diploma adjudicado por una escuela, universidad, etc. La metodología óptima para las encuestas pareciera ser una combinación de registros administrativos y las tradicionales encuestas por correo. La combinación de ambas fuentes eliminará la recolección de información redundante y reducirá así la resistencia de los encuestados, evitando además los procesamientos innecesarios.

Esta metodología ha dado resultados prometedores en una encuesta sobre técnicos radiólogos, y se adoptará para la revisión de la Encuesta Anual de Enfermeras Registradas en el Canadá (debido a la falta de recursos requeridos para tener acceso a los registros administrativos, en el cuestionario inicial de la encuesta se solicitarán datos estáticos).

Las listas de distribución constituyen la parte más importante de cualquier encuesta por correo. La experiencia ha demostrado que esas listas pierden actualidad muy rápidamente, pues los cambios de dirección oscilan entre 20 y 60% por año. Por lo tanto, es indispensable que las listas de las encuestas por correo se actualicen periódicamente. Generalmente los organismos que otorgan licencias y las asociaciones profesionales son notificados de los cambios de dirección de sus miembros como un requisito para mantener la licencia o para recibir literatura, etc. En esos casos debe existir comunicación estrecha entre el organismo que otorga licencias o la asociación por una parte y la institución que realiza la encuesta por la otra.

En las encuestas por correo se presenta el problema de las personas que no responden, bien sea las que no devuelven el cuestionario o las que lo contestan sólo parcialmente. En el primer caso, la incorporación del cuestionario estadístico a los documentos necesarios para obtener la licencia o la inscripción generalmente elimina este problema (esto depende, desde luego, de la actitud de los organismos que otorgan licencias y las asociaciones profesionales, ya que algunas veces están dispuestos a renovar licencias o inscripciones sin exigir una solicitud de renovación). En cuanto al segundo caso, no hay una forma realmente efectiva de eliminar la falta de respuesta a las preguntas de un cuestionario bien diseñado. Es cierto que existe la posibilidad de intentar que se complete la información por medio de llamadas telefónicas y entrevistas personales, pero los costos que implican ambas medidas sobrepasan en mucho los posibles beneficios. Sin embargo, se debe utilizar algún método para hacer los ajustes que imponen la falta de respuesta. La mayor parte de la información que habitualmente se recolecta es de naturaleza cualitativa, lo cual complica aún más el problema. En los registros administrativos hay cierta información que pudiera ser usada para compensar la falta de respuesta en los cuestionarios; por ejemplo los datos referentes a localización, sexo, fecha de nacimiento y educación básica.

Existen varios métodos para la estimación, tales como la estimación por correlación, la estimación de acuerdo con la distribución al azar, la estimación por valores de la tendencia central, etc. Cualquiera que sea la metodología seleccionada, siempre habrá cierto grado de error en la información, por lo cual es recomendable examinar los datos para establecer el impacto de la estimación sobre los mismos, calcular las estimaciones de variables, etc.

También se deben revisar los registros para identificar errores de información o procesamiento. Esa revisión por lo general implica establecer rangos entre los cuales cada dato debe ubicarse, así como la correlación entre diversos campos de información. Algunos registros no pasarán esta serie de revisiones y deberán ser cambiados manual o automáticamente. Aunque esto último es preferible, es deseable retener en el registro la información original o contar con algún medio de identificar en qué campo de información ha sido estimado, a fin de analizar el impacto de tal estimación sobre los datos. Después de someter el registro a las revisiones y estimaciones necesarias—manual, mecánica o electrónicamente—el mismo deberá estar listo. Muchos de los datos mencionados se prestan al procesamiento electrónico por computadora y, en algunos casos, al procesamiento mecánico; intentar resolver el problema manualmente puede resultar muy lento y, en algunos casos, imposible. Una vez completado, el registro de datos servirá para

producir tabulaciones cruzadas, y una serie de tales registros para un período de tiempo podrá ser utilizada para generar información longitudinal.

FACTIBILIDAD

Como se ha señalado, el desarrollo de un sistema de información sobre recursos humanos para la salud depende de una gran variedad de fuentes de datos, ya que estos se obtienen a través de los registros administrativos correspondientes a cada grupo ocupacional, a los miembros de asociaciones profesionales y a los portadores de licencias. Si no se cuenta con la total cooperación y comunicación de las fuentes de información del organismo administrativo correspondiente, la encuesta pierde sentido.

Antes de intentar el diseño y establecimiento de un sistema de información, es necesario tomar en cuenta el tamaño del universo de población a ser encuestado en relación al tiempo que se espera que el sistema sea útil. Es esencial la estandarización de la información recolectada para cada grupo ocupacional si se desea que cada uno de ellos encaje dentro del marco general de referencia del sistema de información.

COSTOS

Al analizar este factor, se deben tomar en cuenta dos categorías: los costos fijos y los variables. El componente mayor de los costos fijos es el costo de establecimiento del sistema, el cual comprende el análisis preliminar de la metodología, la programación del diseño del sistema, la documentación y los instrumentos. La experiencia del Canadá ha demostrado que habitualmente se utiliza un promedio de 0.3 hombre/año en el desarrollo de cada encuesta sobre recursos humanos en salud. Este promedio se basa en los sistemas de procesamiento para dos grupos ocupacionales específicos—fisioterapeutas y técnicos radiólogos—cuyas características son muy diferentes. En tales circunstancias, muy poco del sistema de procesamiento resulta común para ambas encuestas y, naturalmente, eso incrementa los costos. Otros costos fijos (diseño de cuestionarios, costos operativos de la encuesta, etc.) son relativamente menores.

Entre los costos variables, los de recolección y procesamiento de la información constituyen el mayor porcentaje del total. Los primeros varían de acuerdo con el tamaño del universo y el procedimiento de actualización que se adopte, en tanto que los de procesamiento depende-

rán del grado de sofisticación empleado y del equipo de computación utilizado para procesar los datos cruzados.

SISTEMAS DE INFORMACION SOBRE ESTUDIANTES

La diferencia básica entre un sistema de información sobre recursos humanos y un sistema de información sobre educación y adiestramiento provisto por universidades, colegios o escuelas para ocupaciones de la salud, consiste en que el primero es una encuesta de individuos en tanto que el último es por lo general una encuesta institucional.

Los datos pueden obtenerse de los registros de cada instalación sobre una base individual o de grupo y pueden ser manuales o producidos por computadoras. Algunos son esenciales para hacer una estimación confiable del suministro futuro de recursos humanos. Entre ellos están los siguientes: sexo, fecha de nacimiento, dirección permanente, curso de estudio, fecha prevista para la graduación y tipo de calificación. En los casos en que los estudiantes reciben su adiestramiento en el exterior, con becas u otros mecanismos de financiamiento, debiendo regresar a su país de origen al completar sus estudios, los registros administrativos del país que financie esos programas deben incluir esta información.

El registro del sistema de información sobre recursos humanos en salud, conjuntamente con el correspondiente registro educacional, puede ser usado para proyectar la oferta futura de un determinado grupo ocupacional. Desde luego, habría que hacer los ajustes que imponen los movimientos migratorios, la mortalidad, el abandono de la carrera, etc.

Una vez que el sistema de información educacional ha sido básicamente construido, sólo requiere ser actualizado periódicamente. Esto implica que la información referente a finalización de cursos, aplazos, abandono de estudios, y nuevas inscripciones debe ser incluido en el registro. También en este aspecto debe haber una estrecha comunicación entre los que realizan las encuestas y las instituciones correspondientes.

El costo de la recolección y el procesamiento de los datos debe ser mucho menor que los de una encuesta individual, ya que hay pocos encuestados. Además, los datos vienen en forma global, lo que exige menor tiempo y esfuerzo en su revisión.

El sistema de información de recursos humanos en salud a que nos hemos referido, establece los recursos existentes junto con el sistema de información sobre estudiantes—a más de los factores de inmigración,

emigración, abandono de la carrera, etc.—y puede ser utilizado para hacer estimaciones de la oferta futura por grupos ocupacionales en el campo de la salud.

Para determinar la oferta óptima de recursos humanos para la salud debe establecerse previamente la demanda de los servicios. ¿Cómo podremos conocer esa demanda? Supongamos que el sistema de atención de la salud permanezca estático, con base primordialmente institucional (hospitales, clínicas, etc.), y con hospitales y consultorios que prestan cierta atención médica ambulatoria. Los registros de morbilidad de los hospitales proporcionarán información sobre incidencia de enfermedades y accidentes que requieren servicios hospitalarios y sobre la duración de la estancia según las características demográficas (sexo, edad, lugar de residencia). El mismo principio rige para establecer la utilización de servicios de salud no hospitalarios (prestados por médicos, laboratorios, etc.) por ciertos grupos de población según el área geográfica, y llegar a tasas específicas según edad y sexo por 100,000 habitantes.

La población de un área seleccionada—todo el país o parte del mismo—puede ser proyectada según edad y sexo para los años futuros. Hay otras variables esenciales que deben ser consideradas, tales como las condiciones socioeconómicas, los cambios tecnológicos, etc., porque indudablemente influyen en el panorama de la salud. Además, el desplazamiento de la prestación de servicios, por ejemplo, del hospital a los centros de salud de la comunidad, influirá en la demanda de recursos humanos al modificar la composición del equipo de salud.

CONSIDERACIONES GENERALES

Los determinantes de la demanda de servicios médicos son tan variados como numerosos. Por lo tanto, en este documento no se han podido explicar detenidamente todas las variables que influyen en la demanda, y por lo tanto en la oferta, aunque sí se ha hecho mención a los factores más importantes.

El servicio de información brevemente descrito en este trabajo es de alcance nacional y se ha diseñado para el procesamiento electrónico de los datos en grandes computadoras. Esto no excluye el procesamiento de los mismos a nivel estatal o municipal donde sea posible. Por ejemplo, Estadísticas del Canadá ha enviado copias de este programa y de este procesamiento de datos a las provincias en capacidad de aplicarlo. El diseño y elaboración de estos programas representan la mayor parte de los costos fijos, en tanto que el tiempo de procesamiento es una variable dependiente del volumen. Puede lograrse un ahorro conside-

rable si el diseño de un servicio de información es efectuado por un organismo central—como por ejemplo la Organización Panamericana de la Salud—y distribuido a aquellos países que tengan verdadera necesidad de él y que estén en capacidad de usarlo.

RESUMEN

Este trabajo trata del sistema de información sobre recursos humanos en salud que se está estableciendo en Canadá. El sistema se utilizará para análisis estadísticos, tales como la obtención de datos para la formulación de modelos econométricos del sistema total de prestaciones de salud, proyecciones de oferta y demanda para grupos ocupacionales, identificación de áreas subatendidas por los diversos grupos, estudios sobre migración de personal, etc. En su mayor parte, se basa en los registros de los organismos que otorgan licencias a los trabajadores en el campo de la salud y los de asociaciones de técnicos o profesionales. Los datos se actualizan por medio de encuestas por correo. Además, las instituciones que otorgan licencias y las asociaciones deben informar sobre los nuevos miembros. Sin ese flujo de datos de todas las instituciones interesadas será imposible construir un sistema de información de este tipo. Por otra parte, con ello se eliminará la recolección y procesamiento de datos duplicados y se reducirá la resistencia de los encuestados de contestar preguntas innecesarias.

En el documento se examinan los costos a tener en cuenta y la factibilidad del establecimiento del sistema. Asimismo, se refiere al sistema de información sobre estudiantes, que proporciona los datos esenciales para hacer una estimación del suministro futuro de recursos humanos en salud.

HEALTH MANPOWER INFORMATION SYSTEM (*Summary*)

This paper deals with the health manpower information system that is being developed in Canada. The system will be used for purposes of statistical analysis—specifically, to obtain data for econometric models of the total health care delivery system, for projections of supply and demand for occupational groups, for the identification (by groups) of underserved areas, for studies on the migration of health personnel, etc. It is based for the most part on the registries of agencies that license health workers and the membership rosters of technical and professional associations. The information is kept up to date by means of regular mail surveys. In addition, the licensing bodies and the associations are asked to supply information on new listees. Without this flow of data from all the institutions concerned, it would be impossible to build up an information system of the kind envisaged. Further-

more, the arrangement averts the collection and processing of duplicate data and thus reduces respondent resistance caused by too-frequent appeals for information.

The cost and feasibility of establishing the system are discussed. In addition, consideration is given to an information system on students, which would provide the information needed for estimating the future supply of health manpower resources.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE (*Resumo*)

O presente trabalho ocupa-se do sistema de informação sobre recursos humanos em saúde que se vem implantando no Canadá. O sistema será utilizado para análises estatísticas, como a obtenção de dados para a formulação de modelos econométricos do sistema global de prestações de serviços de saúde, projeções de oferta e procura para grupos profissionais, identificação de áreas subatendidas por grupos, estudos sobre migração de pessoal, etc. O sistema baseia-se, em grande parte, nos registros dos órgãos que concedem licenças aos trabalhadores no setor da saúde e nos de associações de técnicos ou profissionais. Atualizam-se os dados através de questionários enviados por correio. Além disso, as instituições que outorgam licenças e as associações devem prestar informações sobre novos membros. Sem essa corrente de dados de todas as instituições interessadas, será impossível montar um sistema de informações desse tipo. Por outro lado, com esse sistema eliminar-se á duplicação de coleta e processamento de dados e se diminuirá a resistência dos entrevistados em responder perguntas desnecessárias.

Examinam-se, no documento, os custos a serem considerados e a exequibilidade do estabelecimento do sistema. Aborda-se, além disso, o sistema de informações sobre estudantes, o qual proporciona os dados essenciais para a realização de uma estimativa da futura provisão de recursos humanos em saúde.

SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ (*Résumé*)

Le présent travail traite du système d'information sur les ressources humaines de santé actuellement mis en place au Canada. Ce système sera utilisé pour faire des analyses statistiques comme: obtention des données requises en vue de construire des modèles économétriques du système global des soins médicaux, projections de l'offre et de la demande des diverses catégories d'emploi, identification des régions insuffisamment desservies par ces catégories, études sur la migration du personnel, etc. Il se fonde en grande partie sur les registres des organismes qui octroient des licences aux travailleurs de la santé et sur ceux des associations de techniciens et de professionnels. Les données sont mises à jour au moyen d'enquêtes postales. En outre, les institutions qui octroient des licences doivent à l'image des associations faire connaître les nouveaux membres. Sans ce flux de données, il sera impossible de construire un système d'information de ce type. D'autre part, il permettra d'éliminer le processus de compilation et de traitement des données et d'atténuer la résistance qu'opposent les enquêtés à répondre à des questions qu'ils jugent inutiles.

L'auteur examine les coûts dont il faut tenir compte ainsi que la viabilité même du système. Par ailleurs, il analyse le système d'information relatif aux étudiants, système qui, dit-il, fournit les données essentielles pour faire une estimation des futures disponibilités en matière de ressources humaines de santé.

Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud

RECOMENDACIONES

I. PROGRAMAS NACIONALES DE PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

1. *Planificación de recursos humanos de salud y planificación de salud*

Promover el desarrollo de programas nacionales de planificación de recursos humanos de salud integrados a la planificación nacional de salud.

2. *Plazos de la planificación*

Hacer un esfuerzo por desarrollar planes de salud a largo plazo con el fin de contribuir a evitar la separación entre planificación de recursos humanos para la salud y la planificación de salud, la cual se ha debido, en parte, a que esta última ha sido formulada a corto y mediano plazo, en tanto que la primera debe necesariamente contemplar el largo plazo. Esta planificación a largo plazo exigirá formular explícitamente los fundamentos políticos, sociales y económicos del plan de salud.

3. *Unidades de planificación de recursos humanos*

Establecer, a nivel del Ministerio de Salud, unidades de recursos humanos que sean el resultado de una decisión política de abordar el problema, y que se doten de personal adiestrado en planificación de salud, con suficientes conocimientos del proceso educacional, así como de los aspectos políticos, sociales y económicos que condicionan los recursos humanos.

4. *Papel del sector público*

En los casos en los que existe un subsector público y otro privado de salud, el subsector público debe tener el liderazgo en la toma de decisiones para la totalidad del sector salud. En el campo de los recursos humanos, deben establecerse mecanismos y normas que permitan al subsector público actuar en el registro del personal de salud, la acreditación de servicios, las normas de ejercicio y ética profesional y las condiciones de trabajo de los trabajadores de salud.

II. ARTICULACION CON LA PLANIFICACION DE LA EDUCACION, LAS INSTITUCIONES DE FORMACION Y SALUD Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

1. *Integración de procesos de planificación*

- a) *Intrasectorial*. Dentro de cada uno de los sectores, educación y salud:
 - i) Integrar los procesos de planificación con los de administración y con aquellos que regulan los mecanismos que afectan la formación o utilización de los recursos humanos.
 - ii) Integrar la acción de las diversas instituciones.
- b) *Extrasectorial*. Promover mecanismos de coordinación entre los sectores de educación y salud con el objeto de asegurar la formación del personal de salud que los países necesitan y la máxima contribución de las instituciones de formación al proceso de planificación.

Deberá darse a esos procesos y procedimientos cierta flexibilidad que permita ejecutar la coordinación de acuerdo a las condiciones nacionales. Además, deberán tomar en cuenta los obstáculos ofrecidos por la estructura de poder representada por grupos profesionales, clases sociales e intereses económicos y políticos, nacionales e internacionales.

2. *Objetivos educacionales*

Promover la formulación de políticas y planes de salud en los cuales estén claramente definidos lineamientos sobre la formación de recursos humanos, coherentes con las metas de salud.

3. *Participación de la comunidad*

Promover la participación de la comunidad a nivel local, regional y nacional en la determinación de prioridades y en la toma de decisiones en el

campo de la salud con el objeto de que la formación y asignación de los recursos humanos contemple las necesidades de toda la población.

III. SISTEMAS DE INFORMACION SOBRE RECURSOS HUMANOS

1. *Modelos de sistemas de información adecuados*

Promover el diseño y el funcionamiento de modelos de sistemas de información de recursos humanos relevantes a las necesidades y capacidades de los países de América Latina y el Caribe. Estos sistemas deben tomar en consideración los tipos de métodos de planificación que se utilizan, la necesidad de disponer de datos regularmente a un costo razonable y los requerimientos de datos para otros usuarios dentro de los sectores salud y educación.

2. *Información y métodos*

Promover el análisis de las implicaciones de las diversas metodologías utilizadas en planificación para los sistemas de información (véase IV).

3. *Información sobre necesidades de salud*

Perfeccionar los sistemas de información existentes para obtener datos adicionales sobre las necesidades de salud, con particular énfasis en las necesidades de atención no cubiertas.

IV. METODOLOGIA

1. *Estimación de requerimientos*

La estimación de requerimientos de personal de salud, en términos cuantitativos y cualitativos, debe tener en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- a) *Requerimientos y cambios.* Debe considerar los cambios que se producen no sólo en el sistema de servicio de atención de la salud sino los exógenos al mismo.
- b) *Análisis de funciones y requerimientos.* Debe evaluar las funciones del personal de salud existente con el objeto de mejorar su utilización actual y estimar los requerimientos futuros.

- c) *Método y plazo de la planificación.* Debe tener en cuenta la dimensión temporal para la selección de métodos adecuados; por ejemplo, un método basado en las necesidades de salud puede ser más apropiado para la planificación a largo plazo mientras que un método basado en las metas de los servicios puede ser más adecuado para el corto y mediano plazo.

2. *Adecuación de los métodos*

Estimular la aplicación de métodos de planificación de recursos humanos que tengan en cuenta las características particulares de cada país.

V. PROGRAMAS DE RECURSOS HUMANOS: PAUTAS DE ORIENTACION

1. *Desarrollo de nuevas funciones y ocupaciones de salud*

Desarrollar nuevos tipos y niveles de personal o nuevas funciones dentro de las ocupaciones existentes para una atención más eficaz de las necesidades de salud. Se proponen las siguientes etapas:

- a) Evaluación de las funciones de todo el personal de salud existente.
- b) Reasignación de funciones cuando se considere necesario.
- c) Identificación, sobre estas bases, de los nuevos tipos de personal requeridos.
- d) Ajuste en consecuencia y cuando sea necesario de las políticas y prácticas de formación de personal.

2. *La comunidad como recurso humano*

Considerando que en ciertas acciones de salud la población constituye el recurso humano más importante, se recomienda que parte del conocimiento y la responsabilidad—actualmente considerados exclusivos de los trabajadores de la salud—sean transferidos a la comunidad.

3. *Extensión de la cobertura por delegación de funciones*

Ampliar la cobertura de los servicios en áreas rurales a través de servicios mínimos de atención de la salud, mediante la delegación de funciones a

personal auxiliar y voluntarios de la comunidad. El sistema de servicios de atención de la salud así como la legislación correspondiente, debe ser modificado para absorber los nuevos tipos de personal.

4. *Personal subprofesional en áreas urbanas*

En la medida en que las experiencias con personal subprofesional hayan demostrado su efectividad en las áreas rurales, extender su aplicación a todo el sistema de salud.

5. *Regionalización*

Desarrollar sistemas de salud regionalizados como una condición necesaria para la utilización eficiente del personal rural y urbano, así como para una mayor efectividad de los procesos administrativos y de planificación.

6. *Incentivos y mecanismos para la redistribución*

Estimular la redistribución de personal a zonas rurales y marginales a través de medidas tales como incentivos de salarios y mejoramiento en las condiciones de vida, trabajo, y adiestramiento continuo.

Cuando los incentivos no den los resultados deseados, el sector público podrá adoptar medidas más directas para mejorar la distribución del personal, tales como exigir el servicio en áreas rurales como un requisito para el otorgamiento de diplomas o licencias.

7. *Financiamiento*

Desarrollar sistemas que permitan remunerar al personal de salud en concordancia con los conceptos de salud integral, universal e igualitaria, que sean responsabilidad pública y basados sobre una participación de las personas, de acuerdo con su nivel de ingresos.

8. *Migración*

Recomendar que tanto los países donantes como recipientes de recursos humanos adopten medidas tendientes a minimizar el "drenaje de talentos".

VI. FORMACION DE PLANIFICADORES Y DE PERSONAL DE SALUD

1. *Formación de planificadores y otro personal ligado a la planificación*

- a) Fortalecer los programas de formación de planificadores que busquen modificar la visión parcial y aislacionista que ha separado a los planificadores de salud y de educación y capacitarlos para contribuir a la integración de la planificación de recursos humanos de salud dentro de la planificación de salud.
- b) Fortalecer los aspectos de planificación de recursos humanos en los programas de formación para los diversos niveles y tipos de personal que intervienen en el proceso de planificación (estadísticos, docentes, administradores, investigadores, etc.).

2. *Personal polivalente y especializado*

Promover la formación de personal de tipo polivalente para el ejercicio de funciones múltiples en servicios preventivo-asistenciales, en particular en áreas rurales. En ciertos países, sus condiciones propias podrían requerir asimismo enfatizar la formación de personal técnico especializado.

3. *Formación local de personal rural*

Reclutar el personal de salud para zonas rurales en los lugares cercanos a donde van a actuar y adiestrarlo localmente en cursos cortos, en etapas progresivas, con contenido y requisitos de admisión flexibles de acuerdo con las características locales.

4. *Orientación comunitaria de la formación*

Orientar la formación de los recursos humanos en salud en un sentido comunitario con el objeto de contribuir a la solución de problemas tales como la excesiva tendencia de los estudiantes hacia la especialización, en desmedro de la práctica general.

5. *Formación, educación continua y cambio*

Los programas de formación deben ser flexibles para permitir su adaptación a las necesidades cambiantes.

Dar atención especial al desarrollo de la educación continua, que deberá contribuir a:

- a) Actualizar y reorientar a los trabajadores de salud.
- b) Satisfacer más rápidamente las necesidades cambiantes de los servicios.

VII. INVESTIGACION

1. *Estudios nacionales*

Realizar estudios de tipo nacional y con el apoyo de instituciones internacionales, cuando los países lo consideren necesario, sobre problemas tales como:

- a) Metodologías de planificación de recursos humanos y técnicas de administración aplicadas al desarrollo de los recursos humanos.
- b) El proceso de formulación de políticas y de toma de decisiones en relación con los recursos humanos así como los factores que influyen en dicho proceso.
- c) Causas, naturaleza y posibles soluciones del problema de mala distribución y la migración internacional de los recursos humanos para la salud.

2. *Evaluación de experiencias con personal auxiliar*

Desarrollar experiencias en el campo del personal para los servicios elementales de salud, con evaluación periódica y difusión de sus resultados.

3. *Estudios sobre políticas de distribución y utilización*

Promover estudios para examinar los mecanismos y programas en aplicación en varios países para mejorar la cobertura y la utilización de personal, en cuanto a sus resultados, sus posibilidades y limitaciones y difundir información en este campo.

4. *Adecuación de los métodos*

Realizar investigaciones para evaluar la efectividad de diversos métodos de análisis para resolver los problemas específicos más frecuentes.

VIII. COOPERACION DE LA OPS

Solicitar a la Organización Panamericana de la Salud el auspicio de seminarios nacionales y regionales sobre planificación de recursos humanos y la cooperación con los países para implementar las recomendaciones de esta Conferencia.

Promover el desarrollo de un centro para la selección de información sobre recursos humanos en salud y su planificación, así como el intercambio de la misma entre los Países Miembros de la OPS. Este centro tendría por función recolectar y seleccionar documentación y asegurar su difusión.

Reseñas

RECOMENDACIONES Y METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS, 1971-1980, SOBRE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD FORMULADAS POR LOS MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS EN SU III REUNION ESPECIAL, (SANTIAGO, CHILE, OCTUBRE DE 1972) ¹

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Situación actual

Se han observado en la última década profundos cambios en el sector salud. Los recursos humanos participantes en el proceso de producción de bienes y servicios de salud dejaron de estar compuestos exclusivamente por profesionales (médicos, odontólogos, farmacéuticos) repartidos en unidades simples de producción (consultorios, oficinas, etc.) y orientados hacia la atención del individuo, para convertirse en un servicio público con personal diversificado, reagrupado en unidades complejas (hospitales, policlínicos, centros de salud, consultorios de grupos, etc.) de creciente orientación hacia la comunidad, bajo un liderazgo gubernamental.

Sin embargo, esta transición se está efectuando sin que los recursos humanos correspondientes hayan sufrido cambios significativos en cantidad, estructura o calidad. Esta inadecuación no se refiere a una profesión en particular sino al conjunto de recursos humanos inadaptados a sus nuevas funciones.

Existe una escasez general de personal de salud en toda la Región y son pocos los países que alcanzan un nivel adecuado. En 1968 los datos disponibles acerca del personal de salud registrado en América Latina y el Caribe arrojaban un total de 540,297 trabajadores de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos, ingenieros sanitarios, veterinarios, inspectores sanitarios, técnicos médicos y auxiliares).

La disponibilidad de personal de salud varía ampliamente, según los países, entre un máximo de 40 y un mínimo de tres trabajadores de salud por 10,000 habitantes.

En cuanto a la estructura profesional del sector, en 1970 la distribución de los recursos globales de América Latina y del área del Caribe por 10,000 habitantes era: médicos 6.9, enfermeras 2.3, auxiliares 8.8, técnicos médicos 0.9, y administradores en salud pública 1.6, distribuidos en la siguiente forma:

¹ El Informe Final de la Reunión aparece en el *Documento Oficial de la OPS 118* (1973).

Universitarios	253,812 personas	(45%)
Técnicos	62,029 personas	(12%)
Auxiliares	224,456 personas	(42%)

Hay escasez de los recursos humanos globales; sólo pocos países alcanzan niveles de suficiencia. Además, se registra una marcada desproporción en la estructura laboral, con desviación hacia los niveles superiores. La insuficiencia de los niveles medios es el problema central de los recursos humanos en salud.

La formación de nivel superior de recursos humanos en salud en la mayoría de los países se encuentra separada del sector salud y sujeta a decisiones del sector educación. La formación de recursos de nivel medio no cuenta con estructuración, organización y reconocimiento adecuados, siendo la mayoría de las veces de tipo circunstancial, agregándose a ello el hecho de que hay insuficiencia de información sobre funciones y cuantificación de los diversos aspectos del problema.

Recomendaciones

1. Desarrollar en cada país un proceso de planificación de recursos humanos integrado a la planificación de la salud.

PARA ELLO HABRA QUE:

- Promover la planificación de los recursos humanos en salud como parte integral de los procesos globales de planificación para el desarrollo económico y social, así como de los organismos de planificación del sector salud y de las universidades.
- Definir funciones y módulos de personal, tanto asistencial como administrativo y de apoyo, que permitan aumentar la productividad de los equipos de salud. Reforzar los sistemas de información, y promover estudios para adecuar los recursos humanos a las características de cada país.
- Crear, de acuerdo con las condiciones de cada país, nuevos tipos de personal de salud e incrementar los existentes, de modo que permitan aumentar la cobertura de los servicios, principalmente en las zonas rurales.
- Impulsar la capacitación de investigadores en salud. Dicha formación debe fundarse, principalmente, en líneas de investigación definidas de acuerdo con los problemas de salud de mayor prevalencia en cada país.
- Establecer las condiciones para desarrollar un proceso de planificación y de coordinación intra e intersectorial.
- Estimular y coordinar los esfuerzos nacionales de investigación para el perfeccionamiento de los métodos de planificación de recursos humanos.

2. Desarrollar en cada país la capacidad de formación de personal de todo nivel, incluso investigadores, concentrando los esfuerzos en el nivel que cada situación nacional exija.

- Fortalecer las instituciones y programas de formación de personal de salud mediante el incremento de la ayuda técnica y financiera a las universidades y otros centros de formación de personal de salud. Mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje mediante la utilización de los recursos más adecuados para este propósito.

- Desarrollar la capacidad de las instituciones para asegurar formación al personal de salud de base y de nivel intermedio, a fin de incrementar este personal.

- Ampliar la utilización de los servicios de salud para la formación de personal, por medio de la integración precoz del estudiante a la producción de servicios, como instrumento formativo, de acuerdo al concepto de vinculación trabajo-educación.

- Redefinir las funciones profesionales, dentro del marco de la política de salud, con el objeto de proporcionar las bases para una revisión de los programas de estudio.

- Incrementar la utilización de la capacidad instalada para la docencia a través de la creación de carreras vespertinas, cuando ello sea necesario, para alcanzar las metas cuantitativas propuestas.

- Facilitar el acceso de los trabajadores al perfeccionamiento técnico y profesional en salud.

3. *Desarrollar, a nivel de cada comunidad y con la participación activa de la misma, instituciones y mecanismos destinados a elevar su propio nivel de salud.*

4. *Desarrollar la organización de los recursos humanos, PARA LO CUAL ES NECESARIO:*

- Aumentar el rendimiento de los equipos de salud.

- Considerar, simultáneamente con su incremento numérico, criterios equitativos de distribución de personal.

- Establecer cada vez que sea posible mecanismos de distribución y rotación de recién egresados, en aquellas áreas que no disponen de recursos asistenciales, asegurándoles condiciones de trabajo y remuneración adecuadas.

- Organizar la educación continua de graduados de profesiones de la salud.

RECURSOS HUMANOS MEDICOS

Situación actual

En general, los sistemas de información sobre existencia y disponibilidad de estos recursos son incompletos e inadecuados para los fines de la planificación.

En 1970 se estimó que había 200,000 médicos en América Latina y el Caribe (7 por 10,000 habitantes, con variaciones de 0.8 a 22.3), de los cuales el 45% ejerce en áreas especializadas, con variaciones entre 16.1 y 90.3% según los países.

Hay una inadecuada distribución geográfica, en detrimento de las áreas rurales. Se estima que sólo el 5.5% de los médicos sirven a poblaciones de menos de 20,000 habitantes (59% del total de la población de las comunidades).

Hay bajo rendimiento del recurso médico debido a la poca disponibilidad de personal de enfermería y auxiliar, ineficiencia de servicios complementarios, subempleo o multiplicidad de empleos, deserción profesional, migración, estructuración insuficiente de las carreras médicas en instituciones del subsector público.

En cuanto a formación se refiere, existen 159 escuelas con 25,000 alumnos; dos gradúan más de 1,000 al año y el resto un promedio de 45. La tasa es de 31% del primero al último año.

Recomendaciones

1. Mejorar el conocimiento sobre formación, existencia y utilización de médicos como base para la planificación del desarrollo de los recursos humanos.

PARA ELLO HABRÁ QUE:

- Estimular, mejorar y reforzar los sistemas de información sobre recursos médicos, conjuntamente con otros recursos humanos para la salud.
- Definir, en cada país, dentro de su contexto socioeconómico, las responsabilidades que deberá asumir el médico, considerándolo como parte integrante del equipo de salud.
- Mejorar la utilización de los médicos por medio de la actualización de sus conocimientos, del apoyo efectivo por parte del personal médico suplitorio, del personal de enfermería y del personal complementario de diagnóstico y tratamiento, y de la superación de las causas de abandono de la profesión y de la migración.

2. Aumentar la relación médico/población a 8 por 10,000 habitantes, mejorando también su distribución geográfica.

PARA ELLO SE REQUIERE:

- Formar en la década 165,000 nuevos médicos para compensar el abandono del ejercicio de la profesión, y mejorar la distribución geográfica mediante la organización de programas de adiestramiento compatibles con el ejercicio de la medicina en zonas rurales y semiurbanas, incrementando los sueldos y ciertas condiciones de trabajo para atraer profesionales a dichas zonas.

- Formar, en los países que lo juzguen apropiado, personal médico suplitorio que colabore con los recursos médicos existentes.

3. Preparar en cada país el tipo de médico que las condiciones socio-económicas locales demanden.

PARA ELLO SE REQUIERE:

- Elaborar y desarrollar programas de enseñanza destinados a preparar médicos al servicio de las políticas de salud.
- Integrar la enseñanza y los sistemas de salud, dar flexibilidad a los planes de estudio y adiestrar en conjunto a los equipos de salud.

ODONTOLOGIA

Situación actual

La mayoría de los países de la Región cuentan con escasos recursos humanos para atender sus necesidades en salud dental. Según estadísticas de la OMS, al iniciarse la última década había un promedio de 5 a 7 odontólogos por 10,000 habitantes en los países con un alto nivel de vida. En 1971 las estadísticas de América Latina y del área del Caribe señalaban que sólo tres países (Argentina, Chile y Uruguay) tenían más de 3.5 odontólogos por 10,000 habitantes. Más de 12 países no alcanzaban un promedio de 1 odontólogo por 10,000 habitantes. El promedio del área era aproximadamente de 1.9 odontólogos por 10,000 habitantes.

Si continúa la tendencia, el número de odontólogos egresados se mantendrá en la presente década, sin que se produzca el aumento que exigirá la expansión demográfica y las necesidades de salud dental. Pocos países han incrementado en un porcentaje aceptable el número de egresados y el total de alumnos matriculados en sus facultades. Es de prever que no se incrementará apreciablemente la relación de odontólogos por 10,000 habitantes. Sólo de seis a ocho países del área incrementarán muy paulatinamente esa relación.

El recurso profesional odontológico está concentrado en las áreas urbanas. Por ejemplo, en Colombia, el 91.7% de los odontólogos están localizados en poblaciones de más de 25,000 habitantes. La concentración de odontólogos en las áreas urbanas impide ofrecer atención dental en poblaciones urbanas menores y en el medio rural, donde se encuentra el 50% de la población de América Latina y del Caribe.

No existe una acción intensiva para la formación de personal auxiliar en odontología y no hay apoyo ni experiencia para su adecuada utilización. Los Estados Unidos de América, que cuenta con 5 odontólogos por 10,000 habitantes y una relación odontólogo/auxiliar de 1.0 a 1.5, deberá mantener

su relación actual de odontólogos egresados por 10,000 habitantes y establecer una relación odontólogo/auxiliar de 1 a 3 aproximadamente, para ofrecer en los próximos años una adecuada cobertura dental a su población. América Latina y el Caribe tienen una proporción inversa: la relación odontólogo/auxiliar es aproximadamente de 3 a 1. Los actuales programas de formación de personal odontológico tienden a mantener esa relación. Existen aproximadamente 100 facultades de odontología y menos de 30 cursos permanentes para la formación de personal auxiliar.

Recomendaciones

Para el total del área se resumen las siguientes metas:

1. *Superar en un 20% la relación actual de odontólogos por 10,000 habitantes cuando esa relación en cada país sea más baja que el actual promedio del área de 1.9 o más baja que el promedio del grupo de clasificación.*
2. *Incrementar la formación de personal auxiliar, de manera que se logre para 1980 una relación odontólogo/auxiliar de 1 a 1.*

ENFERMERIA

Situación actual

Existe actualmente una aguda escasez de personal de enfermería, lo que constituye uno de los obstáculos principales para el desarrollo de los programas en sus aspectos cualitativos y cuantitativos. Se dispone solamente de 11.1 personal de enfermería por 10,000 habitantes, del cual 2.3 son enfermeras. Esto significa cerca de 61,200 enfermeras y 238,870 auxiliares de enfermería. La relación de auxiliares/enfermera es de 3.9 a 1, y la de enfermeras por médico de 0.3 a 1.

Programas básicos de educación. Existen 257 escuelas de enfermería. El promedio anual de producción en 103 escuelas es de 17.2 enfermeras.

Se sabe que existen 15 escuelas para la capacitación de parteras; sin embargo, no se dispone de información sobre su producción. Se tiende a considerar la enseñanza de obstetricia como posbásica de la de enfermería, y por lo tanto se le incorpora a los programas de las escuelas de enfermería.

En cuanto a las auxiliares, la duración de los programas para su preparación varía entre tres meses y dos años. En 14 países donde fue posible obtener información, egresó anualmente entre 1968 y 1970 un promedio de 3,440 auxiliares. La razón promedio auxiliares/enfermeras que se está produciendo es de 3.8 a 1.0, con una fluctuación de 15.8 a 0.8.

Programas complementarios y posbásicos. Existen aproximadamente 62 programas complementarios y posbásicos en la Región, en su mayoría en el área de enfermería obstétrica. Hay escasez de programas para la preparación de personal en especialidades clínicas, así como en las áreas funcionales de enseñanza y administración.

Recomendaciones

1. Capacitar en la América Latina aproximadamente 125,000 enfermeras y 360,000 auxiliares de enfermería en programas educacionales coordinados y capaces de producir la calidad de personal requerida por los programas de salud. En los países de habla inglesa del Caribe, la producción debe ser tal que se obtenga alrededor de 13,400 personal de enfermería.

PARA ELLO SE REQUIERE:

- Aumentar en un 134% el número de cargos de personal de enfermería existentes en la Región y en un 184% los cargos de enfermeras en América Latina, para poder absorber el personal que se propone producir. Para obtener la cantidad de personal indicado, se proponen las siguientes alternativas:

Enfermeras:

- a) Incrementar la producción de las escuelas de enfermería en América Latina para obtener un promedio de 97 graduadas al año.
- b) Crear o fortalecer programas de educación de nivel intermedio para graduar 70,205 enfermeras a este nivel.

Auxiliares de enfermería:

- a) Aumentar la producción de los cursos existentes y/o crear nuevos cursos para preparar un promedio anual de 36,000 auxiliares.
- b) Establecer cursos que se desarrollen en etapas sucesivas para preparar otro personal de instituciones de salud; promotores de salud, asistentes u otro tipo de auxiliar.

2. Crear las condiciones necesarias para incrementar la producción y mejorar la calidad de la preparación del personal.

PARA ELLO SE REQUERIRA:

- Establecer centros regionales para la preparación de los profesores necesarios para los distintos programas educacionales y especialistas en áreas clínicas y funcionales.
- Ampliar las facilidades físicas y didácticas y crear el número necesario de cargos de docentes de enfermería en los presupuestos de los distintos programas.

- Establecer programas de becas y préstamos de estudio para personal de nivel básico y avanzado.

- Establecer programas en forma escalonada o dentro de un sistema de créditos que facilite al personal de enfermería pasar de un nivel a otro.

3. *Establecer un centro para el desarrollo de la tecnología de la enseñanza y la investigación en enfermería.*

4. *Integrar la enseñanza con los servicios de enfermería.*

PERSONAL COMPLEMENTARIO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Situación actual

En América Latina y el área del Caribe se observa gran escasez de personal de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. Se calcula que en la Región unas 26,000 personas (lo que representa 0.9 por 10,000 habitantes) prestan servicio como técnicos o auxiliares en los campos siguientes:

Servicios de laboratorio y actividades afines.

Radiología, radiaciones y actividades afines.

Salud mental y actividades afines.

Electromedicina.

Rehabilitación y fisioterapia.

Farmacia y actividades afines.

Nutrición, dietética y actividades afines.

Biblioteconomía médica y archivos médicos.

En todas estas especialidades se registra escasez de personal calificado. La importancia de este personal es fundamental, y, debido a la preparación especializada que recibe para el desempeño de sus funciones, sustituirlo resulta difícil y costoso, y la posibilidad de reemplazarlo es muy reducida y a veces sólo puede hacerse por personal con una capacitación general más amplia. En muchos casos, para suplir la falta de personal complementario se ha utilizado y se sigue utilizando personal de enfermería, lo cual contribuye a agravar la escasez que existe en esa profesión.

En general, se utiliza bastante bien al personal complementario disponible de diagnóstico y tratamiento. El prestigio social inherente de estas especialidades y la relativa autonomía de las funciones que desempeñan son motivo de estímulo en el orden profesional, lo cual se traduce en una proporción reducida de los que abandonan el ejercicio de dichas actividades.

La mayor parte de este personal presta servicio en hospitales de tamaño mediano y grande, y por lo tanto no se plantean problemas importantes en cuanto a su distribución geográfica. Sin embargo, se estima que hay escasez de personal en los servicios de laboratorio, nutrición y farmacia en los hospitales pequeños que atienden las zonas rurales.

Recomendaciones

1. Definir, en el proceso de planificación de los recursos humanos de cada país, las funciones, prerrogativas y responsabilidades del personal complementario de diagnóstico y tratamiento en los niveles universitario, técnico y auxiliar.

PARA ELLO ES NECESARIO:

- Obtener información adecuada sobre la existencia y utilización de los recursos existentes.

- Definir las funciones de este personal, realizando estudios cuando fueran necesarios, y estimulando la creación y el reconocimiento de diferentes profesiones.

2. Alcanzar una proporción de tres técnicos de estos servicios por 10,000 habitantes, para lo cual se necesita:

- Desarrollar las instituciones docentes en los niveles universitario, técnico y auxiliar, incorporando las escuelas de tecnología médica a las facultades de ciencias de la salud o mediante otros mecanismos de coordinación, y utilizando las posibilidades de adiestramiento de la red asistencial de los Ministerios de Salud para los tres niveles de personal.

PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD PUBLICA

Situación actual

En los servicios de estadística hay una gran escasez de personal. Sólo el 25% de los países cuentan con información sistemática sobre los recursos institucionales, y únicamente en el 10% de los casos se considera que esos datos son aceptables.

Es preciso incrementar el número de epidemiólogos con el fin de lograr una proporción de 1 por 250,000 habitantes para actividades de vigilancia solamente. Además se prevé un aumento de la demanda de esos especialistas.

El número de personal de educación en salud varía en grado considerable de un país a otro. Sólo el 30% de las personas que actúan en ese campo han recibido capacitación en las escuelas de salud pública.

En la mayoría de los países también hay escasez de personal preparado en nutrición y tecnología de los alimentos. Los centros de capacitación especializada en nutrición no cuentan con personal docente ni con recursos suficientes, y la enseñanza de esta disciplina en las instituciones en que se prepara a otro personal de salud pública es inadecuada.

No se dispone de datos sobre la utilización de personal que ha recibido adiestramiento especializado en salud pública. Las encuestas parciales que se han realizado han dado resultados que varían de un país a otro. Al parecer, los factores de la remuneración y del rango profesional condicionan en grado considerable la utilización de esta clase de personal.

La insuficiencia de los presupuestos de salud pública es, sin duda, un factor importante que limita los esfuerzos encaminados a preparar un número adecuado de personal de la calidad requerida.

Recomendaciones

1. Formar suficiente personal en todos los niveles, en los distintos campos de la salud, para hacer frente a una situación que se caracteriza por la creciente especialización y complejidad.

PARA ELLO SERA NECESARIO:

- Establecer y fortalecer las instituciones para la capacitación de personal de salud pública a nivel profesional superior, profesional, técnico y auxiliar.
- Desarrollar programas de adiestramiento en el servicio para los que ya actúan en el campo de la salud pública pero que no han recibido preparación en una institución, así como programas de educación continua destinados a proporcionar orientación, readaptación (debido a los cambios registrados en una esfera técnica para atender las necesidades planteadas), o adiestramiento complementario en una especialización.

2. Lograr la utilización óptima de todo el personal adiestrado.

ELLO REQUIERE:

- Mejorar los mecanismos de programación, superar las causas de abandono de la profesión, establecer carreras de nivel profesional y técnico, y mejorar la remuneración y los incentivos.

PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD AMBIENTAL

Situación actual

Tomando como base las encuestas generales y los estudios detallados realizados en algunos países, se estima que hay más de 1,000 ingenieros que

trabajan actualmente en instituciones de salud pública. La mayoría de ellos han recibido algún tipo de instrucción académica en materia de ingeniería sanitaria. Además, se estima que varios centenares de ingenieros sanitarios calificados trabajan como consultores particulares o en organizaciones distintas a las instituciones de salud.

Alrededor de 4,000 ingenieros, la mayoría ingenieros civiles, trabajan en abastecimiento de agua, alcantarillado y otros servicios. En América Latina y el área del Caribe hay aproximadamente 3,000 inspectores sanitarios trabajando en saneamiento ambiental.

Un estudio que abarcó 54 universidades de América Latina y del área del Caribe reveló que en 17 universidades se ofrecía a los ingenieros civiles la opción de seguir más de un curso sobre ingeniería sanitaria y tres universidades que ofrecían programas de especialización completa para pregraduados en ingeniería sanitaria.

En 1971 nueve universidades ofrecían programas de ingeniería sanitaria para graduados, con más de 200 estudiantes matriculados. En la última década hubo un aumento del número de docentes especializados en ingeniería sanitaria en las facultades de ingeniería, llegando en la actualidad a más de 50 docentes de dedicación exclusiva.

Junto con estos adelantos, se ha ido estableciendo un sistema coordinado de educación continua para los profesionales y de formación técnica para el personal conexo, materializado en una red continental de universidades colaboradoras. En 1970, la mencionada red incluía 38 universidades de 23 países en las que se dictaban entre 60 y 70 cursos a los que asistían unos 2,000 profesionales y personal conexo por año. En muchos casos, los Ministerios de Salud y de Obras Públicas en los diversos países facilitaban puestos docentes a tiempo completo en las universidades, así como becas a estudiantes.

Los objetivos propuestos en materia de abastecimiento de agua, alcantarillado, control de la contaminación ambiental, salud ocupacional, higiene de los alimentos y otras responsabilidades actuales y futuras de los funcionarios de saneamiento ambiental, unidos a la aplicación creciente de nuevas tecnologías, indican la necesidad de aumentar considerablemente el número actual no sólo de ingenieros sanitarios sino también de biólogos, químicos, toxicólogos, operadores de plantas, administradores y personal conexo. Del mismo modo, habrá que intensificar el adiestramiento a corto plazo y en el servicio.

Además, y lo que es más importante, los actuales programas de educación y adiestramiento deberán analizarse con sentido crítico y, si procede, adaptarlos a las nuevas exigencias, teniendo en cuenta, asimismo, la necesidad de establecer nuevas profesiones. Otra cuestión que se debe considerar es la formación conjunta y coordinada de especialistas en diversas materias para los casos en que sea necesario aplicar un enfoque multidisciplinario.

También habrá que desarrollar en el próximo decenio programas encaminados a estimular la transferencia racional de tecnologías, basados en la evaluación y el estudio de la adaptabilidad de los nuevos adelantos a las circunstancias de los países de que se trate.

En cuanto a las necesidades en materia de investigadores, todavía no se cuenta con un conocimiento cabal sobre los factores técnicos, sociales y económicos relacionados con los programas masivos de abastecimiento de agua y alcantarillado y otras medidas ambientales, que deberán completarse lo antes posible.

Recomendación

Preparar un número suficiente de profesionales, técnicos, y personal administrativo y directivo con la experiencia, educación y capacidad de investigación necesarias para proporcionar los servicios de salud ambiental que requerirá la próxima generación y para controlar los cambios y tendencias ambientales. Esto significaría adiestrar 320 estudiantes por año en programas de grado sobre ingeniería sanitaria; organizar cursos cortos para 3,000 profesionales y técnicos por año; aumentar a 2,000 el número de ingenieros sanitarios en programas de salud pública y a 5,000 en abastecimiento de agua, alcantarillado y otros servicios ambientales, y aumentar a 4,000 el número de inspectores sanitarios que trabajan en salud pública.

PARA ELLO SERA NECESARIO:

- Revisar y actualizar los programas de enseñanza y planes de estudio y mejorar los laboratorios y otras facilidades para la enseñanza de ingeniería ambiental y para la organización y operación de proyectos de investigación.
- Organizar nuevos cursos de grado y aumentar la admisión en los existentes en el campo de ingeniería ambiental.
- Fomentar y estimular una mayor comunicación entre las universidades de la red educativa panamericana y el intercambio de información y de resultados de investigación mediante publicaciones, correspondencia y visitas de docentes.
- Ampliar los programas de adiestramiento en general y organizar cursos cortos intensivos estimulando la cooperación y participación de organismos nacionales e internacionales.
- Incorporar la investigación como un componente regular en el proceso de la enseñanza.
- Apoyar y ampliar los programas de educación continua y los centros de información dentro de las universidades.
- Ampliar la red educativa panamericana de universidades colaboradoras y el alcance de sus actividades.
- Sistematizar el intercambio de personal calificado entre los cuerpos de profesores de las universidades y los organismos operativos, y entre los puestos

ejecutivos y los de línea en los servicios de salud ambiental, a fin de conjugar los conceptos teóricos con las realidades prácticas.

- Ampliar y diversificar los programas de concesión de becas en materia de ingeniería ambiental.
- Establecer centros regionales para la preparación de expertos en cuestiones de dirección y administración de programas y servicios.

PERSONAL ESPECIALIZADO EN SALUD PUBLICA VETERINARIA

Situación actual

El éxito de los programas de control de las zoonosis y la fiebre aftosa, con la consiguiente reducción en las pérdidas para la salud humana y el incremento en la disponibilidad de proteínas de origen animal, dependerá predominantemente de que se cuente con una amplia infraestructura de recursos humanos en el campo de la veterinaria.

En la mayoría de los países de América Latina los programas de enseñanza de medicina veterinaria son muy limitados e inadecuados, en el sistema en uso, para alcanzar las metas o realizar los objetivos establecidos. La escasez es más aguda en lo que se refiere a personal capacitado para la planificación de programas de salud animal y para el diagnóstico y notificación de la prevalencia de las enfermedades.

Mientras la demanda de veterinarios aumenta constantemente como consecuencia del desarrollo de campañas nacionales de control de la fiebre aftosa y las zoonosis, las escuelas de medicina veterinaria funcionan al límite máximo de su capacidad.

Recomendación

Incrementar tanto cuantitativamente como cualitativamente el personal idóneo para los servicios de veterinaria.

PARA ELLO SERA NECESARIO:

- Ampliar la capacidad de las escuelas de medicina veterinaria aumentando su dotación de personal docente a tiempo completo, mejorando sus laboratorios y actualizando los planes de estudio.
- Establecer programas de posgrado y programas de educación continua.
- Promover, desarrollar y organizar programas para la formación de un cuerpo de ayudantes en salud animal en cada país dispuesto a emprender una campaña en gran escala para el control de las zoonosis y la fiebre aftosa.
- Fomentar un mayor grado de coordinación entre los Ministerios de Agricultura, Salud y Educación en la labor encaminada a resolver el problema de la escasez de personal de veterinaria en los diversos países.

PERSONAL ESPECIALIZADO EN LA ADMINISTRACION DE ATENCION MEDICA Y HOSPITALARIA

Situación actual

En América Latina y el área del Caribe más del 70% de los hospitales con más de 100 camas están bajo la dirección de personal que no ha tenido ningún tipo de adiestramiento en administración.

En 18 países no existe una política definida de formación de personal profesional en administración de atención médica y hospitalaria. De 28 países de la Región, solamente 10 tienen programas regulares de educación y adiestramiento en atención médica y hospitalaria. Los programas difieren mucho en cuanto a su duración y profundidad de adiestramiento (entre dos y 18 meses), en número de graduados, calidad de la enseñanza y afiliación de la institución.

Sólo en cuatro países existe una carrera de funcionario público con estabilidad en los cargos de administración hospitalaria. Con excepción de tres países, los sueldos no son suficientemente altos para atraer y retener al personal para trabajar a tiempo completo en dichos servicios. Salvo en dos países, no existen oportunidades de educación continua para personal profesional en administración hospitalaria.

El crecimiento gradual de la demanda de servicios de atención médica, especialmente hospitalaria, junto a la mayor complejidad en los procedimientos de atención médica y el aumento del costo por unidad de los servicios frente a fuentes de recursos limitados, indican la necesidad urgente de mejorar los sistemas de administración de atención médica y hospitalaria.

Recomendaciones

1. *Formular en cada país una política de adiestramiento para personal profesional en administración de atención médica y hospitalaria.*

2. *Aumentar el número de personal adiestrado en administración de atención médica y hospitalaria, de modo que:*

- Más del 60% de todos los hospitales de más de 100 camas dispongan, como mínimo, de un médico director y una jefe de enfermería con adiestramiento específico en administración.

3. *Aumentar la utilización del personal profesional adiestrado en administración, de manera que más del 75% de este personal desempeñe cargos en el nivel de dirección.*

PARA LLEVAR A LA PRACTICA LOS PUNTOS ANTERIORES SE DEBE:

- Definir e implementar la política de formación de personal profesional en administración de atención médica y lograr que se cumpla esta política.

Aumentar los programas regulares de adiestramiento en administración tratando de obtener que el producto de estos programas sea adecuado, en cantidad y calidad, para satisfacer las necesidades.

- Establecer una carrera de servicio público para funcionarios en cargos administrativos, y proporcionar incentivos y salarios adecuados para atraer y retener al personal, a tiempo completo, en esos cargos.

METAS SOBRE RECURSOS HUMANOS DEL PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS PARA EL PERIODO 1971-1980

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

- Alcanzar un promedio regional de 8 médicos, 2 odontólogos y 2.2 auxiliares de odontología, 4.5 enfermeras y 14.5 auxiliares de enfermería por 10,000 habitantes, y mejorar su distribución geográfica e institucional.

- Preparar en la década un mínimo de 18,000 médicos veterinarios y de 30,000 auxiliares en salud animal.

- Preparar en la década un mínimo de 360,000 auxiliares de enfermería y graduar 125,000 enfermeras, particularmente de nivel intermedio.

- Adiestrar en la década 3,200 profesionales, en programas de posgrado y 30,000 profesionales y técnicos en cursos cortos de ingeniería sanitaria y otras ciencias del ambiente.

- Preparar en la década 300 estadísticos a nivel profesional; 100 profesionales de registros médicos; 4,000 de registros médicos a nivel intermedio; 250 estadísticos de nivel intermedio, y 40,000 auxiliares de estadística.

- Capacitar en la década 3,000 planificadores y 3,000 administradores de nivel profesional y 1,000 profesionales en sistemas de información para la salud.

- Fortalecer el desarrollo del ejercicio de la medicina general en la medida que lo exijan la organización de los servicios y las metas propuestas en el presente Plan. Promover las reformas necesarias a fin de proveer el máximo adiestramiento en este campo, de acuerdo con las prioridades de cada país.

- Crear sistemas nacionales de documentación científica en ciencias de la salud, por lo menos en 11 países, ligados entre sí, y con la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME).

- Proveer de libros de texto de alta calidad científica y pedagógica a estudiantes de medicina, enfermería y otras disciplinas, para cubrir con el programa al 75% de los estudiantes en 1980.

INDICE DEL VOLUMEN 7 (1973)

- Abel-Smith, Brian, 158
- Actitud de médicos y enfermeras en relación con innovaciones en enfermería, 77-90
- Administración de atención médica y hospitalaria, personal de, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 434-435
- Alcántara, Glete de, 30
- Anatomía, enseñanza de, 184-197
- Andrade, Jorge, 253
- Assistência de enfermagem psiquiátrica: estudo da situação num município paulista, 60-73
- Blackman, Susan E., 77
- Brasil
- a enfermeira como categoria ocupacional num hospital-escola brasileiro, 16-26
 - assistência de enfermagem psiquiátrica, 60-73
 - currículo de escolas de enfermagem: opinião dos médicos, 44-55
 - objetivos gerais do currículo de enfermagem: ponto de vista do estudante, 30-40
- Cammaert, Margaret C. E., 343
- Canadá, sistemas de información sobre recursos humanos en salud, 403-411
- Caputo, Dante, 316
- Características de la mortalidad en la niñez*, 246-248
- Cervi, M. H., 44
- Cirugía, enseñanza de, en escuelas de medicina, 108-116
- Cobertura de los servicios de salud, extensión de, 351-375
- Colombia
- programación académica en la Escuela Nacional de Salud Pública, 199-207
- Comité de Expertos de la OPS/OMS en enseñanza de cirugía en escuelas de medicina, 108-116
- enseñanza de enfermería medicoquirúrgica, 93-107
 - enseñanza de parasitología en escuelas de medicina, 209-219
- Conferencia de Escuelas de Medicina de América Latina (VIII), 118-119
- Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, 117-118, 251-420
- recomendaciones, 413-420
- Confrey, Eugene A., 285
- Costo de la educación médica, 158-182
- Chorny, Adolfo, 281
- DiDio, Liberato J. A., 184
- Disponibilidad de recursos humanos de enfermería, 343-349
- Distribución geográfica de médicos, 305-314
- Duque R., Luis Fernando, 199
- Editorial
- enfermería, 1-2
 - planificación de recursos humanos, 251-252
- Educación continua de profesionales de la salud, 135-148
- Educación médica
- costo de la, 158-182
 - tendencias modernas en la, 184-197
- Ekholm, Lars, 158
- Emigración de personal médico desde América Latina a Estados Unidos, 316-340
- Enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital-escola brasileiro, 16-26
- Enfermera
- actitud en relación con innovaciones en enfermería, 77-90
 - como profesional en un hospital docente brasileño, 16
 - pediátrica, análisis del papel de, 77-90
- Enfermería
- actitud de médicos y enfermeras en relación con, 77-90
 - análisis conceptual, 3-13
 - disponibilidad de recursos humanos de, 343-349
 - educación y adiestramiento, programa de, 345-347
 - funciones, 5-9
 - imagen de la, 348
 - innovaciones en, 77-90
 - médicoquirúrgica, enseñanza de, 93-107

- Enfermería (Cont.)
 objetivos del currículo
 opinión de médicos, 44-45
 punto de vista del estudiante, 30-40
 pediátrica, 77-90
 problemática actual, 9-11
 psiquiátrica, 60-73
 recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 426-428
- Enseñanza de
 anatomía, 184-197
 cirugía, 108-116
 enfermería, 93-107, 220-242
 medicoquirúrgica, 93-107
 nivel universitario, 220-242
 epidemiología, guía para, 248-249
 medicina preventiva y social, 125-132
 parasitología, 209-219
- Escuelas de enfermagem, estudio sobre currículo de, opinião dos medicos, 44-45
- Escudero, J., 316
- Escuela de medicina, establecimiento de una, 165-175
- Escuela Nacional de Salud Pública, Colombia, 199-207
- Escuelas de medicina, VIII Conferencia de, 118-119
- Estados Unidos de América, emigración de médicos desde América Latina, 316-340
- Factores perinatales que afectan el desarrollo humano*, 123
- Ferreira-Santos, C. A., 16, 44
- Galperin, J., 150
- García, D. B., 44
- Guía para la enseñanza de la epidemiología*, 248-249
- Gutiérrez, Rodrigo, 378
- Investigación Interamericana de Mortalidad en la Niñez*, 246-248
- Kakuda, M. Lourdes, 44
- Klarman, Herbert E., 158
- La educación médica en la América Latina*, 120-122
- Libros de texto de medicina, programa de la OPS, 243-245
- Linger, C., 150
- Lomónaco, Nadyr Viana, 30
- Londoño F., Juan Luis, 199
- Lopes Costa, M., 44
- Luchina, I., 150
- McDermitt, Maria Teresa, 3
- Medicina preventiva y social, enseñanza de, 125-132
- Médicos
 actitud sobre innovaciones en enfermería, 77-90
 distribución geográfica de, 305-314
 emigración desde América Latina, 316-340
 opinión de, sobre currículo de escuelas de enfermería, 44-50
 recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 423-425
- Metas sobre recursos humanos del Plan Decenal de Salud, 435
- Migración de personal, 316-340
- Minzoni, María Aparecida, 60
- Modelos utilizados en la enseñanza de medicina preventiva y social, 125-133
- Moran, J. A., 403
- Muñoz, Edgar, 125
- Nassif, A., 44
- Noticias, 117-119, 243-245
- Objetivos gerais do currículo de enfermagem: Ponto de vista do estudante, 30-40
- Odontología, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 425-426
- Oteiza, E., 316
- Ozlak, Oscar, 316
- Paciência, E., 44
- Paganini, José María, 281
- Parasitología, enseñanza de, en escuelas de medicina, 209-219
- Personal complementario de diagnóstico y tratamiento, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 428-429
- Personal especializado en salud pública, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 429-430
- Personal de salud, requerimientos de, en base a características del trabajo, 387-401
- Pillet, J. V., 351

- Plan Decenal de Salud para las Américas, recomendaciones y metas sobre recursos humanos, 421-435
- Planificación de recursos humanos, 399-400
aspectos políticos de la, 285-303
conferencia sobre, 117-118, 251-420
problemas y perspectivas, 253-263
- Política de recursos humanos, bases para la formulación de, 265-282
- Proceso salud-enfermedad, concepto, 3-5
- Programación académica en la Escuela Nacional de Salud Pública de Colombia, 199-207
- Publicaciones de la OPS, reseñas de, 120-123, 246-249
- Recursos humanos
bases para la formulación de una política de, 265-282
conferencia sobre planificación de, 117-118, 251-420
papel de la universidad en la formación de, 369-374
recomendaciones y metas del Plan Decenal de Salud, 421-435
y servicios de salud, 351-375
sistemas de información sobre, 403-411
- Reinke, William A., 387
- Relación médico-paciente, seminarios de, 150-156
- Requerimientos de personal de salud en base a las características del trabajo, 381-401
- Requisitos mínimos para la organización y el funcionamiento de la biblioteca de una escuela de medicina*, 122
- Reseñas, 120-123, 246-249, 421-435
- Robirosa, Mario, 287
- Rojó-Fernández, Vicente, 158
- Roseira, M., 44
- Salud ambiental, personal de, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 430-433
- Salud pública, personal de, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 429-430
- Salud pública veterinaria, personal de, recomendaciones del Plan Decenal de Salud, 433
- Seminario sobre Enseñanza de Enfermería a Nivel Universitario, 220-242
- Seminarios de relación médico-paciente—Una experiencia docente, 150-156
- Servicios de salud, extensión de la cobertura de, 351-375
- Sistemas de información sobre recursos humanos, 403-411
- Smith, Jr., Lawrence, 77
- Sonis, Abraam, 265
- Stensland, Per G., 135
- Sussman, Sidney J., 77
- Ticle, M., 44
- Tendencias modernas en la educación médica, 184-197
- Universidad
papel de la, en la formación de recursos humanos, 369-374
participación en la planificación de salud, 378-385
- Verderese, Olga, 1
- Yepes, Francisco, 305
- Zuluaga T., Héctor, 199

INFORMACION A LOS AUTORES

Educación médica y salud gustosamente considerará para su publicación:

a) Artículos sobre educación y adiestramiento de personal para la salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educativos e investigación en educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud. En lo posible, no deberán exceder de 3,000 palabras y habrán de venir acompañados de un resumen breve. Las referencias bibliográficas

deben adherirse a las normas del *Index Medicus* y ser presentadas, en hoja aparte, en el orden en el cual aparecen citadas en el texto. Los cuadros, gráficas y diagramas deben venir en hoja separada.

b) Noticias breves de interés para los educadores médicos a nivel internacional.

c) Reseñas de libros y artículos de particular importancia en el campo de la educación médica.

Los textos deben venir mecanografiados a doble espacio y con margen amplio a ambos lados y pueden ser escritos en español, inglés, portugués o francés.

El cuerpo editorial de la revista seleccionará los artículos que considere apropiados para ser publicados y, cuando sea pertinente, tomará a su cargo la traducción al español y las modificaciones editoriales. Consultará con el autor las modificaciones que impliquen cambios de fondo y, en lo posible, le comunicará la aceptación de su trabajo y la fecha probable de publicación. En ningún caso se devolverán los manuscritos originales.

Los autores de artículos publicados recibirán, gratuitamente, 50 reimpresos y podrán solicitar un número adicional según condiciones que serán convenidas para cada caso en particular.

NOTICE TO AUTHORS

Educación médica y salud will be pleased to consider for publication:

a) Articles on education and training of health personnel in the broadest sense, particularly with regard to the planning, implementation and evaluation of teaching programs, new educational techniques and research in medical education, and the development of human resources for health. As far as possible, the articles should be limited to 3,000 words and the author should enclose a short summary. Bibliographical reference should adhere to

Index Medicus standards and should be submitted on a separate page in the order in which they appear in the text. Illustrations, tables and diagrams should also appear on a separate page.

b) Short news items of interest to medical educators at the international level.

c) Review of books and articles of particular importance to medical education.

The text should be typewritten, double spaced, and have an ample margin on both sides; it may be written in English, Spanish, Portuguese or French.

The editorial staff will select those articles which it considers suitable for publication and, where appropriate, will assume responsibility for translation into Spanish, or for any editorial changes. The staff in question will consult any substantive changes with the author and, as far as possible, inform him of the acceptance of his contribution and its probable publication date. In no case can the original manuscript be returned to the author.

The author of any published article will receive 50 reprints free of charge and may request additional numbers which will be furnished in accordance with conditions to be agreed on in each particular case.

En el próximo número de *Educación médica y salud*, Vol. 8, No. 1, aparecerán los siguientes artículos:

DESARROLLO DE LA INFORMACION Y DOCUMENTACION EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

PARTICIPACION DE VENEZUELA EN LA LITERATURA CIENTIFICA INTERNACIONAL

PAPEL DE LAS REVISTAS MEDICAS EN LA EDUCACION E INVESTIGACION BIOMEDICAS

EXPERIENCIAS SOBRE CENTROS DE INFORMACION BIOMEDICA EN AMERICA LATINA

EVALUACION DE UN CURSO DE CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LA SALUD

NUEVOS SISTEMAS DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD: ALGUNOS MODELOS TOMADOS DE LA EDUCACION ODONTOLOGICA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

UN ANALISIS DE LOS PROGRAMAS EXPERIMENTALES PARA AUXILIARES DENTALES EN PAISES DE AMERICA LATINA Y OTRAS REGIONES

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, hasta 1923 denominada Oficina Sanitaria Internacional, tuvo su origen en una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) que recomendó celebrar "una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas". Esta convención tuvo lugar en Washington, D.C., del 2 al 4 de diciembre de 1902 y estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano, firmado en La Habana en 1924 y ratificado por los Gobiernos de las 21 repúblicas americanas, confirió funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año.

La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) decidió cambiar el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina no fue modificado.

En virtud del acuerdo celebrado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en 1949, la Oficina Sanitaria Panamericana asumió las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud es reconocida también como organismo especializado interamericano en el campo de salud pública con la más amplia autonomía en la realización de sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. En el cumplimiento de sus propósitos, la Oficina colabora con los Gobiernos Miembros en pro del desarrollo y mejoramiento de los servicios nacionales y locales de salubridad, facilita los servicios de consultores, concede becas de estudio, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades de los países limítrofes en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadística de salud, y desempeña otras funciones afines. Su Director es el Dr. Abraham Horwitz.

GOBIERNOS MIEMBROS DE LA OPS

Argentina
Barbados
Bolivia
Brasil
Canadá
Colombia
Costa Rica

Cuba
Chile
Ecuador
El Salvador
Estados Unidos
de América
Guatemala

Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá

Paraguay
Perú
República Dominicana
Trinidad y Tabago
Uruguay
Venezuela

GOBIERNOS PARTICIPANTES

Francia

Reino de los Países Bajos

Reino Unido

OFICINAS DE ZONA

Zona I, Apartado 6722
Caracas, Venezuela

Zona III, Apartado 383
Guatemala, Guatemala

Zona V, a/c Ministério de Saúde
8° Andar, Esplanada dos Ministerios
Brasília, D.F., Brasil

Zona II, Havre 30, 3^{er} piso
México, D.F., México

Zona IV, Casilla 2117
Lima, Perú

Zona VI, Charcas 684, 4^o piso
Buenos Aires, Argentina

Oficina de Campo

509 U.S. Court House
El Paso, Texas, E.U.A.

OFICINA CENTRAL

525 Twenty-Third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Contenido

- PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DE LA PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS**
- BASES PARA FORMULACION DE UNA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS**
- ASPECTOS POLITICOS DE LA PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS**
- DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS MEDICOS**
- EMIGRACION DE PERSONAL MEDICO DESDE AMERICA LATINA A LOS ESTADOS UNIDOS**
- DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA**
- EXTENSION DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS RECURSOS HUMANOS**
- PARTICIPACION DE LA UNIVERSIDAD EN LA PLANIFICACION**
- REQUERIMIENTOS DE PERSONAL DE SALUD EN BASE A LAS CARACTERISTICAS DEL TRABAJO**
- SISTEMAS DE INFORMACION SOBRE RECURSOS HUMANOS**
- CONFERENCIA PANAMERICANA SOBRE PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD—RECOMENDACIONES**
- RECOMENDACIONES Y METAS DEL PLAN DECENAL DE SALUD SOBRE RECURSOS HUMANOS**

