



INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

- Documento Introductorio
- Documento Básico
- Informe del Grupo de Trabajo

Programa de Personal de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Washington, D.C.
1985



INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

CONTENIDO

	PAGINA NO.
DOCUMENTO INTRODUCTORIO	1
DOCUMENTO BASICO	25
INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO	49

PROGRAMA DE PERSONAL DE SALUD
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACION DE LA SALUD
WASHINGTON, D.C.
1985

Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas¹

ROBERTO P. NOGUEIRA²

INTRODUCCION

Una de las peculiaridades económicas del sector de prestación de servicios de salud es su naturaleza de trabajo intensivo. Se calcula que de un 60 a un 80% del presupuesto destinado por los países al rubro de salud se gasta en personal. Esto significa que, a pesar del notable dinamismo tecnológico del sector, el trabajo es aún el insumo más importante en el proceso de atención de salud; o sea, se emplea, proporcionalmente, más fuerza de trabajo que recursos de otra naturaleza.

En el transcurso de los últimos decenios, las presiones de los grupos sociales organizados y la intervención del Estado llevaron a una enorme extensión del aparato productor de servicios de salud y, simultáneamente, garantizaron el consumo a través de mecanismos tales como el seguro social, la asistencia pública y el seguro privado. Durante el período de la posguerra, una absorción significativa de trabajadores por el sector fue, en parte, determinada por esos factores de tipo político-social, que redundaron en el aumento de la oferta de servicios de salud, provocado por los seguros sociales y, más recientemente, por la extensión de la cobertura. Por otro lado, como el grado de automatización y mecanización del trabajo en salud es reducido, lo que le confiere el carácter de trabajo intensivo, se acentuó aún más la capacidad de generación de empleos por parte del sector salud.

Estas tendencias pueden verificarse tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El estudio realizado por Bui Dang Ha Doan (1), para la OMS, demostró que, entre 1965 y 1975, en el conjunto de los países desarrollados, la densidad por 100.000 habitantes del personal de salud, aumentó de 153 a 190, en relación con los médicos; de 296 a 372, en relación con las enfermeras y parteras; y, de 28 a 43 en relación con los técnicos de laboratorios. En las Américas, se verifica un crecimiento similar en el número del personal de salud en las categorías analizadas, para la mayoría de las subregiones.

¹Preparado especialmente como documento introductorio a la reunión del Grupo de Trabajo sobre Prioridades de Investigación sobre Personal de Salud del Programa de Personal de Salud de la OPS y presentado en la Reunión sobre Ciencias Sociales Aplicadas a la Enseñanza de la Salud, Cuenca, Ecuador, noviembre de 1983.

²Consultor de Recursos Humanos, OPS, Brasilia, Brasil.

El aumento de la densidad del personal de salud es indicativo del crecimiento del consumo de esos servicios, en el período 1965-1975, correspondiente a una coyuntura económica mundial favorable y a las políticas sociales de corte Keynesiano que aseguraban una demanda efectiva, por medio del estímulo de sectores económicos no productivos. A partir de 1975 (o más precisamente de 1973) se encierra el ciclo de expansión de la producción capitalista iniciado en los años inmediatos después de la II Guerra Mundial, y los sectores sociales, incluso el de salud, sufren las consecuencias de un conflicto agudo entre las presiones de la demanda, que continúan siendo considerables, y la capacidad de captación y de distribución de los recursos por el Estado, en un momento de recesión económica generalizada. Desde entonces, al parecer, disminuyó el ritmo de absorción de la fuerza de trabajo no solo en el campo de la salud, sino también para el conjunto de la economía en los países capitalistas. Esta tendencia, a pesar de que no pueda ser comprobada con datos objetivos, como los de un censo, se puede apreciar en los innumerables indicios de desempleo y subempleo del personal de salud, incluyendo médicos. Es evidente que estas dos coyunturas (una de extensión y otra de disminución de la oferta de empleo) se reflejaron en la forma totalmente diferente en las políticas del personal y, por consiguiente, sobre los objetos considerados de interés para el desarrollo de las investigaciones en esta área.

Es así que, tomando en cuenta los condicionantes económico-políticos de la actividad científica, optamos por analizar, en este trabajo dedicado a la evaluación de las investigaciones de personal de salud, dos períodos: el de 1965 a 1975 y el de 1976 a 1982.

DELIMITACION DEL TEMA

Las características mencionadas hacen que la fuerza de trabajo en el sector salud tenga un peso considerable en la estructura de gastos del sector, y colocan el estudio de este tema como una de las actividades de más trascendencia con la finalidad de darle base a una política de intervención, tanto a nivel nacional como en el esfuerzo de cooperación internacional.

Sin embargo, pocos fueron los esfuerzos que se realizaron para evaluar la producción científica sobre personal de salud, observación que es válida para todo el campo de los servicios de salud. Es innegable la importancia de registrar las tendencias de esta producción, con el fin de indicar las lagunas, deficiencias y necesidades de una reorientación.

Una de las primeras dificultades que surgen al respecto es la de saber exactamente lo que se quiere decir cuando se emplea la expresión "personal de salud". Se justifica la duda, por el hecho de que, a pesar de existir cierto monopolio y control de las habilidades y prerrogativas en el ejercicio de las prácticas de salud, las responsabilidades por la realización de los cuidados

de la salud son bastante difusas en nuestras sociedades. Toda una gama de actos de salud, expresada por la denominación genérica de autocuidado, se realiza sin la intervención técnica de profesionales en el área—y las investigaciones comprueban que la gran mayoría de los problemas de salud se resuelven así—por iniciativa individual o de grupos oficialmente no legítimos, tales como las parteras empíricas, los curanderos y mediante otras prácticas de la medicina popular o tradicional.

¿Podemos, entonces, tomar la expresión “personal de salud” en un sentido bastante elástico, y designar con ella a todos los que practican actos de salud, independientemente de su carácter profesional o de legitimidad? Coloquemos el asunto en forma más concreta, dentro de aquello que nos compete en este momento: los estudios sobre autocuidado, practicantes tradicionales y participación comunitaria, ¿pueden considerarse como investigaciones sobre personal de salud?

Aparentemente, no existe un impedimento teórico para que la expresión pueda ser usada con esa amplitud. Cualquiera que produzca trabajo en el campo de la salud o colabore en el mantenimiento y recuperación de la salud puede verse como integrante del personal o de los recursos humanos en salud.

Con todo, asumimos o presuponemos que, para caracterizar un estudio cuyo objetivo es el personal en salud, debe existir, en relación con el objeto investigado, algún apoyo institucional que se verifique en el momento de la capacitación o algún apoyo legal en el momento del proceso de trabajo. Se entiende aquí la capacitación en el sentido de la preparación para el trabajo (lo que es diferente de la educación para la salud), aun cuando este no sea remunerado. Por otra parte, hay que considerar los mecanismos legales referentes a la utilización: un ayudante de consultorio particular, por ejemplo, es parte del personal de salud, a pesar de que no haya recibido ninguna preparación formal para el ejercicio de esa función, ya que está sometido a normas jurídicas que rigen sus relaciones con el empleador.

De este modo, no son parte del personal de salud los practicantes del autocuidado y los que están ligados al sistema informal de atención de salud si no cuentan con una preparación específica por parte de las instituciones de salud. Pero sí lo son las parteras y los promotores de salud (voluntarios), ya que han recibido capacitación para actuar como parte articulada del sistema de salud formal. También están excluidos de esa clasificación los agentes de participación comunitaria. Sin embargo, en ciertos estudios sobre medicina comunitaria (como modelo de formación de médicos y otros profesionales de la salud integrados a los servicios) en la cual la participación de la comunidad forma un componente importante, encontramos que es justo colocarlos sobre la rúbrica “personal de salud”, porque se refieren a estrategias o métodos de enseñanza.

En realidad se trata de una distinción para fines pragmáticos, que facilitará sobre todo la evaluación a la que procederemos en este trabajo. Todos

los objetos que tengan estas características, serán tratados bajo la rúbrica "personal de salud".

Metodológicamente, nos proponemos efectuar esta evaluación, revisando tres fuentes de artículos científicos: los publicados en la revista de la OPS, *Educación médica y salud*, de 1966 a 1982; los registrados en el *Index Medicus Latinoamericano*, 1980-1982, y artículos y documentos recientes provenientes de varios países de las Américas.

Para establecer los temas y las líneas de mayor interés en esta evaluación, es menester antes que nada trazar un análisis teórico que implique una toma de posición epistemológica sobre el asunto.

DISCUSION TEORICA: TENDENCIAS GENERALES EN EL PERIODO 1965-1982

Un análisis superficial sobre los problemas del personal de salud en las Américas durante el período en estudio identifica de inmediato los dos cambios más significativos ocurridos: por un lado, la producción de personal y, por el otro, su alistamiento en el mercado de trabajo, o sea:

a) el ritmo de formación de profesionales de nivel universitario, que se había intensificado considerablemente en el período de 1965-1975 tiende a ser contenido desde esa época;

b) la capacidad de absorción de personal universitario disminuye acentuadamente y produce un superávit relativo en la oferta de esos trabajadores.

Evidentemente, se trata de fenómenos que se relacionan entre sí y están determinados por dos coyunturas diferentes, sociales y económicas, de las sociedades capitalistas periféricas; por lo tanto, no se trata únicamente de tendencias sectoriales.

Entre 1965 y 1975, el número de escuelas médicas aumentó en un 137% en los países en desarrollo de todo el mundo. Según información de la OMS, pasaron de 254 a 608 establecimientos de ese género; en los países desarrollados se registró un aumento bastante menor, de 377 a 516 escuelas, lo que representa un crecimiento de apenas un 37%.

Durante ese mismo período se crearon en el Brasil 53 escuelas médicas (lo que representa una tasa de crecimiento del 230%); en México, se abrieron 34 escuelas (o sea un 18% de aumento); en Colombia, se duplicó el número de escuelas médicas, pasando de siete a 14. Para efectos de comparación, conviene citar que en los Estados Unidos de América, se crearon 38 escuelas en ese período (un crecimiento del 45%).

El aumento espectacular del número de establecimientos de enseñanza médica y de los graduados de esa profesión, así como de las otras carreras universitarias de ciencias de la salud, forma parte de una demanda general por la enseñanza superior. Lo anterior se debió a la ascensión de la clase

media de la sociedad, marcada en esta fase por un despegue desarrollista, asociado a modelos populistas o autoritarios de gobierno que, a pesar de la situación estructural de dependencia, hicieron evolucionar en gran medida las fuerzas productivas nacionales, instalando en algunos países una base industrial considerable y ampliando bastante el mercado de consumo interno de bienes y servicios.

Con la extensión y la consolidación de la seguridad social, se engendró la base financiera que permitió, en la mayoría de los países, vigorizar otra vez la extensión de la asistencia médica a nuevos grupos sociales y, de un modo general, llevó al aumento de la proporción de la población atendida por esos servicios, con el consiguiente efecto de cierto crecimiento en la demanda, o nivel del mercado de trabajo, de médicos y de todo el personal de salud.

Durante 1965-1975, la densidad de la categoría médica por 100.000 habitantes, presentó un aumento del 22,4% en la América del Sur Tropical y del 27,4% en la América del Sur Templada, muy superior al 12,9% verificado en los países de la América del Norte. Es interesante constatar que ese índice de oferta de fuerza de trabajo médico era ya prácticamente igual en 1975 en la América del Sur Templada, comparada con la América del Norte (158 y 166, respectivamente) (1,2).

No cabe duda de que una parte nada despreciable de los profesionales de salud formados en ese período constituyeron un excedente frente a las necesidades y las oportunidades de empleo generadas por el mercado de trabajo, a pesar del aumento mencionado. Sin embargo, esto no debe tomarse como un fenómeno anómalo o de desequilibrio, ya que la relativa sobreoferta de médicos y otros profesionales de salud fue justamente lo que aseguró la diversificación y el crecimiento del aparato asistencial en sus múltiples niveles de complejidad de la atención de salud, e inclusive, más recientemente, viabilizó financieramente la puesta en marcha de la política de atención primaria de salud y la extensión de la cobertura de los servicios.

La oferta de enfermeros y profesionales de tipo auxiliar creció también a un ritmo superior al del aumento de la población, reflejando una tendencia semejante. Los datos disponibles para los países en desarrollo, no revelan una mayor coherencia entre estos (cuadro 1).

El desarrollo de la enseñanza de posgrado en salud fue, en parte, posible gracias a esa situación estructural de exceso relativo de oferta de personal universitario, constituyendo, muchas veces, una opción de "subempleo disfrazado" para los alumnos egresados de las facultades.

La incorporación de personal auxiliar en los servicios de salud no siempre se produjo teniendo como vector principal la necesidad debida al aumento de la productividad del trabajo. Esta fue apenas una de las fuerzas que estimularon a lo largo de esos años la mayor utilización de las categorías llamadas de nivel medio o elemental, porque del área de prestación de

Cuadro 1. Densidad del personal de salud en las Américas (por 100.000 habitantes)^a.

Región	Médicos		Enfermeros y parteros		Auxiliares de enfermería y parteras		Técnicos de laboratorio					
	C.1965	C.1975 (%)	C.1965	C.1975 (%)	C.1965	C.1975 (%)	C.1965	C.1975 (%)				
América del Sur Tropical	49	60	22,4	14	29	107,1	35	42	20	3	6	100
América del Sur Templada	124	158	27,4	50	48	-4	28	87	210,7	2	8	300
Centro América Continental	45	51	13,3	21	29	38,1	47	49	4,3	2	4	100
América del Norte	147	166	12,9	348	423	21,6	158	227	43,7	27	78	66

^aPara los países con información disponible.
Fuente: Organización Mundial de la Salud.

servicios de salud, por sus peculiaridades de proceso "trabajo intensivo" depende, en parte, para aumentar su producción, dada una cantidad de recursos humanos y financieros, de la redistribución e integración de las tareas, en funciones que reproducen muchas veces la dinámica de las antiguas fábricas. Para ciertas funciones, los gastos son menos cuando se le asigna al personal subalterno las tareas más simples y rutinarias y se emplea al personal de tipo universitario, especialmente médicos, para el ejercicio de procedimientos más complejos en términos de exigencia de calificación, habilidad y poder de decisión. Sin embargo, existen otros determinantes en la incorporación creciente de personal auxiliar, como es la introducción de nuevas tecnologías instrumentales, cuyo manejo se atribuye, en parte, a esas categorías.

Conviene destacar que en el campo de la salud ocurre también, como en todo proceso de trabajo, en donde intervienen directa o indirectamente las relaciones capitalistas de producción, el fenómeno de calificación/descalificación del trabajo (3). Para el conjunto de la fuerza de trabajo en salud, esto se puede constatar cuando se compara la tasa de incorporación de médicos y auxiliares, que son los profesionales de mayor y menor calificación general, respectivamente, con los de otras categorías. Por ejemplo, en el Brasil, a través de datos obtenidos por la investigación de recursos humanos de la Escuela Nacional de Salud Pública, tomando como base los censos de 1970 a 1980, los dos grupos profesionales que mayor índice de crecimiento presentaron fueron los médicos y los "enfermeros no-diplomados". Este último grupo comprende, en proporción bastante significativa, los profesionales de nivel elemental, clásicamente llamados ayudantes (cuadro 2). Estos dos grupos componen un 65% del total de la fuerza de trabajo en salud.

La investigación mencionada revela datos que llevan a conclusiones de

Cuadro 2. Evolución de la fuerza de trabajo en salud, Brasil, 1970-1980.

Componente de la fuerza de trabajo	Año del censo 1970	% del total de la fuerza de trabajo	Año del censo 1980	% del total de la fuerza de trabajo	% 1970-1980
Personal a nivel superior	84.824	27,6	195.133	31,8	130,0
Personal auxiliar	221.906	72,4	419.553	68,2	89,1
Médicos 45.113	14,7	101.793	16,6	125,6	
Enfermeros no diplomados	134.099	43,7	300.388	48,9	124,0
Total de mujeres	146.624	47,8	357.049	58,1	143,5
Médicos con menos de 10 S.M.	14.256	31,6 ^a	50.245	49,3 ^a	252,2
Total de la fuerza de trabajo	306.730	100	614.686	100	100,4

^aEn relación al total de médicos.

Fuente: Escuela Nacional de Salud Pública/Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística.

gran interés para todos los que se ocupan de los problemas de personal de salud. A continuación presentamos algunos resultados preliminares, los que creemos concuerdan con los de otros países en desarrollo de Latinoamérica:

a) en el período 1970-1980, el total de la fuerza de trabajo en salud (FDT) en el Brasil, aumentó en un 109%, superando en mucho el crecimiento de la población económicamente activa (PEA) que llegó apenas a un 52%;

b) la fuerza de trabajo técnica, compuesta de categorías pertinentes al área de salud, también se duplicó, sumando en 1980 más de 600.000 trabajadores;

c) el personal de nivel superior aumentó más que el de nivel auxiliar, 130% contra 89%;

d) el crecimiento de la fuerza de trabajo técnico se presenta de forma tal que genera una polarización entre médico y enfermeros no-diplomados (tasas de crecimiento de 125,6 y 124%, respectivamente);

e) el conjunto de la fuerza de trabajo en salud presenta una participación femenina acentuada del 47,8% de la FDT en 1970 al 58,1% en 1980;

f) es patente la pérdida de rendimiento que sufrieron ciertas categorías, en función de la suboferta en el mercado de trabajo. Por ejemplo, los médicos que ganan menos de 10 salarios mínimos*, aumentaron de 31,6 a 49,3%, lo que en parte se explica por su incorporación al mercado de trabajo por medio de mecanismos tales como la residencia médica, lo que seguramente evidenció una pérdida de renta real, en una situación de relativo exceso de oferta proveniente del aparato formador.

El paso de una situación de déficit de oferta de médicos y otras categorías de tipo universitaria a una situación en que se observa cada vez más el exceso de producción, se presentó prácticamente en todos los países de la Región durante el período 1965-1982; este cambio de prioridad afectó todas las políticas de recursos humanos en salud seguidas por los gobiernos. En 1966, la revista *Educación médica y salud* surge justamente de esa preocupación, con el fin de estimular los estudios sobre la formación del médico, los métodos y procesos curriculares, y propiciar un incremento en la productividad de las escuelas existentes, ya sea mediante el uso de tecnologías de instrucción más modernas, o la creación de nuevas escuelas, considerando imprescindible elevar su número a corto plazo en la América Latina.

En el primer número de esa revista, Amador Neghme R. (4) trataba de la internacionalización del problema de la educación médica, observando:

"Otra situación que también contribuye a esta internacionalización de la educación médica es su expansión progresiva como medio de satisfacer la demanda creciente de atención médica. Esta mayor demanda resulta del rápido crecimiento demográ-

*Salario mínimo es el señalado por el Gobierno brasileño de acuerdo al proceso inflacionario.

fico de los países—especialmente de aquellos en desarrollo—del incremento de la cultura general, de la migración de la población rural hacia las ciudades, de la urbanización acelerada de los pueblos y del establecimiento de sistemas de seguro social con su secuela inevitable que es la socialización—o al menos, la funcionarización—de la medicina”.

Había todo un ambiente favorable, no solo en el aumento de la enseñanza médica, justificada por las dimensiones demográficas y epidemiológicas de los problemas de la asistencia salud, sino verificada, igualmente, en una política expresa, por parte de la OPS y de los gobiernos nacionales, de perfeccionar o racionalizar el sistema universitario, para volverlo más ágil ante la busca incesante de la enseñanza superior por la clase media de la sociedad. Fue en el decenio de 1960 que ocurrió un fuerte movimiento de reforma universitaria, en todo el Continente americano; se instituyó el régimen departamental o currículo por créditos, etc., como parte de una estrategia de modernización de la universidad, que generalmente siguió de cerca el paradigma prevalente en los Estados Unidos.

En este último país, el estímulo a la formación en masa de médicos surgió en 1963, cuando por primera vez una legislación específica autorizaba al Gobierno a suplementar, con recursos federales, la educación de los profesionales de salud a nivel universitario, con énfasis en el médico. Todavía en 1973, la Comisión Carnegie, que realizó un diagnóstico de las condiciones de la asistencia de salud en el país, concluyó que era necesario continuar apoyando la formación continua de esos profesionales, debido a que escaseaban en ciudades del interior y en las áreas rurales, a pesar de que la oferta, principalmente de médico, debía ser correctamente evaluada. A partir de 1976, con la creación del “Graduate Medical Education National Advisory Committee” (GMENAC), una comisión asesora de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar,* se reveló una tendencia contraria, de limitación en la producción de profesionales de salud (5,6). Después de cuatro años de estudio, el GMENAC estableció la provisión de que, de continuar con el ritmo de “producción”, las escuelas de medicina podrían llegar a generar un excedente de 70.000 médicos en 1990. La Comisión recomendó que las escuelas de medicina en los Estados Unidos redujesen, a corto plazo, en un 10% el número de alumnos que admitían anualmente y que el Gobierno estableciese medidas drásticamente coercitivas a la entrada en el país de médicos graduados en otros países.

La migración internacional de médicos constituyó, como se sabe, tema siempre de actualidad en el contexto de los debates sobre recursos humanos promovidos por los Cuerpos Directivos de la OMS, en los años 70. Un estudio pormenorizado hecho por Mejía y colaboradores (7), demostró que en 1972 existían 170.000 médicos fuera de los países en donde habían

*Ahora Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

nacido o habían sido formados. De ese total, casi la mitad (68.000) se encontraba en los Estados Unidos, muchos de ellos provenientes de los países de la América Latina, en donde la educación masiva de médicos, ocurrida en los años 60, se considera un factor principal en la carencia de oportunidades de empleo, y que determinó la evasión de la fuerza de trabajo médico.

La sobreproducción de médicos y otros profesionales de tipo universitario no puede encararse como un fenómeno pasajero, como un desequilibrio momentáneo entre la oferta y la demanda del mercado de trabajo. De hecho, es esa sobreoferta la que garantiza, por un lado, la rentabilidad de los gastos privados en el sector, al provocar la reducción de los salarios a los trabajadores ya empleados, favoreciendo de un modo general las formas empresariales de la práctica médica a través de sistemas como los de la medicina de grupo. Por otro lado, esa reducción en los costos de la fuerza de trabajo en salud, como ya se dijo, asociada al uso extensivo de personal de baja calificación educacional, ha sido uno de los pilares de las políticas estatales de extensión de la cobertura y la atención primaria.

En la segunda mitad del decenio de 1970, se intensificaron las variantes de esas políticas en materia de recursos humanos, a través de diferentes movimientos que recomendaban la introducción de nuevos tipos de profesionales, tales como el médico general, o auxiliar de salud polivalente, o agente comunitario. La preocupación constante por encontrar alternativas de esquemas asistenciales de costo reducido, muchas veces condujo a soluciones en las que la descalificación relativa del trabajo llevó a una bajísima capacidad de resolución de los servicios ofrecidos a los grupos más pobres de la población.

En los años 60 y a principios de los 70, se presentaron las tendencias que proclamaban la reforma curricular y estructural de la enseñanza médica. Los educadores médicos "progresistas" se volcaron hacia modelos nuevos de capacitación, como los de integración docente-asistencial, conjugados—en diferentes medidas—a los programas de extensión comunitaria o a una práctica más restrictiva denominada medicina comunitaria, en donde necesariamente se divisa algún tipo de participación y envuelve a los grupos sociales a los que se asiste.

Después de la Declaración de Alma-Ata, los programas y las políticas de extensión de cobertura y atención primaria, procuraron otras soluciones educacionales que no dependieran tanto del aparato formador y de los riesgos o desvíos identificados en la tradición académica, a pesar de que la universidad se propone trabajar sin paredes, como es el caso de los Programas de Integración Docente-Asistencial (IDA). Mencionamos, como ejemplos, la integración enseñanza-servicio en el ámbito de las instituciones de salud para preparar personal auxiliar, así como los procesos de educación continua de todo el personal ya empleado en la red asistencial. La supervisión y la educación continua, junto con los sistemas de información, pasan

de las ciencias sociales aplicadas a salud en el currículo de esos cursos y el posgrado en medicina social.

Revisando todos esos cambios y evoluciones recientes, no se puede dejar de reconocer que se amplió considerablemente el campo que abarca la temática de "personal de salud", que habitualmente se refería más al campo de la formación; aparecen ahora, como una constelación de nuevos intereses y objetos (incluso en la investigación), los aspectos que dependen de la dinámica del mercado de trabajo. Mencionamos algunos de esos aspectos: la descripción y evaluación de funciones ocupacionales; la situación de la fuerza de trabajo en sus formas variadas y cambiables de inserción en el mercado de trabajo; los movimientos de asociaciones y sindicatos, incluidas las huelgas y manifestaciones más significativas políticamente; la creación y el confrontamiento de ideologías de los grupos profesionales, etc.

EVALUACION: TENDENCIAS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE PERSONAL DE SALUD

Educación médica y salud

Se trata de una publicación dirigida inicialmente al campo de la enseñanza superior en salud y de la formación de médicos, en particular. Constituye, en la actualidad, un instrumento de divulgación de la política de la OPS y del pensamiento latinoamericano al respecto en el área que comprende inicialmente el desarrollo de los recursos humanos en salud de todos los niveles y categorías. Estas dos características precisan ser debidamente consideradas en una evaluación de los contenidos de los artículos que allí se publican, ya que su selección está, en mayor o menor parte, orientada a los temas que se consideran prioritarios o emergentes de dicha política del quehacer de los países.

Con el fin de viabilizar este análisis, dividiremos los 16 volúmenes de la revista en grupos de cuatro. Los dos primeros grupos abarcan el período de 1966 a 1974 y los dos últimos el período de 1975 a 1982. Los artículos se sometieron a una clasificación temática que obedece a los temas más importantes mencionados en la discusión teórica. Se incluyeron en la investigación no solo los artículos señalados, sino también los editoriales, informes, reseñas, etc.

La primera y más significativa dificultad que enfrentamos se refiere a la naturaleza científica de los trabajos publicados. Si nos proponemos evaluar las tendencias de la investigación en personal de salud, tendría que haber algún criterio para considerar determinado artículo como resultado de una investigación. Desafortunadamente, no fue posible establecer ese(esos) criterio(s) de tipo epistemológico y tal vez no sea conveniente fijarlos, inclusive

por los problemas ideológicos que envuelve la distinción entre ciencia y no ciencia. Decidimos, entonces, considerar todos los artículos como "estudios" y aceptarlos como tales, independientemente de los métodos adoptados por el autor para enunciar sus conceptos y conclusiones. Este sistema es quizás un poco injusto, ya que homogeiniza a todos y deja de considerar los méritos particulares de aquellos que han sido objeto y fruto de un esfuerzo especial de selección y sistematización de datos, sean estos primarios o secundarios. En este sentido, son muy escasas las investigaciones en el área de personal de salud que han trabajado con elementos empíricos, y cuando se han hecho, se caracterizan como encuestas en términos profesionales formados o disponibles en el mercado de trabajo, a la par de eventuales estimaciones de formación y adecuación de las "necesidades".

Analizando el conjunto de los artículos publicados por *Educación médica y salud*, durante el período 1966-1982, se puede verificar que ocho asuntos ocuparon prácticamente el 60% del total de los 315 artículos clasificados. Como no podría dejar de ser, por las características de los primeros años de la revista, el enfoque principal es el de la formación de médicos y su correspondiente currículo, objeto del 16,8% de todos los trabajos examinados (cuadro 3). Gran parte de estos estudios procuran fijar la formación en función y en contribución de determinadas disciplinas o materias (anatomía, semiología, clínica médica, medicina social, etc.), en el contexto de los diversos tipos de currículo de graduación en medicina; otros abordan los problemas generales de formación médica.

Otro tema de gran evidencia es el de los aspectos generales de la organización, metodología y evaluación de la enseñanza superior, en que prácticamente los 36 artículos se refieren a la educación médica. Es de hacer notar que la mayoría de los artículos sobre esta línea se publicaron entre 1966 y 1974, coincidiendo, según nuestra interpretación, con los años en que más se difundieron los aspectos de la "reforma universitaria".

De un modo general, quedamos con la impresión, parcialmente corroborada por esos datos, que la educación médica es un tema que disminuye en importancia en la línea adoptada por la revista, lo que refleja tal vez una pérdida de prioridad política a nivel regional, a partir de la segunda mitad de los años 70.

En efecto, la educación médica cede espacio en la revista a temas que se relacionan íntimamente con las nuevas fases de la política de recursos humanos, dentro de los movimientos y proyectos de extensión de la cobertura y atención primaria. Estos son la formación de médicos integrada con los servicios comunitarios (sobre todo en el sentido de la integración docente-asistencial), que fue objeto de solamente un artículo en el período 1966-1974 y salta a 19 artículos en los volúmenes de 1975-1982; la planificación de recursos humanos, que pasa de 4 a 15; y la formación y uso de personal auxiliar, de 5 a 8 artículos. Son esos temas emergentes que reflejan las prioridades y metas trazadas por los gobiernos nacionales y la OPS.

a ser considerados como instrumentos privilegiados para contornar las deficiencias de la educación universitaria y reciclar las profesiones dentro de una orientación de atención primaria y de las necesidades globales de salud, a pesar de que su aplicación no siempre surta los efectos deseados, debido a los innumerables impedimentos y problemas de orden político y administrativo a que se someten los programas de extensión de la cobertura.

En resumen, las principales tendencias que se pueden identificar sobre el personal de salud en el período 1965-1982 son las siguientes:

a) cambios en el ritmo de la producción de personal de nivel superior, particularmente de médicos; aumento considerable de las escuelas y de los graduados entre 1965-1975; tentativa de contener y reducir la oferta a partir de mediados del decenio de 1970;

b) disminución de la capacidad de absorción por el mercado de trabajo, ocasionando relativo superávit en la oferta de trabajadores de salud, el desempleo y subempleo, de la misma manera que se presentó en el conjunto de la economía de los países periféricos, debido a la etapa de desaceleración y crisis de la producción iniciada en 1973;

c) alteración en la estructura interna de la fuerza de trabajo y sus características: feminización progresiva, polarización creciente con elevada participación de trabajadores más y menos calificados (médicos y auxiliares), intensificación del uso y formación de personal auxiliar, dominación de la renta real de trabajadores ocupados, continuidad en el proceso de transformar en asalariado al productor principal (médico);

d) prioridad en las políticas de recursos humanos en la segunda mitad del decenio de 1970: la formación ampliada y masiva de médicos y otros profesionales de nivel superior es desestimulada; el énfasis pasa a la capacitación con integración enseñanza-servicio en proyectos de asistencia comunitaria y extensión de la cobertura, dirigido sobre todo a la formación del médico general y a las especialidades básicas: se estimula la preparación masiva de personal auxiliar, especialmente de parte de las propias instituciones de servicio y con capacitación en el trabajo; se destaca la educación continua, incluso como forma de suprimir las deficiencias de formación inicial, en cuanto a las tecnologías y necesidades peculiares de los servicios básicos.

Es importante resaltar, después de esta síntesis que las interrogantes más importantes hoy en día, en cuanto al personal de salud, definitivamente no se refieren únicamente al polo de la formación, sino también al polo del mercado de trabajo. Ambos se encuentran íntimamente asociados al superávit de la oferta de profesionales y a la situación de la disminución del salario o del subempleo/desempleo. En primer lugar, en un plano propiamente político, se sitúan los movimientos de carácter corporativo, iniciados por organismos de clase, que tratan de proporcionar a sus miembros mejores

condiciones de remuneración y trabajo. Inevitablemente surgen aquí las diferencias de subgrupos, con sus intereses e ideologías, en el seno de cada categoría de salud, luchando, y algunas veces compitiendo entre sí, por oportunidades y ganancias en el mercado de trabajo. Las variadas formas de vinculación de los profesionales al mercado de trabajo, los objetivos corporativos que se proponen, su "discurso" sobre las prácticas de salud y las necesidades de la población constituyen todo un nuevo campo al que se encuentra ligado el tema de personal de salud, como fruto de un movimiento social que se establece, sobre todo, a partir de 1975.

En un segundo lugar, y en parte como respuesta a las reivindicaciones y movimientos sindicales de las categorías de salud, surgen medidas político/institucionales que buscan conferir una forma más racionalizada a la administración de personal, sobre todo en los aspectos de cargos y salarios. Toda y cualquier política moderna de recursos humanos en salud se ve obligada a, por lo menos, hacer referencia a las necesidades de estructurar planes más justos y equitativos de cargos y salarios, a pesar de su difícil implementación, ya que, si por un lado, aceptan conceder algunas ventajas económicas y profesionales a los grupos que tienen mayor capacidad de movilización y presión (en general, médicos, enfermeros y sanitaristas), no consiguen, por otro lado, como medida administrativa/racionalizadora, tener gran éxito, ya que implican, invariablemente, un aumento en los gastos de personal, lo que una institución difícilmente soporta en tiempos de recesión.

En esa situación de superávit de personal y de no-correspondencia entre las directivas de atención primaria y las características de la fuerza de trabajo ofrecida por el aparato formador tradicional, no solo se vuelven apremiantes las cuestiones ligadas a la administración de los recursos humanos, sino que se visualiza, además, a la planificación como un arma indefectible para corregir las distorsiones y desarmonías entre formación y utilización. La planificación de recursos humanos, como instrumento de la política de atención primaria y servicios básicos, se enfatiza cada vez más por los organismos estatales de coordinación del sector y por la OPS, dentro de la perspectiva de una posible intervención eficaz en las relaciones entre formación y mercado de trabajo, especialmente del sector que está bajo la responsabilidad directa del Estado.

Nada más natural que se apele a la planificación ("colocación racional de recursos escasos", según la definición de los economistas neoclásicos), en momentos de recesión, colocándola casi como una panacea para problemas que no son, en verdad, internos al sector y que sí están ligados a toda la crisis fiscal del Estado. Es así que los cursos de salud pública se dirigieron, en el último decenio, a formar cada vez más planificadores de salud, de acuerdo con la estrategia de atención primaria y todos los métodos modernos de administración de sistemas de salud, en lugar del sanitarista tradicional. A este objetivo se agrega, además, el papel cada vez más significativo

Cuadro 3. Temas de los artículos publicados en Educación médica y salud, 1966-1982.

Temas	Vol. 1-4 1966-1970	Vol. 5-8 1971-1974	Vol. 9-12 1975-1978	Vol. 13-16 1979-1982	Total
1.0 Currículo y formación de personal universitario					
1.1 General	—	—	—	02	02
1.2 Medicina	20	11	15	07	53
1.3 Enfermería	01	03	01	02	07
1.4 Odontología	—	01	01	—	02
1.5 Otras carreras	—	06	02	04	12
1.6 Estudios vocacionales y sobre las características de la clientela aspirante a los cursos	04	01	—	—	05
2.0 Enseñanza en salud pública	03	15	—	08	26
3.0 Formación y uso de personal auxiliar	03	02	03	05	13
4.0 Formación de agentes comunitarios	01	—	01	01	03
5.0 Organización, metodología y evaluación de la enseñanza-universitaria					
5.1 General	16	12	05	03	36
5.2 Integración con servicios comunitarios-Enseñanza comunitaria	01	—	12	07	20
5.3 Hospital de enseñanza	—	05	01	01	07
5.4 Tecnología educacional	—	06	01	01	08
6.0 Funciones ocupacionales del personal universitario					
6.1 General	—	—	01	01	02
6.2 Médico general y de familia	02	—	—	02	04
6.3 Especialidades médicas	—	—	—	01	01
6.4 Enfermería	—	04	—	05	09
6.5 Odontología	01	—	01	—	02
6.6 Otras profesiones	—	01	—	—	01
7.0 Fuerza y mercado de trabajo					
7.1 Médicos	—	08	01	—	09
7.2 Otras profesiones	—	01	—	—	01
8.0 Administración de personal	—	—	—	—	—
9.0 Educación continua					
9.1 General	—	01	02	01	04
9.2 Médicos	02	—	—	—	02
9.3 Otras profesiones	—	—	—	02	02
10.0 Planificación de recursos humanos	01	03	03	12	19
11.0 Asociaciones y sindicatos	—	—	—	—	—
12.0 Ideologías profesionales	—	—	—	—	—
13.0 Supervisión	—	—	—	01	01
14.0 Sistemas de información	01	—	—	08	09
15.0 Otros temas	12	11	11	21	55
No. total de artículos	68	91	61	95	315

Conviene destacar aquí que la enseñanza de la salud pública ocupa el tercer lugar entre los temas de mayor prevalencia (26 artículos en total), a pesar de haber sido objeto de una mayor preocupación en el primer período.

Los artículos sobre fuerza de trabajo y mercado de trabajo del médico, que aparecen en séptimo lugar en nuestra investigación, son casi todos de tipo descriptivo e incluyen la formación, disponibilidad y distribución geográfica de esos profesionales. En el fondo, son estudios sobre oferta y demanda de personal; en general evalúan la adecuación entre formación y capacidad de la utilización efectiva. Ninguno de ellos trata las formas de inserción del médico en el mercado de trabajo como lo hace Cecilia Donnan-gelo (8), quien distingue situaciones tales como la autonomía total y parcial, el sueldo, la propiedad, etc. La mayoría absoluta de esas evaluaciones de adecuación entre oferta y necesidad se realizaron en el período 1966-1974.

En lo tocante a enfermería, los estudios dirigidos a la apreciación de las funciones ocupacionales de la enfermera, aparecen en número mayor que los que se refieren a su formación. Esto se justifica, si se tienen en cuenta las ambigüedades y dificultades en torno a la definición del papel del profesional de nivel superior de enfermería en el contexto de la división técnica del trabajo en salud. Más que cualquier otra categoría del sector salud, los enfermeros han recapacitado sobre su función en la estructura asistencial, generalmente inconformes con que se les atribuyan solamente tareas de supervisión y administración: tratan de fijar para sí un papel propiamente asistencial, en lo que son llevados a definirse frente a los auxiliares que actúan en el área de enfermería.

Los otros temas de interés, de acuerdo con su frecuencia, aparecen en el cuadro 4. Llamamos la atención especialmente a los que se relacionan con tecnología educacional, que se manifestó como una de las prioridades políticas de recursos humanos al inicio del decenio de 1970 (coincidiendo con la creación de los Núcleos de Tecnología Educacional por la OPS) y está asociada también con la problemática de la reforma universitaria, en su vertiente de modernización tecnológica. Otro tema que se revela de igual importancia es la educación continua, sea como metodología general, sea en la actualización y reciclaje de los médicos y otros profesionales, para quienes los sistemas de información desempeñan un papel único (los dos temas fueron tratados nada menos que en 17 artículos).

No podemos dejar de registrar aquí algunas lagunas, o sea, temas que no fueron objeto de estudio alguno a lo largo del período. No se publicó nada acerca de asociaciones o sindicatos, sobre todo se siente la falta de trabajos que sitúen de alguna manera la contribución de esas entidades y su visión ideológica en relación a la educación médica; tampoco se publicó nada sobre sociología de la profesión, tan decisiva, como nos parece, en la conformación de las líneas de la educación médica.

Otros temas de mayor carácter institucional están también ausentes, en particular, los asuntos de administración de personal, que por lo menos en

Cuadro 4. Temas principales de los artículos publicados en Educación médica y salud, 1966-1982.

Temas	Volúmenes 1-8 (1966-1974)		Volúmenes 9-16 (1975-1982)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1. Currículo de medicina/ Formación de médicos	31	19,5	22	14,1	53	16,8
2. Organización, metodología y evaluación de la enseñanza (médicos especialmente)	28	17,6	8	5,1	36	11,4
3. Enseñanza en salud pública	18	11,3	8	5,1	26	8,3
4. Formación de médicos en integración con servicios comunitarios	1	0,6	19	12,2	20	6,3
5. Planificación de recursos humanos	4	2,5	15	9,6	19	6,0
6. Formación y uso de per- sonal auxiliar	5	3,2	8	5,1	13	4,1
7. Fuerza y mercado de tra- bajo de médicos	8	5,0	1	0,6	9	2,9
8. Funciones ocupacionales del enfermero	4	2,5	5	3,2	9	2,9
9. Otros asuntos	60	37,8	70	44,9	130	41,3
Total	159		156		315	

los aspectos actuales de cargos y salarios, deberían haber sido objeto de mayor preocupación.

Index Medicus Latinoamericano, 1979-1982

El *Index Medicus Latinoamericano** (IMLA) presentó un total de 224 artículos sobre personal de salud en los años de 1979-1982 (cuadro 5), clasificados sobre distintas rúbricas como educación médica, personal paramédico, práctica profesional, etc. de los cuales se excluyeron algunos temas por no considerarlos pertinentes al área, o por que aparecen repetidamente en los diferentes volúmenes. Una de las ventajas del IMLA es que abarca innumerables publicaciones mimeográficas y fotocopiadas, fuera de la circulación oficial y de difícil acceso. Por otro lado, se trata de la única fuente bi-

*Traducido por la Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME).

Cuadro 5. Temas principales de los artículos sobre personal de salud en el Index Medicus Latinoamericano (IMLA), 1979-1982.

Temas	No. de artículos	%
1. Currículo de medicina/Formación de médicos	109	48,7
2. Formación y uso de personal auxiliar	22	9,8
3. Organización, metodología y evaluación de la enseñanza (médicos especialmente)	12	5,4
4. Funciones/Formación del médico general y de familia	11	4,9
5. Educación continua de los médicos	10	4,5
6. Formación de médicos en integración con servicios comunitarios	10	4,5
7. Currículo de enfermería/Formación de enfermeros	8	3,6
8. Otros asuntos	42	18,7
Total de artículos	224	

bliográfica representativa, de algún modo, de lo que se produce y publica sobre personal de salud en la América Latina. El *Index Medicus* de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, por el contrario, es rigurosamente selectivo en sus menciones y descartamos la posibilidad de usarlo para esta evaluación, precisamente porque retrata más fielmente las tendencias de los países desarrollados.

Los siete temas principales en frecuencia, abordados por los artículos indexados, abarcan más del 80% del total de los 224. Este resultado es hasta cierto punto sorprendente, ya que demuestra una concentración temática mayor de la registrada en *Educación médica y salud*.

En primer lugar, sobresalen los trabajos del currículo médico y graduación en medicina, totalizando 109 artículos, o sea casi un 50% del total. Le sigue de inmediato el tema de la formación y uso de personal auxiliar con un 10% de los artículos. La frecuencia de los otros temas como se puede ver en el cuadro anexo es mucho menor, del 5% para abajo. Se destacan, junto a la organización y metodología de la enseñanza, dos temas que se incluyen como componentes en la estrategia de la extensión de la cobertura y atención primaria—la formación de médicos integrada con los servicios comunitarios y el médico general/de familia. Otro tema sobresaliente es la educación continua de los médicos.

Verificamos que cerca de un 40% de los artículos catalogados en el IMLA

provenían de dos fuentes únicas: *Educación médica y salud* y *Revista Brasileña de Educación Médica* (ver cuadro 6).

Las lagunas observadas a través del IMLA son las mismas ya comentadas respecto a la revista *Educación médica y salud*.

De un modo general, se puede afirmar que las mayores deficiencias, de acuerdo a nuestro conocimiento, en lo tocante a personal de salud, se sitúan actualmente en el amplio campo del mercado de trabajo: sus dimensiones económicas, legales, ideológicas y políticas. Algunos de los aspectos primordiales respecto a la vinculación del profesional de salud en el mercado de trabajo son escasamente estudiados. Ejemplos de ese tipo de investigación, que consideramos urgente realizar y apoyar a través de mecanismos institucionales de ayuda a la investigación, pueden encontrarse en el periódico *International Journal of Health Services* y en la Bibliografía Latinoamericana de las Ciencias Sociales, preparada por la OPS.

Sobre este particular, hacemos resaltar como paradigma las investigaciones realizadas por Cecilia Donnangelo (8) en lo que se refiere al mercado de trabajo médico. Primero porque sitúa, con mucha sutileza y profundidad analítica, las determinaciones políticas y económicas que vienen moldeando y conformando el proceso del trabajo médico y las oportunidades de inserción del profesional de medicina en la estructura de los servicios de salud, sean estos públicos o privados. Segundo, porque nunca pierde de vista las facetas ideológicas que presentan los subgrupos profesionales en su lucha en el ambiente del mercado de trabajo, lo que afecta incluso las líneas adoptadas por la organización de formación.

La última y valiosa contribución de Donnangelo en esa área, fue realizada para el Consejo Regional de Medicina de São Paulo y está siendo actualmente divulgada bajo el título: *Condiciones del Ejercicio Profesional de la Medicina en el Area Metropolitana de São Paulo*.

Cuadro 6. Participación de Educación médica y salud y de la revista brasileña de Educación Médica, en los artículos catalogados por el IMLA sobre personal de salud, 1979-1982.

Fuente	No. de artículos	%
A. <i>Educación médica y salud</i>	41	18,3
B. <i>Revista Brasileña de Educación Médica</i>	51	22,7
A + B	92	41,7
No. total de artículos	224	

CONCLUSIONES

1. Sobre el personal de salud se ha escrito mucho, pero se investiga poco (muchos artículos, pero pocas investigaciones con fuentes primarias de datos).

2. Entre las investigaciones predominan las de tipo "encuesta" en términos de personal formado, año a año y número de profesionales por categoría (a la par de eventuales estimados de formación futura y "necesidades").

3. La gran mayoría de los autores continúan esencialmente preocupados con el currículo y la organización de la enseñanza universitaria, particularmente la del médico, a pesar de que la proporción de artículos sobre estos temas haya declinado.

4. Otros temas intentaron ganar evidencia en el último decenio, reflejando las nuevas líneas de las políticas de extensión de la cobertura y atención primaria: formación y uso de personal auxiliar, planificación de recursos humanos, formación y uso del médico general, educación continua.

5. Se registran de manera notoria algunas lagunas en las publicaciones revisadas, temas tales como administración de personal, ideologías profesionales y movimientos/asociaciones sindicales, división técnica e integración del trabajo en salud.

6. Importantes investigaciones sobre los aspectos políticos e ideológicos del personal de salud están siendo publicadas en documentos de circulación restringida o en alguna revista especializadas (como el *International Journal of Health Services*) de Norte América.

RESUMEN

Es paradójico que la mayor parte del presupuesto de salud de los países (del 60 al 80%) se invierta en sufragar los costos de personal del sistema y que, no obstante, existan pocos estudios o investigaciones dedicados a evaluar la producción de ese personal. Por la importancia del personal como elemento fundamental del sector y por estar representado en todos los niveles de la atención de salud (desde médicos hasta auxiliares), resulta de vital importancia conocer su evolución a través del tiempo, a fin de poder anticipar tendencias y orientar políticas.

Con este trabajo se busca llenar, al menos parcialmente, el vacío de información sobre el tema. La metodología que el autor consideró más adecuada para esa evaluación consistió en examinar la literatura publicada sobre personal de salud, ya que los artículos y documentos reflejarían la situación. Así, examinó las tendencias generales que se observan en relación con los siguientes aspectos específicos: aumento del personal y de las escuelas de medicina, el auge de la migración internacional de médicos, cambios

en el ritmo de producción de personal, énfasis en la integración docente-asistencial, etc.

Después de analizar detalladamente los artículos de *Educación médica y salud* y del *Index Medicus Latinoamericano* clasificados por temas, el autor llega a la conclusión que aunque se ha escrito mucho sobre el personal de salud, se han hecho pocas investigaciones a fondo, con fuentes primarias de datos, y que cuando se hacen investigaciones, predominan las encuestas. Por otra parte, los trabajos tratan esencialmente del currículo y la organización de la enseñanza universitaria, y reflejan una gran preocupación con la extensión de la cobertura y la atención primaria así como con la formación y el uso de personal auxiliar, la planificación y la educación continua.

REFERENCIAS

- (1) Bui Dan Ha Doan. Statistical analysis of the world health manpower situation circa 1975. *World Health Statistics Quarterly* VI(33)2:127-150, 1980.
- (2) Mejía, A. World trends in health manpower development: A review. *World Health Statistics Quarterly* VI(33)2:112-36, 1980.
- (3) Cordeiro, H. As Empresas médicas: Um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, 1981.
- (4) Neghme, Amador. La educación médica en el plano internacional. *Educ Méd Salud* 1(1):5-11, 1966.
- (5) Reinhardt, U. E. The GMENAC Forecast: An Alternative View. *Amer J Public Health* 71:1149-1157, 1981.
- (6) McNutt, D. S. R. GMENAC: Its Manpower Forecasting Framework. *Amer J Public Health* 71:1116-1124, 1981.
- (7) Mejía, A. et al. Migración de médicos y enfermeras. Análisis y repercusiones políticas. Ginebra, OMS, 1981.
- (8) Cecilia Donnangelo. O médico e seu mercado de trabalho. Brasil, Livraria Pioneira, 1975.

TRENDS AND PROSPECTS FOR RESEARCH ON HEALTH PERSONNEL IN THE AMERICAS (Summary)

It is paradoxical that the lion's share (60 to 80%) of the health budgets of the countries is invested in meeting the personnel costs of the system, and yet few studies have been done to assess the production of that personnel. The importance of personnel as a basic constituent of the sector and its presence at all levels of

medical care (from physicians to auxiliaries) makes it vitally important to know how it has evolved over time so that trends can be anticipated and policies guided accordingly.

This work seeks to fill, at least partly, the information gap on this subject. The method by which the author has chosen to make this evaluation is to examine the published literature on health personnel, inasmuch as the situation is reflected in articles and documents on the subject. He therefore examined the general trends observed in the following specific areas: increase of personnel and medical schools, the upsurge in the international migration of physicians, changes in the pace of personnel production, emphasis on the integration of services and education, etc.

After a detailed analysis of the articles in *Educación médica y salud* and the *Index Medicus Latinoamericano* classified by subjects, the author concludes that, although much has been written on health personnel, little in-depth research has been done in primary data sources, and what is done is predominantly surveys. Besides, this research is concerned essentially with the curriculum and organization of university instruction, and betrays a great concern with coverage extension and primary care and with the training and use of auxiliary personnel, planning, and continuing education.

TENDÊNCIAS E PERSPECTIVAS DA PESQUISA SOBRE PESSOAL DE SAÚDE NAS AMÉRICAS (*Resumo*)

É paradoxal que a maior parte do orçamento de saúde dos países (de 60 a 80%) seja empregada para cobrir os custos de pessoal do sistema e que, não obstante, existam poucos estudos ou pesquisas que avaliem a produção desse pessoal. Devido à importância do pessoal como elemento fundamental do setor e por estar representado em todos os níveis de atendimento (desde médicos até auxiliares), é vital conhecer sua evolução através do tempo, para que se possa prever tendências e orientar políticas.

Com esse trabalho, procura-se preencher, pelo menos parcialmente, a lacuna de informações sobre o tema. A metodologia que o autor considerou mais adequada para essa avaliação consiste em examinar os textos publicados sobre pessoal de saúde, já que os artigos e documentos refletiriam a situação. Assim, examinou as tendências gerais observadas nos seguintes aspectos específicos: aumento do pessoal e das escolas de medicina, auge da migração internacional de médicos, mudanças no ritmo de produção de pessoal, ênfase na integração docente-assistencial, etc.

Após analisar detalhadamente os artigos de *Educación médica y salud* e do *Index Medicus Latinoamericano* classificados por temas, o autor chega à conclusão de que, embora se tenha escrito muito sobre o pessoal de saúde, realizaram-se poucos estudos a fundo, com fontes primárias de dados, predominando as pesquisas. Por outro lado, os trabalhos tratam essencialmente do currículo e da organização do ensino universitário, e refletem uma grande preocupação com a extensão da cobertura e do atendimento primário, bem como com a formação e o uso de pessoal auxiliar, planejamento e educação contínua.

TENDANCES ET PERSPECTIVES DE L'ENQUÊTE SUR LE PERSONNEL DE SANTÉ DANS L'HÉMISPHERE AMÉRICAIN (Résumé)

Il est paradoxal que la majeure partie du budget de santé des pays (de 60 à 80%) soit consacrée à couvrir les coûts de personnel du système et que, cependant, il soit effectué peu d'études ou d'enquêtes pour évaluer la production de ce personnel. Du fait de l'importance du personnel comme élément fondamental du secteur et de sa présence à tous les niveaux des soins de santé (des médecins aux auxiliaires), il est d'une importance vitale de connaître son évolution dans le temps, afin de pouvoir prévoir les tendances et orienter les politiques.

Cet ouvrage s'efforce de combler, ne serait-ce qu'en partie, le manque d'information sur ce sujet. La méthodologie que l'auteur a jugée la mieux appropriée pour cette évaluation a consisté à examiner les ouvrages publiés sur le personnel de santé, vu que les articles et documents publiés sur ce sujet devraient donner un reflet de la situation. Cet ouvrage examine donc les tendances générales observées par rapport aux aspects spécifiques suivants: augmentation du personnel et des facultés de médecine, la forte migration internationale de médecins, les variations du rythme de production du personnel, l'importance donnée à l'intégration de la formation et de l'assistance, etc.

Après une analyse détaillée des articles d'*Educación Médica y Salud* et de l'*Index Medicus Latinoamericano* classés par rubrique, l'auteur arrive à la conclusion que, bien que l'on ait beaucoup écrit sur le personnel de santé, il a été fait peu d'enquêtes approfondies, on a peu utilisé les sources directes de données, et lorsque des enquêtes sont effectuées, elles sont de portée limitée. D'autre part, ces études traitent essentiellement du programme et de l'organisation de l'enseignement universitaire, et reflètent un grand intérêt pour l'extension de la couverture et des soins de santé primaires ainsi que pour la formation et l'utilisation du personnel auxiliaire, la planification et la formation permanente.

3

4

5

6

Investigación sobre personal de salud: análisis de prioridades y orientaciones de política¹

LUIS STULHMAN Y FRANCISCO CODINA²

INTRODUCCION

En distintas reuniones internacionales y trabajos publicados por lo menos en los últimos 10 años se ha tratado de la investigación sobre personal de salud en las Américas. Sin embargo, no parece sencillo encontrar un enfoque sistemático del asunto. El presente documento seguramente no resolverá el tema en cuestión, pero sí tratará de:

- a) sistematizar el tema de las prioridades de investigación en este campo;
- b) ubicarlo dentro del marco más general de una política científico-tecnológica;
- c) sugerir algunas orientaciones de política para la OPS que permitan ir encarando orgánicamente el tema en los próximos años.

Considerar así la temática implica considerar, por un lado, qué es lo que hay que resolver, y por el otro, cómo estudiarlo.

El *qué investigar* (las prioridades) ya señaladas como demandas en distintos informes gubernamentales, internacionales o de expertos individuales, constituye lo que podría llamarse el conjunto de necesidades (expresadas) del sistema usuario de conocimientos.

¿En qué medida el sistema científico-técnico de nuestros países tiene respuestas para esas demandas? La insistencia en las prioridades o trabajos que estudian parte de la oferta, como el recientemente producido por Roberto Nogueira (1), sugieren que solo en menor medida.

Señala el Director de la OPS (2) entre las carencias de la Región "esfuerzos insuficientes o inadecuados en la investigación y el desarrollo tecnológico" y deficiencias en la utilización de recursos humanos. A estos temas nos vamos a referir. El énfasis en la investigación indica que las vías para obtener conocimiento sobre el sistema de salud, o sus recursos humanos, pueden ser, generalmente, dos: a) la experiencia o conocimiento común, y b) la información que suministra el sistema científico-técnico.

¹Documento Básico para la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud, reunido en Washington, D.C., en mayo de 1984.

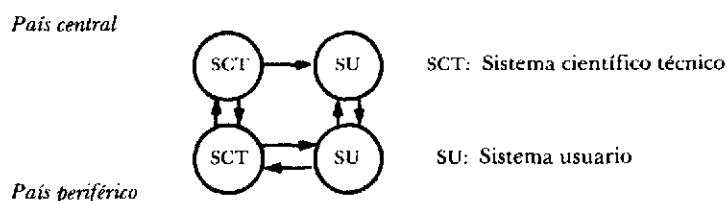
²Consultores de la OPS.

El primer camino no produce conocimiento sistemático, lo cual no quiere decir que, en diversas oportunidades, no sea exitoso. Sin embargo, debido a la complejidad de los problemas y al número de variables involucrados, parece más conveniente optar por la provisión sistemática, defendiendo en todos los casos, los resguardos necesarios específicos. No se trata, **por tanto**, de una variación "cientificista" sino de reducir lo más posible el número y magnitud de nuestros errores.

Los sistemas de ciencia y tecnología (o sistemas productores de conocimiento) de nuestros países han seguido dos tipos de modalidades:

a) En los países con menor desarrollo, tales sistemas son embrionarios o no existen. Así, el conocimiento necesario se importa en bloque desde algún país central. En tal caso el país importador no puede evaluar qué compra y, con frecuencia, utiliza tecnologías demasiado sofisticadas para sus necesidades (lo que a veces se ha llamado la "villa miseria con computadora"), o tecnologías totalmente obsoletas que ya no se venden en los países centrales;

b) En los países con un grado mayor de desarrollo (dentro del marco de América Latina, claro está), los sistemas científicos han seguido más bien el tipo de "modelo agroexportador de la ciencia y la tecnología" (3), con los siguientes movimientos:



La relación esperada entre el sistema usuario (sistema de salud en este caso, organizaciones industriales en otros) con su sistema proveedor de conocimientos (los centros de investigación y desarrollo locales, los centros académicos nacionales, etc.) es una relación bloqueada. El SCT funciona aisladamente de sus posibles usuarios, investigando, a veces bien y a veces mal, temas de dudosa relevancia para el sistema usuario local.

En cambio, mantiene relaciones con el SCT del país central correspondiente, enviando información y recurso humano científico, y recibiendo información y financiamiento. A su vez, el SCT del país central si se ha ocupado de lo que es relevante investigar y desarrollar *en su contexto*, y así puede interactuar con el SU local. ¿De dónde obtiene entonces su tecnología el SU local, si carece de relaciones con el SCT nacional? Pues improvisa o reproduce lo que hace el SU del país central (con frecuencia, pagando por ello "derechos" por el uso de licencias, como por ejemplo, en la industria farmacéutica) (4). Así, tecnología con frecuencia útil en el país en que fue

generada, se transfiere (o vende) acríticamente a nuestros países, sin que exista el filtro necesario que adecúa lo que se recibe a las condiciones locales. Este es un fenómeno muy conocido y muy generalizado en los países en desarrollo, y se han buscado diferentes paliativos para el mismo, con poco éxito. Veámos ahora cómo se presenta este fenómeno en el sector salud.

Desde el punto de vista tecnológico, el sector salud tiene las siguientes características:

a) Es un sector fundamentalmente de uso de mano de obra intensivo, a diferencia de la mayor parte de las industrias que son de uso intensivo de capital. En términos de criterios heurísticos, por otra parte, los sectores pueden considerarse, fundamentalmente, según donde se ubique la tecnología:

- en la planta y el equipo;
- en la materia prima;
- en el proceso;
- en el producto;
- en los recursos humanos.

Este último atañe a los sectores sociales, como salud y educación: la tecnología es fundamentalmente desincorporada, está más bien "dentro" de las personas (recursos humanos de salud con conocimiento utilizable o utilizado). Esto no implica, por supuesto, la inexistencia de tecnología incorporada en equipos (rayos X, radiografías, laboratorio, etc.), sino que se señala el aspecto que prima: recurso humano.

b) El mercado de salud tiene características propias, como se ha señalado (5):

- La principal demanda para el uso de los recursos de salud viene fundamentalmente del principal proveedor—el médico—más que de los consumidores;
- los consumidores tienen una capacidad limitada de evaluar los servicios que reciben;
- en la medida en que los consumidores a menudo requieren atención urgente, sus posibilidades de buscar soluciones alternativas se ven limitadas.

Así el proveedor funciona independientemente de los usuarios en la selección tecnológica. El proveedor no solo decide qué es lo que el usuario requiere, sino que se espera que provea también los bienes y servicios correspondientes, y actúa como una especie de comprador calificado en nombre del paciente.

c) En términos de la naturaleza misma de la tecnología típica del sector salud, esta es, por lo menos en casi toda la atención médica, tecnología imperfecta, es decir es el tipo de tecnología en que la relación insumo-pro-

ducto no se puede predecir con seguridad sino que es probabilística: en las tecnologías secuenciales (6), por ejemplo las típicas de la industria de armado en serie (líneas de montaje) la tecnología asegura que dada cierta calidad y tipo de insumos, combinados de cierta manera, es *seguro* que saldrá tal producto. En salud, esto es diferente: dada cierta combinación de exámenes, operaciones y medicamentos, solo es *probable* que el paciente reaccione de determinada manera. Evidentemente, el área de salud que más se acerca a una tecnología secuencial es la de actividades de tipo preventivo, fundamentalmente vacunación, las que, por ende, son más fácilmente delegables hacia recurso humano con menor nivel de calificación.

En cambio, parece más racional utilizar al personal con más alto nivel de calificación cuando el problema a resolver requiere un nivel mayor de discreción: tal es el caso de gran parte de la atención médica, donde el tipo de tecnología predominantemente es la *intensiva*: la materia prima (paciente) es sometida a distintos estímulos, y la rutina a seguir en la transformación no está decidida a priori, sino que se va elaborando por "feed-back" del paciente (información que este transmite al proveedor a través de su temperatura, presión, etc.).

En este trabajo nos referiremos tanto a lo que se llama propiamente *investigaciones*, que implican adquisición de nuevos datos (primarios) con nuevas hipótesis, a través de encuestas, experimentos de campo, etc., como a los llamados *estudios*, con datos secundarios, recolectados por algún sistema de información permanente. En este último caso, lo que importa no es la fuente de datos sino su tratamiento.

LA SITUACION DEL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN LA REGION

Un trabajo bastante reciente (7) nos permite disponer de un marco mayor que el de la investigación, dentro del cual se señalan necesidades actuales importantes. Se comenta en este trabajo: "Si analizamos la evolución histórica de los estudios de oferta y demanda, veremos que hasta mediados del siglo esto era innecesario. La demanda era tan grande que era signo de progreso el satisfacer un déficit exagerado. La preocupación estaba centrada en la planeación educacional, en los contenidos y no en lo que representaba el recurso humano como respuesta a una demanda social".

Este fenómeno también se manifestó en el campo del saneamiento ambiental. A partir de 1951, en la 4a Asamblea Mundial de la Salud se adoptó una resolución que solicitaba del Director General de la OMS apoyo a la formación de personal para el saneamiento ambiental. Como consecuencia de esta solicitud y como reacción a una creciente demanda en los países,

empezaron a surgir los cursos para ingenieros sanitarios a nivel de posgrado o de complementación universitaria.

Con la expresa relación de los niveles de salud con el mejoramiento de los niveles de bienestar, se hizo necesario enfocar el problema de los recursos humanos en su triple dimensión: la planificación, la educación y la capacitación, y la utilización. En efecto, los recursos humanos son componentes imprescindibles del proceso de desarrollo socioeconómico, íntimamente relacionados con el tipo de sociedad en que están inmersos. Por lo tanto, no será posible planificar los recursos humanos sin una definición del tipo de sociedad a la que deben atender. En otras palabras, el tipo de sociedad define un tipo de práctica de salud que genera un sistema de prestaciones que, a su vez, condiciona el tipo de recursos humanos que la ejecutará.

En general, podríamos decir que la planificación de los recursos humanos en salud después de un auge inicial, está en un período de menor actividad. Las oficinas de recursos humanos se han orientado más bien a la formación de personal técnico y auxiliar. En el último bienio aparecen signos de un renacer de la planificación en consonancia con el desarrollo de los programas de extensión de cobertura.

Los problemas que enfrenta la planificación son muy variados. Señalaremos algunos, sin pretender ser exhaustivos:

- Decisiones sobre recursos humanos fuera del contexto de la planificación general de salud.
- Enfoque por grupos ocupacionales aislados. Ausencia de planificación por "equipos de salud".
- Disociación entre planificación y educación en salud.
- Información inadecuada.
- Organización deficiente del sector salud en muchos países, lo que trae consigo la gran variedad de instituciones, normas, funciones, etc.
- Desconocimiento o conocimiento parcial de las condicionantes de la selección de profesiones en salud.
- Falta de definición de políticas y falta de estimación de los aspectos socioculturales.

Se considera que la planificación está desligada de una ideología determinada; si bien esto es cierto, también lo es que, en un determinado contexto, la planificación ha de partir de un conjunto de premisas de orden político que condicionan sus lineamientos y resultados mientras los países vivan en una etapa histórica de enfrentamiento a múltiples contradicciones y al juego de diferentes esquemas ideológicos a nivel político y económico, que se presentan en forma concomitante en un momento determinado. De tal situación no se escapa el sector salud, en cuanto a la conceptualización de la salud y la responsabilidad del Estado en la atención de la misma, así como frente al papel de los recursos humanos, las diversas modalidades de su

utilización y el conflicto entre derechos individuales e intereses de la comunidad.

Todo lo anterior dificulta la planificación de recursos humanos, pero así mismo nos orienta al desarrollo de algunos mecanismos que la hagan factible, como son:

- La promoción de la organización de sistemas adecuados de información de recursos humanos.
- Estímulo de metodologías adecuadas.
- Apoyo a los procesos de planificación integrados entre los sectores de salud y educación (pública y privada).
- Desarrollo de enfoques globales de los recursos humanos.
- Estímulo a los estudios especiales de recursos humanos (perfiles ocupacionales y procesos educacionales, análisis de la calidad del recurso humano, entendiéndose como tal la relación estrecha con la necesidad de los servicios, análisis de utilización, etc.), como parte de la investigación de servicios de salud.

Políticas

En la mayoría de los países de la Región no se han definido políticas en relación con la planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos en salud.

Generalmente, se han planteado políticas en conexión con algunas profesiones, sobre todo las universitarias o aquellas que, en búsqueda de un ascenso social, han logrado legislaciones específicas que norman su ejercicio, derechos y responsabilidades. Sin embargo, estas políticas poco tienen que ver con el proceso de planificación, tanto educacional como de recursos humanos y menos aún con el proceso de planificación general de salud.

En algunas reuniones organizadas por la OPS, como la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud (8), se hicieron recomendaciones para la definición de políticas de recursos humanos por los países, pero poco se ha logrado en este sentido. Consideramos que la falta de definir la política del sector salud en general en muchos países, es la causa de la ausencia de políticas de recursos humanos.

En la primera reunión sobre Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe (9), se señalaron algunos lineamientos de políticas de recursos humanos en salud en los países, a saber:

- a) La formación de recursos humanos en salud y la creación de instituciones formadoras serán responsabilidad del gobierno, en función de una política de salud y educación debidamente explícita.
- b) La formulación de políticas de salud y su ejecución—inclusive el de-

sarrollo de recursos humanos—debe ser el resultado de la acción intersectorial—salud y educación—mediante la creación de organismos interinstitucionales encargados de su coordinación, ejecución y supervisión.

c) La autonomía universitaria no debe constituir un obstáculo para que las universidades participen en la definición de políticas de salud y, especialmente, de los recursos humanos necesarios.

d) La formación del personal de salud debe estar enfocada en consonancia con las políticas de salud del país, de acuerdo con su realidad sanitaria y con propensión a su transformación.

e) Toda política de salud debe tener en cuenta los recursos humanos desde el punto de vista de su cantidad y calidad, las relaciones entre las diversas categorías y debe promover los cambios que sean necesarios.

f) Cada país debe definir la estructura de su personal de atención en salud y garantizar el desarrollo equilibrado de la misma.

g) Debe revisarse la práctica médica, sus instituciones y coordinación de trabajo, para corregir o modificar las tendencias actuales.

h) Los países deberán dirigir sus acciones hacia la constitución, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de servicios debidamente concebidos y planeados para prestar atención en salud a toda la población y que permitan el aprovechamiento integral de la red asistencial para la formación de profesionales de salud.

i) La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras, dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones, en las cuales se dispensan servicios de salud a la población.

Finalmente, se debe agregar que es esencial el desarrollo de políticas de utilización de personal mediante la puesta en marcha de medidas de desarrollo del personal, tales como promoción de incentivos, educación continua, mejoramiento de la tradicional carrera funcionaria, etc. De igual manera deberán estudiarse, por medio de investigaciones específicas, sobre todo de orden económico-financiero, las implicaciones del desarrollo de los servicios de salud, en relación con una mayor utilización del personal de salud, su costo, etc.

A lo anterior, se suma el hecho de que el rápido desarrollo tecnológico de nuestra sociedad, con el consecuente impacto sobre el ambiente, exige nuevos campos de acción para el personal de saneamiento ambiental, así como una redefinición sistemática de los perfiles ocupacionales y de las carreras profesionales.

Formación del recurso humano

Cabe señalar que, en la mayoría de los países, hay facilidades educativas satisfactorias para la formación universitaria. También existen dentro de

los servicios, estructuras—aunque generalmente insuficientes—para la formación de personal auxiliar; pero se advierte una grave deficiencia para la formación de personal técnico a nivel medio. Esto demanda una revisión urgente de las políticas actuales.

Sin embargo, cabe recalcar que el problema fundamental no radica en los costos iniciales de formación del personal adicional, sino en los costos recurrentes de su empleo posterior y remuneración adecuada. Estos costos plantean problemas a las instituciones nacionales y es necesario asegurar un financiamiento nacional suficiente o, en su defecto, financiamiento externo, hasta que los gastos recurrentes puedan ser absorbidos por las mismas instituciones.

En los aspectos cualitativos, el nuevo personal deberá ser formado para desempeñarse en sistemas de salud en los cuales la atención primaria es la estrategia fundamental. Por lo tanto, en los estudios debe hacerse hincapié en la salud pública y en la epidemiología y en aquellos aspectos socioculturales de la problemática de salud y enfermedad a nivel nacional y local. En otras palabras, la calidad debe considerarse como la estricta relación entre el proceso educacional y las necesidades de salud de la población.

Este planteamiento de una “calidad nueva” permite darle a las especializaciones futuras del estudiante una base científica que parte de las necesidades reales de la población y que, a la vez, hace más factible la reorientación del personal actual.

Utilización de personal

Este aspecto del desarrollo de los recursos humanos, es al que menos atención se le ha prestado. Como decíamos al inicio de este trabajo, las necesidades de personal de salud eran tan grandes que todos encontraban trabajo. Ahora esto no sucede así, y los signos de desempleo y subempleo profesional se hacen patentes. La formación de técnicos medios en salud sin autonomía de trabajo, trae consigo la rápida desocupación e incapacidad del sector salud de ir incorporando promociones sucesivas. La falta de políticas de personal de salud, hace difícil la carrera funcionaria y, en el momento actual, la rapidez de los cambios estructurales exige una formación flexible para hacer frente a las transformaciones que se producirán en las ocupaciones y al hecho de que educar es formar integralmente. Ello obliga a aumentar el contenido científico en la formación técnica y los aspectos de destrezas y aptitudes en la formación científica.

Se trata de enseñar no solo una determinada técnica, sino la aptitud para manejar técnicas, inclusive las hoy imprevisibles. En otras palabras, la formación en una atmósfera de tecnicidad. Todo lo anterior orientado al mejor desarrollo de sus comunidades, de una “preformación de la vida por la ciencia”, de la valoración de la ciencia y tecnología como instrumentos de desarrollo adecuado.

Los problemas de utilización comprenden no solo la buena distribución geográfica, sino también los problemas de distribución y redistribución de funciones, readiestramiento de personal, definición de los recursos económicos necesarios, etc. Este proceso complejo se refleja finalmente en las contradicciones tales como la necesidad de formar gran número de personal y, al mismo tiempo, en el número significativo del personal de salud desempleado o con empleo inadecuado. En consecuencia, es necesario buscar nuevos caminos que ayuden al mejoramiento del uso del personal, para lograr el empleo pleno de este personal mediante políticas socioeconómicas adecuadas, la educación permanente, el desarrollo de incentivos y el establecimiento de la denominada "carrera funcionaria".

La utilización adecuada del personal requiere el desarrollo de un proceso de educación-supervisión, que a su vez será generador de la educación continua. De acuerdo con sus varias modalidades, la educación continua permite la readaptación del personal para cumplir nuevas funciones o el constante refuerzo de las funciones que cumple ese personal, en consonancia con los cambios que ocurren en la dinámica del servicio, como especialmente sucede en la estrategia de la atención primaria de salud. Lo anterior incluye la evaluación de la formación del personal de salud, a través de los procesos mencionados de educación-supervisión y de una educación continua o permanente, diseñados como modelos a nivel nacional.

Planificación y programación de los recursos humanos

Es necesario que las políticas nacionales de salud en atención primaria presenten una definición clara de la política de desarrollo de recursos humanos en salud, en consonancia con la política nacional de desarrollo de recursos humanos en general.

En el momento actual se debe dar énfasis a la utilización del personal. Los procedimientos de planificación y capacitación no constituyen problemas metodológicos ni prácticos. El empleo necesario y adecuado del personal es la estrategia más importante.

A pesar de que el personal a ser adiestrado es numeroso, este no es un problema real, ya que los países cuentan con métodos, procedimientos, recursos humanos y, en general, una tradición educacional, con lo que se podría fácilmente lograr las metas numéricas.

El problema numérico radica en la rigidez para aceptar el cambio y la aceptación de metodologías innovadoras para la formación de gran número de personas. Lo importante es la calidad del adiestramiento y por calidad entendemos la íntima relación que debe prevalecer entre el adiestramiento y las necesidades del servicio y, en consecuencia, entre el adiestramiento y las necesidades de salud de la población.

En función de lo anterior, será necesario estimular y demostrar la impor-

tancia de un diagnóstico de base, centrado en la investigación social, epidemiológica, etc. de los subsistemas de información de recursos humanos, el desarrollo de metodologías simples y reales de planificación. En situaciones de cambio como las actuales, el diagnóstico de la situación de los recursos humanos deberá emplear todas las posibilidades, desde aquellas basadas en información confiable, hasta aquellas centradas en el consenso o siguiendo aproximaciones sucesivas de acuerdo con el desarrollo de las acciones.

PRIORIDADES DE INVESTIGACION DE PERSONAL: LO QUE SE HA DICHO

Según Wyngarden "nunca se insistirá bastante en la complejidad de este proceso de fijar prioridades de investigación" (10).

Analizando los trabajos sobre el tema, se observan cuatro estilos distintos o mecanismos de generación de prioridades:

1. A partir de la construcción de escenarios socioeconómicos, y derivar de ellos las prioridades de investigación. Ejemplo de ellos es el documento de Cuenca (11) donde se señala el desempleo, el incremento de personal asalariado, la estructura del mercado de trabajo, el papel de las organizaciones sindicales, la producción de personal de baja calificación para ampliar la cobertura, etc., y a partir de allí se derivan las prioridades de investigación de personal:

- cuantifica el mercado y el desempleo;
- estudia condiciones de trabajo;
- estudia el impacto de la tecnología, y
- cambios en la enseñanza y efectos en la práctica médica (11).

2. Una segunda modalidad es más bien "experiencial", por reuniones de expertos o informes gubernamentales que no explicitan de que marco derivan las cosas, más allá de una "observación de falencias", lo que hace más difícil priorizar un tema sobre otro, salvo cuando se incluyen descripciones del estado del sistema de servicios, y de allí se sacan criterios (impacto social, reducción de costos, estado del arte).

3. Un tercer camino es el de definir las prioridades a partir de marcos teóricos como por ejemplo, establecer un marco referencial de análisis sociopolítico y derivar de allí la necesidad de investigar los grupos de intereses, grupos de presión o agentes de demandas políticas en salud (gremios, asociaciones técnicas) (12); introducir un marco teórico de sociología de las profesiones y derivar de allí la necesidad de investigar la emergencia e institucionalización de muchas profesiones en salud (9), o esquemas similares.

4. Un cuarto mecanismo detectado es el estudio empírico del sistema de por lo menos una parte de la oferta de trabajos de investigación en salud, y derivar de lo existente las "lagunas" es decir, lo que no se ha hecho.

A partir de los trabajos identificados según las fuentes señaladas, e incorporando distintos ejemplos (13-17) a los recientemente señalados, se podría ordenar el tema de las prioridades de investigación de la siguiente manera.

1. *Necesidades de investigación derivadas del sistema de atención de salud*
 - a) Vinculadas a la operación del sistema.
 - i. Disponibilidad de recursos humanos según responsabilidad, distribución funcional, geográfica, por programas, por subsectores, migraciones, características demográficas (usualmente descripciones).
 - ii. Utilización de los recursos humanos, subempleo, subutilización, funciones, sustitución, etc.
 - b) Vinculadas a las tecnologías de gestión utilizadas por el sistema.
 - i. Técnicas de planificación, programación y productividad, funciones de producción.
 - ii. Técnicas de administración de personal y su impacto (remuneraciones, beneficios, selección, desarrollo de carrera).
 - c) Efectos organizacionales sobre la satisfacción del personal.
 - i. Relación entre tecnología básica y relaciones sociales de producción.
2. *Necesidades de investigación derivadas de un sistema educativo*

Vinculadas al rendimiento del sistema mismo. Es el aspecto más difundido por lo que no se considera necesario revisarlo aquí.
3. *Necesidades de investigación derivadas de la interfase sistema de servicios—sistema educativo*
 - a) Vinculadas a la adecuación entre un sistema y el otro: ¿se adecúa al sistema educativo, al desempeño posterior del personal? etc.
 - b) Vinculadas a la emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones (preparación, asociación, código de ética), autonomía, atributos actitudinales, expectativas, etc.
4. *Necesidades de investigación derivadas del contexto*
 - a) Vinculadas a las características económicas del mismo. Ej: Mercado de trabajo y sus tendencias.
 - b) Vinculadas a aspectos de organización política. Ej: emergencia y papel de las organizaciones laborales o sindicales.
 - c) Vinculadas a aspectos sociales. Ej: tendencias socioculturales de la población.

5. *Necesidades derivadas de aspectos no sustantivos (metodológicos, técnicos, de apoyo) de la investigación en personal de salud*

- a) Registros, centros de información, sistemas de información.
- b) Metodologías de investigación.

ORIENTACIONES DE POLITICA EN INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

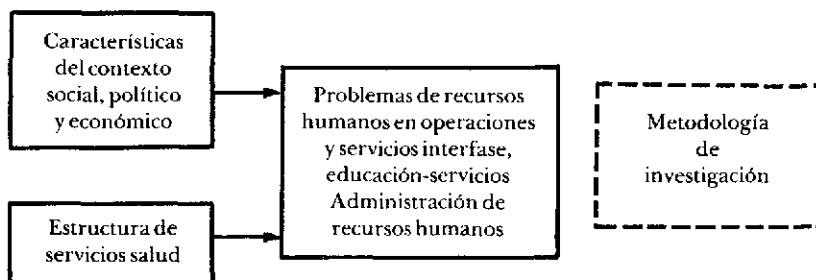
Formulación de una política

Se acepta que la formulación de una política supone distintos aspectos:

- una situación presente insatisfactoria o perfectible;
- objetivos generales de transformación de esa situación;
- definición de los medios para lograrlo.

A continuación se analizan esos puntos.

La situación insatisfactoria. Esta situación abierta en las dimensiones señaladas en el primer punto, implica un conjunto de problemas que no se pueden resolver si no se realiza un esfuerzo sistemático de conocimiento (investigación) de dichos temas. La situación sería la siguiente:



Las prioridades propuestas y las prioridades de investigación sustantiva. En función de los puntos anteriores y seleccionando las prioridades por su impacto social, su impacto económico, y su posibilidad de transformar y ser transformado, se sugiere el siguiente ordenamiento:

Primera prioridad

- Investigaciones sobre factores contextuales que influyan sobre el personal de salud, tales como estudios del mercado de trabajo, grupos de presión (sindicatos) o tendencias socioculturales de la población.

- Investigaciones sobre la estructura de los servicios de salud, como factor condicionante de lo que pueda ocurrir con el personal de salud y viceversa.
- Investigaciones sobre aspectos operativos y/o de gestión del sector que comprenden directamente el problema del personal, tales como: determinantes de los niveles de productividad; utilización de personal (estructura ocupacional); determinantes de la deficiente distribución espacial.

Segunda prioridad

- Interfase educación-atención. Determinaciones mutuas, adecuación, flujo de recursos, etc.
- Sociología de las profesiones: emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones, adaptación de las profesiones o necesidades contextuales.

Tercera prioridad

- Administración de personal, incluyendo tanto aspectos de satisfacción e impacto tecnológico como técnicas de gestión y sus resultados. La ubicación en esta prioridad no pretende restar importancia al tema, sino solo reconocer su carácter *micro* vs. el carácter *macro* de los anteriores.

Cuarta prioridad

- Estudios sobre el sistema educativo de salud, ámbito que aparece como el más trabajado hasta el presente.

Prioridades metodológicas

Se trata aquí de ir definiendo una cierta manera de realizar la tarea de investigación. En la medida en que se acepte que estamos ante la posibilidad de organizar, coordinar o, desarrollar un cierto sistema científico técnico para resolver problemas de un sistema usuario, debería considerarse como se estructura el mismo. La primera y sustancial definición tiene que ver con el problema de la calidad y la relevancia de lo que se investigue.

La calidad parece ser, en principio, un problema de ajustarse a una metodología o a algunas condiciones metodológicas, que garanticen que un proyecto de investigación respeta alguna manera más o menos lógica y más o menos institucionalizada de obtener conocimiento verdadero (comprobado, o mejor no refutado, por la experiencia).

Sin embargo, la orientación respecto a la calidad parece soportar dos enfoques diferentes:

a) Una primera alternativa es considerar que se logran investigaciones de alta calidad siguiendo los modelos metodológicos y técnicos propuestos por lo que podemos llamar ciencias “fuertes” (física, química, biología, etc.). En tal sentido, lo que en realidad se hace es “importar” recursos y artificios útiles y racionales en el nivel original en que se plantearon a un campo donde su utilidad y ajuste son sumamente dispares y, en ocasiones, hasta nulos. “Así, una investigación que incluya sofisticadas formas de muestreo probabilístico, y analice sus datos mediante análisis factorial y regresiones es considerada «valiosa» y «de alta calidad», olvidando tanto los fuertes supuestos que casi imposibilitan el pasaje de algunas de esas técnicas a áreas del conocimiento en las que no se originaron, como el hecho casi obvio pero aplastante de que la dificultad de medición de los procesos sociales obliga a la prudencia de no sofisticar el tratamiento de datos cuya relación original con el mundo de lo real es, por lo menos, bastante dudosa” (18).

b) Una segunda alternativa es la búsqueda de estrategias técnicas y metodológicas que aseguren la rigurosidad y precisión necesarias y posibles en este campo para definir entonces los cánones de calidad de acuerdo no a un modelo transvasado de otras ciencias sino de acuerdo a las necesidades específicas del área en cuestión.

Habría que considerar para ello, en trabajos posteriores problemas tales como:

- el nivel de medición de las variables;
- la forma de seleccionar las unidades;
- las herramientas de análisis;
- el valor de las investigaciones cualitativas vs. las cuantitativas.

En cuanto al tema de relevancia, se trata aquí de evaluar no cómo se hacen “buenas” investigaciones, sino qué es lo que importa investigar. Aquí los ejes a considerar son dos, con interdependencia entre ellos.

i) Una teoría que guíe la recolección y análisis e interpretación de los datos. Pedirle una teoría que puede recibir tal nombre a las ciencias sociales, y que, además, sea útil, parece una demanda que no va a encontrar oferta adecuada. Sin embargo, puede sugerirse una línea de trabajo que busque seleccionar y jerarquizar un conjunto de variables de diferentes teorías sociales, y proponga algunas relaciones entre ellas, para contar así con lo que podríamos llamar un enfoque-guía general. Conviene insistir en la idea de algunas variables y no la “importación” de conceptualizaciones completas, para no caer en el riesgo de incorporar supuestos sobre el comportamiento de los sistemas sociales que, en realidad, solo son útiles en otras disciplinas y que, introducidos en el campo de lo social, lo oscurecen

y deforman. De lo contrario continuaremos guiándonos con enfoques teóricos parciales, frecuentemente errados, y con estadística mal utilizada: "Un enfoque exclusivamente estadístico de los hechos sociohistóricos y, para más, un enfoque concentrado en la medición de detalles nimios pero que pase por alto la corriente principal, puede inducir a error tanto como una interpretación puramente cualitativa; no obstante, el error no reside en el método mismo, puede residir en la selección de los hechos, la cual siempre está guiada (abiertamente o no) por principios generales. Pero esta miopía, repitámoslo, no es inherente al enfoque estadístico, es casi siempre el resultado de una selección superficial de los hechos y de la falta de modelos teóricos con vistas a cuya prueba deberían reunirse los datos" (19).

ii) Una política nacional de salud, que permita deducir de ella una política de investigaciones que responda a necesidades contextuales. En áreas de recursos escasos (y siempre cualquier área puede recibir esta elegante denominación), no parece tener sentido que los investigadores estudien "lo que quieran", "lo que les parezca", "lo que es interesante", "lo que se estudia en otros lugares", sino lo que sirve a una política nacional. Sin embargo, esta misma escasez de recursos aumenta el costo relativo de las equivocaciones y refuerza la necesidad de investigaciones que guían las decisiones y los actos.

LINEAS POSIBLES DE ACCION

A corto plazo

1. Identificar un conjunto de instituciones en los países que puedan llevar adelante programas o proyectos de investigación social sobre los temas planteados.

Dichos centros deben tener capacidad de diseñar y/o realizar investigación y estructuras no burocráticas. Pueden ser (o estar basadas en):

- universidades;
- asociaciones profesionales;
- organismos tipo fundaciones, y
- organizaciones privadas de investigación y/o desarrollo.

2. Organizar una red con dichos centros, que permita encarar proyectos en forma colaborativa.

3. Definir en conjunto proyectos iniciales de investigación, que permitan la colaboración sin forzar a abandonar intereses nacionales específicos.

4. Paralelamente, crear un pequeño grupo de apoyo que funcione como evaluador de centros de investigación, proveedor y/o asesor metodológico y conceptual y, en general, como apoyo para resolución de problemas de los grupos nacionales.

De tal manera, podría disponerse de una red eficaz que se consolide en el tiempo respetando los principios de descentralización hacia los países, flexibilidad a los procedimientos, y cooperación entre países, estimulando los centros nacionales señalados por la organización (20).

5. Organizar el apoyo financiero a los proyectos aprobados, y establecer los sistemas de control de los mismos.

A plazo medio

Analizar la posibilidad de crear un organismo regional con un sistema de información ad-hoc, o adscribir la estructura generada a alguno preexistente, con fines de coordinación, financiamiento y promoción, como ya fuera sugerido (21).

POSIBLES TEMAS DE INVESTIGACION

Como ya se mencionó, los problemas que se presentaron en la Región en relación con los recursos humanos de salud en decenios pasados se caracterizaban, fundamentalmente, por una escasez de profesionales de las ciencias de la salud, lo que constituía un serio estrangulamiento de la oferta de servicios de salud. En la época actual, la situación se ha invertido, pasándose a un exceso de estos profesionales que se manifiesta en elevadas tasas de desempleo y subempleo en las grandes áreas urbanas. Esta situación se agudizará en los próximos decenios debido al rápido crecimiento de la matrícula en los sistemas de formación y a la ausencia de políticas, estrategias, programas y planes de utilización de los recursos humanos del sector.

De otro lado, la profunda crisis financiera internacional ha significado para los países de la Región, en mayor o menor medida, una recesión con bajas en la producción, elevación de las tasas de desempleo y subempleo e incremento de la producción informal, reducción de los ingresos reales de los trabajadores, severas medidas de austeridad fiscal que reducen el gasto corriente y de inversión del Estado, déficit en la balanza de pagos, elevados índices de inflación y, en general, deterioro de los niveles de vida de la población de la Región.

El incremento del desempleo, la reducción de los ingresos reales de los trabajadores y la austeridad fiscal se han traducido para el sector salud en:

1. Gran presión de la población desocupada para conseguir empleo en el sector público, obligando al Estado a utilizar personal no necesario, para mitigar los efectos de la desocupación, generando un crecimiento de la subocupación.

2. Presiones de gremios, sindicatos y federaciones para incrementar las remuneraciones de los trabajadores ocupados; esto se traduce en incremen-

tos generales, no discriminativos, de salarios, que destruyen estructuras ocupacionales y producen un estrechamiento en los rangos remunerativos y una distorsión de las tareas y funciones de los distintos grupos ocupacionales.

3. Como consecuencia de lo anterior, la participación en el gasto en remuneraciones ha incrementado, en detrimento del gasto para bienes y servicios de prevención y recuperación de la salud.

4. Para la seguridad social la situación antes descrita se agudiza, ya que la recesión económica y la reducción de los salarios reales de los trabajadores significa una reducción de su recaudación real, teniendo al mismo tiempo que enfrentar incrementos de remuneración y costos de medicinas y servicios. En algunos países la situación de estas instituciones es sumamente crítica y, en muchos de ellos, se está recurriendo al endeudamiento para poder seguir prestando servicios. Esta situación, en algunos casos, compromete seriamente la supervivencia institucional.

El enfrentar la solución de los problemas, que brevemente se han enunciado, requiere de un nuevo enfoque de planificación del desarrollo y utilización de los profesionales de la salud.

Resulta evidente, también, que esta nueva situación requiere ser estudiada e investigada bajo nuevas concepciones, tanto metodológicas como de responsabilidad en su ejecución. Asimismo, las acciones para lograr los objetivos de política que se planteen requerirán coordinación y participación más activa de la comunidad toda, a través de organizaciones políticas de menor nivel, como los municipios, y de nivel intermedio del gobierno nacional y regional como direcciones regionales, de los ministerios, corporaciones regionales de desarrollo, grandes proyectos de inversión, etc. que permitan la incorporación de estas organizaciones a la tarea de elevar los niveles de salud de la población.

La meta de salud para todos en el año 2000 requiere de estrategias, programas y planes de desarrollo y utilización de profesionales de la salud a corto, mediano y largo plazo.

Los lineamientos de política deberían ser instrumentados previa investigación y estudios para poder obtener resultados tales como:

1. *Reducción de las tasas de subempleo y desempleo de los profesionales de la salud.* La formulación de esta política debería incluir, entre otros, los siguientes elementos:

- a) *Productividad de los profesionales de la salud ocupados en los ministerios de salud y otras instituciones del sector público, instituciones de seguridad social e instituciones del sector privado.* Estos estudios deberían ser integrados, incorporando todos los componentes de la función producción, y deberían proporcionar elementos para señalar y cuantificar objetivos y metas a lograr, así como aquellas que permitan diseñar las políticas y estrategias para lograrlo.

- b) *Sistemas de remuneración de personal del sector público y la seguridad social.* En estos sistemas deberían separarse los aspectos remunerativos de los elementos estructurales-organizativos, de manera tal que los incrementos de remuneración, frecuentes por las altas tasas de inflación, no produzcan distorsiones estructurales. La valoración de puestos de trabajo debería, pues, expresarse en números índices, de modo que los aumentos salariales puedan efectuarse en la base y tener efectos en todos los niveles sin afectar las clasificaciones ocupacionales.
- c) *Establecimiento de la carrera de profesional de la salud.* El ingreso a la carrera debería incentivar la migración temporal de profesionales a las áreas urbanas menores y áreas rurales, mediante el diseño de incentivos apropiados que deberían incluir por lo menos los siguientes elementos:
 - i) remuneraciones diferenciales significativas;
 - ii) determinación clara y precisa del número de años que dura el trabajo en estas áreas;
 - iii) proporcionar oportunidades de especialización al término del trabajo en esas zonas, y
 - iv) asegurar la promoción a centros más desarrollados, al término del servicio.
- d) *Estudios generales de los mercados de trabajo.* Se hace necesario, por último, estudiar los mercados locales, regionales y nacionales de trabajo a fin de conocer su composición y tendencias, para poder prever las transferencias sectoriales de oferta y demanda de mano de obra y que, además, permitan establecer la demanda para el sector educativo. Los aspectos de ingreso del total de trabajadores ocupados deberían ser incluidos, para poder efectuar estimaciones del costo del factor mano de obra y su impacto en la recaudación de la seguridad social.

2. *Formación de profesionales de la salud.* Se hace imprescindible el diseño de investigaciones vinculadas a los sistemas de servicios y el sistema educativo con el propósito de lograr la adecuación entre un sistema y otro, las determinaciones mutuas, flujos de recursos, oportunidades de empleo para los egresados, probables niveles salariales, etc., y a los aspectos vinculados a la emergencia, desarrollo e institucionalización de nuevas profesiones.

3. *Generación de empleo para los profesionales de la salud.* Los excedentes actuales y futuros de profesionales de salud, combinados con la crisis por la que atraviesa la Región—de la que no se prevee una reactivación en un plazo corto—hace necesario políticas que puedan establecer un cauce, diferente a los tradicionales, de generación de servicios de salud. Tendrá que estudiarse la conformación de establecimientos de salud que puedan ser

financiados por los usuarios y perciban subsidio de parte del Estado, o de las instituciones de seguridad social, que transferirían, a grupos organizados de profesionales de la salud constituidos en empresas asociativas, cooperativas de servicios de salud, seguros privados, etc., la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a diferentes grupos poblacionales. Para ello deberían efectuarse estudios financieros, matemáticos-actuariales y sociales que permitan determinar la factibilidad de proyectos de esta naturaleza.

TECNOLOGIA CENTRAL DE APOYO Y PERSONAL DE SALUD

Un campo sobre el que poco parece haberse hecho, y que podría ser muy importante en el aspecto de estructura y administración de los recursos humanos, si hubiese apoyo empírico que ayudara a decidir como utilizarlo, sería el de la relación tecnología, estructura y recursos humanos.

Bajo los distintos nombres de sistema socio-técnico (22), relación tecnología-estructura (23), subyace una problemática de profundas consecuencias para la administración de los recursos humanos para salud. Siguiendo fundamentalmente la conceptualización de Perrow (24-25) (aunque no necesariamente su terminología) puede decirse que la tecnología que utiliza un sistema depende básicamente de dos variables:

- a) lo programable o no del proceso de transformación;
- b) lo homogéneo o no del objeto a ser transformado.

El punto a) se refiere a si existe o no una secuencia ordenada y conocida de pasos, una rutina para realizar el proceso básico de transformación del cual se ocupa el sistema (en este caso, atender la salud de la población), y el punto b) se refiere a cuánta es la variabilidad de la materia prima tratada (en este caso, cuán iguales son los pacientes entre sí). El origen de esta conceptualización remite, de alguna manera, a la conocida relación infraestructura-superestructura.

De allí se obtiene un cuadro como el siguiente:

Proceso técnico de transformación			
Objeto a transformar		Programable	No programable
		Tecnología rutinaria	Tecnología artesanal
		Tecnología ingenieril	Tecnología no rutinaria

En el cuadro quedan clasificados cuatro tipos de tecnologías. Volviendo a los ejemplos utilizados anteriormente, una campaña de vacunación usa tecnología rutinaria (secuencia programable, población en riesgo homogénea). Igual sucede en el caso de los exámenes en masa dado que todos los sujetos son considerados iguales (se les somete al mismo examen), y dentro de las técnicas administrativas utilizadas, especialmente las de informática (ej., estadística) siguen este patrón, mientras que la atención médica predominante no es rutinaria (dificultad de establecer rutinas, población heterogénea, cada paciente es considerado diferente). Este es el caso típico de la clínica médica.

El tipo de tecnología de proceso técnico programable pero de objeto heterogéneo se denomina ingenieril por semejanza con la típica actividad de los ingenieros: las rutinas son normales, pero se aplican de distinta manera en cada construcción. Es el caso común de las actividades de saneamiento ambiental y, seguramente, lo que diferencia tecnológicamente, a médicos de auxiliares. Estos últimos reciben un conjunto de rutinas que aplican a casos heterogéneos; el médico clínico se basa, en cambio, en un conocimiento discrecionalmente aprobado. Cabe preguntarse si los recientes intentos de rutinizar las tareas médicas no encierran una suerte de violencia sobre la naturaleza tecnológica de la actividad. No tenemos aquí respuesta al tema, solo queda planteada la duda.

En cuanto a la tecnología artesanal, toma su nombre de la actividad del artesano; este trabaja o se especializa en *una* materia prima, pero la manipula de diferentes formas casi artísticas, no en una secuencia de rutina. El ejemplo más probable en el campo de la salud puede ser la actividad de los artesanos que fabrican órtesis y prótesis.

Ahora bien, el punto importante que se destaca aquí, y que tiene ya cierto aval de evidencia empírica, es que para cada tipo de tecnología existe una forma organizacional que se adapta mejor a sus requerimientos, una estructura de organización y manejo de los recursos humanos que es más eficiente para acompañar al tipo de tecnología utilizada. En el caso de la tecnología rutinaria, es la típica organización burocrática, caracterizada por ser rígida y centralizada. Para tecnología no rutinaria, en cambio, la forma organizacional apropiada es la de una estructura flexible y descentralizada. La pregunta que cabe hacerse aquí es en qué medida, en el sector salud, en las áreas de tecnología básica no rutinaria, se opta o ha optado por una estructura o tecnología administrativa acorde con las necesidades impuestas por la tecnología básica. Probablemente, se trate de otra manera de violentar la naturaleza tecnológica del sector.

RESUMEN

Los autores tratan de determinar las prioridades que han de asignarse al tema de la investigación sobre el personal de salud dentro del marco de

la política científico-tecnológica de los países de la Región. Aunque resulta difícil desarrollar un enfoque sistemático común que permita analizar, concretar y ubicar la infinidad de variables que constituyen el sistema de salud, es evidente que la situación de los recursos humanos en la Región—en constante evolución—comprende tres aspectos inexorablemente interrelacionados al desarrollo socioeconómico de la sociedad a la que sirven: la planificación, la educación-capacitación y la utilización de los recursos. Es precisamente la falta de políticas definidas en cuanto a estos tres elementos clave en el desarrollo de personal y servicios de salud—tanto en relación con la oferta como con la demanda—lo que el artículo examina. Hacen hincapié los autores en que, a fin de resolver realmente los problemas, es imprescindible satisfacer la gran necesidad que hay de realizar investigaciones, de manera prioritaria y en forma seria y profunda, del sistema de atención de salud, de la adecuación entre los servicios de atención y los sistemas de capacitación, y de las características económicas, políticas y sociales que conforman el propio campo de salud.

En el trabajo se analizan también las orientaciones que debe tener la política a seguir en función de las prioridades de investigación y se identifican las actividades posibles, a corto y mediano plazos, para llevar adelante programas o proyectos de investigación social sobre los temas planteados.

REFERENCIAS

- (1) Nogueira, Roberto. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas (véase la pág. --).
- (2) Guerra de Macedo, Carlyle. *Declaración de Principios*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, septiembre de 1982, pág. 3.
- (3) Suárez, F. *Los economistas argentinos*. Buenos Aires, EUDEBA, 1973.
- (4) Un estudio demostró, por ejemplo, que el rubro más desfavorable de la balanza de pagos tecnológica argentina lo constituye la industria farmacéutica, con unos 80 millones de dólares de déficit. Ver Makul, Pietragalla y otros. *Transferencia de tecnología en Argentina en 1972*. Buenos Aires, INTI, Registro Nacional de Contratos de Licencias y Transferencias de Tecnología, 1973.
- (5) Abble-Smith, B. *Value for Money in Health Services*. Londres, Heinemann, 1976, pág. 46.
- (6) Thompson, J. *Organizations in Action*. Nueva York, McGraw-Hill, 1967.
- (7) Vidal, Carlos. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. *Educ Méd Salud* 18(1):9-33, 1984.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. *Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Publicación Científica 279. Washington, D.C., 1974, págs. 127-128.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. *Principios Básicos para el Desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe*. Publicación Científica 341. Washington, D.C., 1977.

- (10) Wyngarden, James. Elección de sectores prioritarios en investigación. En: *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, pág. 300.
- (11) Informe Final. Reunión sobre Enseñanza de Ciencias Sociales Aplicadas a Salud. Cuenca, Ecuador, 1983.
- (12) Centro de Planificación de Salud. *Formulación de políticas de salud*. Santiago, Chile, 1975.
- (13) Guerra de Macedo, C. *Op. cit.*
- (14) Ferreira, José Roberto. La investigación y el desarrollo de recursos humanos en salud. En: *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, págs. 346-350.
- (15) Informe del Grupo IV. *Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud*. Caracas, 1982.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Estudios sobre personal de salud. *Serie de Informes Técnicos No. 481*. Ginebra, 1971.
- (17) Pillet, Juan. *Estudios e investigaciones para la planificación del recurso humano*. Documento interno, OPS.
- (18) Stuhlman, L., M. Boyer, y J. C. Veronelli. Investigación en atención médica. *Atención Médica*, Vol. 2, No. 1/2, 1973.
- (19) Bunge, Mario. *Causalidad*. Buenos Aires, EUDEBA, pág. 292.
- (20) Guerra de Macedo, C. *Op. cit.*
- (21) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. *Políticas Internacionales de Investigación en Salud*. Caracas, 1982, pág. 11.
- (22) Trist, E. L. *et al. Organizational Choice*. Londres, Tavistock Publications.
- (23) Stuhlman, L. Un esquema de análisis de la selección hombre-organización. En: Kreimer y Stuhlman, *Hombre y organización*. Buenos Aires, Editorial El Coloquio, 1974.
- (24) Perrow, Ch. *Organizational Analysis, A Sociological View*. California, Brooks-Cole, 1970.
- (25) Perrow, Ch. Hospitals: technology, structure and goals. En: March, J. (ed.), *Handbook of Organizations*. Nueva York, Rand McNally, 1965.

RESEARCH ON HEALTH PERSONNEL: PRIORITY ANALYSIS AND POLICY GUIDELINES (Summary)

The authors endeavor to determine the right priorities for research on health personnel in the framework of the policies on science and technology of the countries in the Region. Although it is difficult to work out a common systematic approach for the analysis, definition and location of the infinity of variables that make up a health system, it is clear that the Region's ever evolving manpower situation has three aspects that are ineluctably bound up with the socioeconomic development of the society served: the planning, education and training, and utilization of those

resources. The article considers the lack of definite policies on just these three key elements in the development of health personnel and services in relation to both the supply of and demand for them. The authors point out that a genuine solution to the problems requires imperatively the satisfaction of the great need for high priority to serious and thorough research on the health care system, on mutual responsiveness between care services and training systems, and the economic, political and social aspects of the health field itself.

The paper also considers the policy guidelines required by the research priorities, and identifies possible activities in the short and middle run for carrying forward programs and projects of social research in those subjects.

PESQUISA SOBRE PESSOAL DE SAÚDE: ANÁLISE DE PRIORIDADES E ORIENTAÇÕES DE POLÍTICA (*Resumo*)

Os autores tratam de determinar as prioridades atribuídas ao tema da pesquisa sobre pessoal de saúde no âmbito da política científico-tecnológica dos países da região. Embora seja difícil elaborar um enfoque sistemático comum que permita analisar, concretizar e situar a infinidade de variáveis que constituem o sistema de saúde, é evidente que a situação dos recursos humanos na Região—em constante evolução—compreende três aspectos inexoravelmente inter-relacionados ao desenvolvimento sócio-econômico da sociedade a que servem: o planejamento, a educação-capacitação e a utilização dos recursos. É precisamente a falta de políticas definidas quanto a esses três elementos-chave no desenvolvimento de pessoal e serviços de saúde—tanto em relação à oferta como à demanda—que o artigo examina. Os autores enfatizam que, para resolver realmente os problemas, é imprescindível atender a grande necessidade de realizar pesquisas, de maneira prioritária, séria e profunda, sobre o sistema de cuidados de saúde, a adequação entre os serviços de saúde e os sistemas de capacitação e as características econômicas, políticas e sociais que compõem o próprio campo da saúde.

O trabalho analisa também as orientações que deve ter a política em função das prioridades de pesquisa e identifica as possíveis atividades, a curto e médio prazo, para levar adiante programas e projetos de pesquisa social sobre os temas levantados.

ENQUÊTE SUR LE PERSONNEL DE SANTÉ: ANALYSE DES PRIORITÉS ET ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE (*Résumé*)

Les auteurs s'efforcent de déterminer le degré de priorité à donner au thème de l'enquête sur le personnel de santé dans le cadre de la politique scientifique et technique des pays de la région. Bien qu'il soit difficile de définir une optique systématique commune pour analyser, cerner et localiser l'infinité de variables qui constituent le système de santé, il est évident que la situation des ressources humaines de la région—en constante évolution—comprend trois aspects inexorablement liés au développement socio-économique de la société desservie: la planification, l'édu-

cation-formation et l'utilisation des ressources. C'est précisément l'absence de politiques définies à l'égard de ces trois éléments clés du développement du personnel et des services de santé—tant du point de vue de l'offre que de celui de la demande—qu'examine cet article. Les auteurs insistent sur le fait que, pour résoudre réellement les problèmes, il est indispensable de satisfaire le besoin d'effectuer des enquêtes, de façon prioritaire, avec sérieux et en profondeur, sur le système des soins de santé, l'adaptation entre les services de soins et les systèmes de formation, et les caractéristiques économiques, politiques et sociales du domaine de la santé.

Cette étude analyse également les orientations à donner à la politique à suivre en fonction des priorités de la recherche et identifie les activités possibles, à court et à moyen terme, pour exécuter des programmes ou projets de recherche sociale sur les thèmes posés.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION DE PERSONAL DE SALUD

El Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud se reunió en la Sede de la OPS, en Washington, D.C., del 21 al 25 de mayo de 1984, con los participantes que se mencionan en la nota al pie.¹

Introducción

Los problemas ligados a la planificación, la formación, el empleo, la administración y el desempeño del personal de salud han venido a ocupar una posición central en los esfuerzos nacionales e internacionales para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. En el lado positivo, diversas experiencias han mostrado la riqueza potencial de abordar la estrategia de atención primaria a la salud, mediante formas innovadoras de organización del personal de salud, el cual sigue representando el insumo más importante para la producción de servicios. En el lado negativo, los últimos años han sido testigos de crecientes desequilibrios en los mercados laborales del campo de la salud, lo cual ha conducido a situaciones de desempleo y subempleo en un gran número de países.

La necesidad de comprender mejor estos y otros procesos, ha dado lugar a un creciente interés en la investigación sobre personal de salud (IPS). La Organización Mundial de la Salud ha producido, entre otros, un documento general sobre este tema (1). La investigación científica representa una de las bases primordiales del desarrollo del personal de salud y constituye, a su vez, una pieza clave en los programas regionales y nacionales de la Organización Panamericana de la Salud. Por ello, la OPS a través del Programa de Personal de Salud y de la Unidad de Coordinación de Investigaciones, convocó a este Grupo de Trabajo sobre Investigación de Personal de Salud.

¹Lic. Francisco Codina (Ponente), Asesor, Ministerio de Salud, Lima, Perú; Dr. Rolando Collado (Relator), Departamento de Sociología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.; Dr. Hesio Cordeiro (Coordinador del Grupo de Trabajo), Coordinador, Posgrado de Medicina Social, Instituto de Medicina Social, Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil; Dr. Julio Frenk (Relator/editor), Director Académico, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.; Dr. Carlos Linger, Consultor de Recursos Humanos de la OPS, La Paz, Bolivia; Sra. Lucila Niño de Peña, Oficina de Planeación, Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia; Dr. Roberto Nogueira (Ponente), Consultor de Recursos Humanos de la OPS, Brasilia, Brasil; Lic. Luis Stuhlman (Ponente), Director, Departamento de Humanidades, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; Dr. Rodrigo Yépez (Relator), Facultad de Medicina, Universidad de Ecuador, Quito, Ecuador. Por el Programa de Personal de Salud de la OPS participaron: Dr. José Roberto Ferreira, Coordinador, Dr. Carlos A. Vidal, Dr. Gerard Etienne, Dra. Betty Lockett, Sra. Maricel Manfredi, Dr. Mario Boyer, Dra. Lydia Bond y el Dr. Ronaldo Luna.

Esta reunión tuvo los siguientes objetivos:

1. Delimitar los conceptos centrales de la IPS, incluyendo su relación con la investigación en servicios de salud y la definición de sus objetos de estudio.
2. Definir los criterios para establecer prioridades de IPS.
3. Proponer áreas prioritarias generales de IPS.
4. Sugerir a la OPS estrategias para desarrollar IPS.

La metodología de trabajo para la reunión incluyó una primera sesión de presentación y discusión de dos documentos básicos (2,3). El resto de la reunión se dedicó a discusiones dirigidas al cumplimiento de cada uno de los objetivos mencionados. El presente informe resume el producto de esas discusiones.

Bases conceptuales de la investigación de personal de salud

En el campo de la IPS es importante precisar la relación entre la investigación de servicios de salud y la investigación de personal de salud. En rigor, la segunda es parte de la primera. Esta distinción puede hacerse más clara si se le refiere al modelo de Donabedian sobre las equivalencias que existen entre las necesidades de salud de la población, los servicios de salud y los recursos para la salud (4). La IPS se refiere primariamente a los vínculos que se establecen entre ciertos recursos humanos y determinados servicios de salud, a través de la productividad y la accesibilidad de dichos recursos. No incluye la investigación de la contribución que hacen los servicios a satisfacer las necesidades de salud, aunque este es uno de los temas centrales de la investigación de servicios de salud. En términos de funciones de producción, la IPS se ocupa de la relación entre dicho personal como parte de la estructura de insumos y tecnologías y el producto elaborado por los servicios de salud. Es obvio que los servicios son, a su vez, un insumo para la producción de salud. A pesar de que esta última relación es la base final para evaluar a los recursos, su estudio científico corresponde a la investigación de servicios de salud y no a la IPS.

Metas de la IPS. La distinción anterior obedece únicamente a la necesidad de diferenciar el aspecto de la realidad que forma el campo específico de la IPS. No debe perderse de vista, sin embargo, que el objetivo final de toda la investigación en salud, incluyendo la IPS, es contribuir a la meta de salud para todos en el año 2000. En efecto, el personal de salud debe tener a la salud colectiva como compromiso central de todas sus acciones. En la medida en que la IPS contribuya a comprender los determinantes del desempeño del personal y a diseñar innovaciones que mejoren dicho desempeño, en esa medida estará contribuyendo a elevar los niveles de salud de la población y, en cierta forma del personal mismo, vía la gratificación de un papel social cumplido a cabalidad.

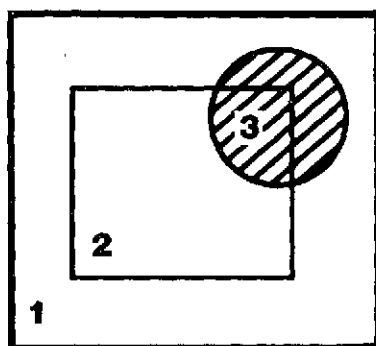
Objeto de estudio de la IPS. En el área de la salud, los términos "recursos humanos", "personal" y "fuerza de trabajo" se han tomado como sinónimos, cuando en realidad no lo son. Las diferencias no son solamente producto del momento histórico en que cada uno de estos conceptos ha predominado; en rigor, los tres reflejan aspectos distintos de la realidad, que merecen ser investigados. Al propio tiempo, estos conceptos están relacionados en formas que deben ser esclarecidas a fin de poder precisar el objeto de estudio de la IPS. En la figura 1 dichas relaciones se representan gráficamente.

Figura 1.

1. Recursos humanos
para la salud

2. Personal de salud

3. Fuerza de trabajo
en salud

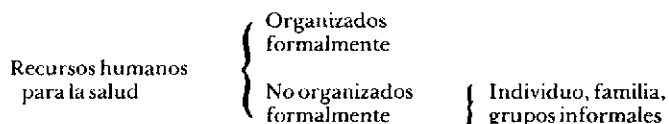


El primer término "recursos humanos para la salud", es el más amplio. Comprende a todos los individuos y grupos que, organizados formalmente o no, pueden satisfacer, en un momento dado, un objetivo determinado en el campo de la salud. En consecuencia, el término tiene una connotación de "utilidad" (valor de uso); esto es, el recurso es tal, en tanto y cuanto es útil para cumplir un objetivo.

El término "personal de salud" es más restringido que el anterior. Se refiere a los individuos que se encuentran formalmente organizados para trabajar dentro del sector salud. Además, la definición estricta de personal de salud implica un elemento de legitimización; esto es, las personas que caen dentro de esta categoría han recibido educación institucionalizada o cuentan con un reconocimiento jurídico para practicar.

El criterio para definir la "fuerza de trabajo en salud" es de índole económica (2), por lo que abarca no sólo a una parte del personal de salud, sino también de los recursos humanos restantes. En efecto, este término se refiere a aquel subconjunto de los recursos humanos y del personal que participa en acciones de salud por la vía de la remuneración económica. En consecuencia, el término implica el concepto de "mercancía" (valor de cambio).

Las definiciones anteriores adquieren mayor claridad si se desarrolla una tipología a partir de ellas. El concepto más general de recursos humanos para la salud puede subdividirse, como se sugirió anteriormente, en dos grandes sectores. El primero comprende a los recursos humanos que trabajan para la salud en el contexto de una organización formal. En el segundo se ubican todos aquellos individuos y grupos que, desde el punto de vista de sus acciones de salud, no se encuentran organizados formalmente. Como se muestra en el esquema siguiente, quedan incluidos aquí: a) el individuo cuando contribuye activamente a su propia salud; b) la familia como unidad de producción doméstica de servicios de salud, y c) los grupos informales de la comunidad en la medida en que realizan acciones de salud.

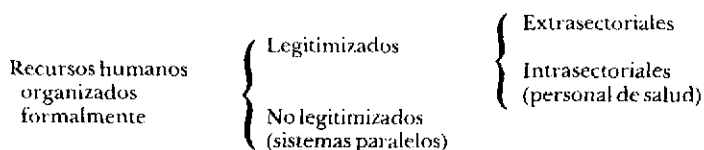


La adopción de un criterio organizacional para esta primera clasificación de los recursos humanos en salud, no implica en modo alguno un criterio valorativo sobre las acciones que potencialmente podrían cumplir los individuos pertenecientes a uno u otro grupo, en términos de salud. Por el contrario, la referencia a los recursos humanos no organizados formalmente presupone el reconocimiento del papel que de hecho cumplen los miembros del conglomerado social en el cuidado de su propia salud y de la salud de sus familiares. Ello implica la aceptación de la gran potencialidad que tiene la participación popular en salud como factor importante en el desarrollo económico y social y en la transformación de la calidad de la vida, elementos que constituyen el núcleo de la concepción y estrategia para alcanzar salud para todos.

Ahora bien, los recursos humanos que pertenecen a organizaciones formales pueden tener o no un reconocimiento dentro del espectro institucional prevalente. Dependiendo de las instancias ideológicas, jurídicas y políticas que regulan la institucionalización de la formación de los recursos humanos en salud, la práctica de estos últimos puede o no haber sido legitimada. En gran medida, el proceso de legitimización depende de las instituciones educativas y de otras que, sin ser tales, asumen esa función en determinados momentos. En todo caso, la característica confiere a unas acciones de salud la calidad de legítimas y sustrae tal calidad a otras, aunque en ocasiones se trate de acciones similares que, en sí mismas, no se diferencian.

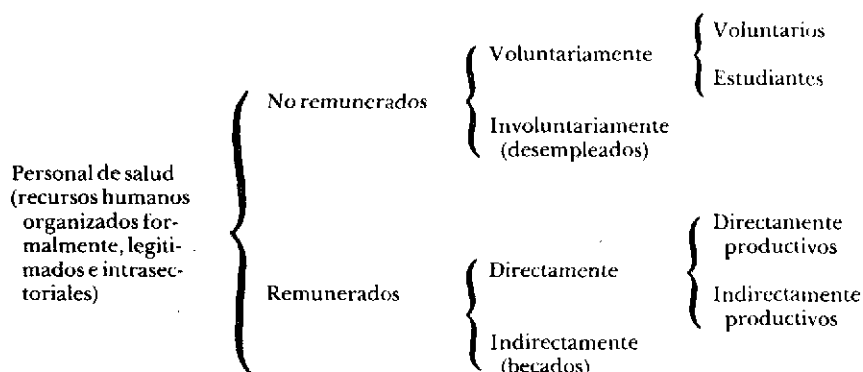
Los recursos humanos no legitimizados jurídica e ideológicamente forman los llamados "sistemas paralelos" de atención de salud. Obviamente, estos recursos pueden permanecer al margen de los sistemas legitimados, propugnando los valores de su propia organización, o pueden ser incorporados a grupos reconocidos, a condición de recibir "ciclos de adiestramiento". En ambos casos, pueden o no ser remunerados por su trabajo.

Por otra parte, existen dos grandes tipos de recursos humanos organizados formalmente y legitimados. Los primeros comprenden personas que sin ser integrantes del sector salud en sentido estricto desarrollan actividades que inciden directamente sobre la salud de la población; por ejemplo, maestros, agrónomos, etc. Estas personas pueden denominarse "recursos humanos para la salud extrasectoriales". Se distinguen de los recursos humanos intersectoriales, integrados por quienes trabajan directamente en el sector salud. Es este último grupo el que corresponde al concepto de personal de salud, tal como fue definido antes. Nuevamente, esta diferenciación, nacida del criterio de ubicación sectorial, no implica juicio valorativo alguno; presupone tan solo un arbitrio de clasificación que contribuye a precisar las fronteras conceptuales entre lo que se está llamando "recursos humanos para la salud" (el término más amplio) y "personal de salud" (el término más restringido). Las relaciones anteriores pueden mostrarse esquemáticamente como sigue:



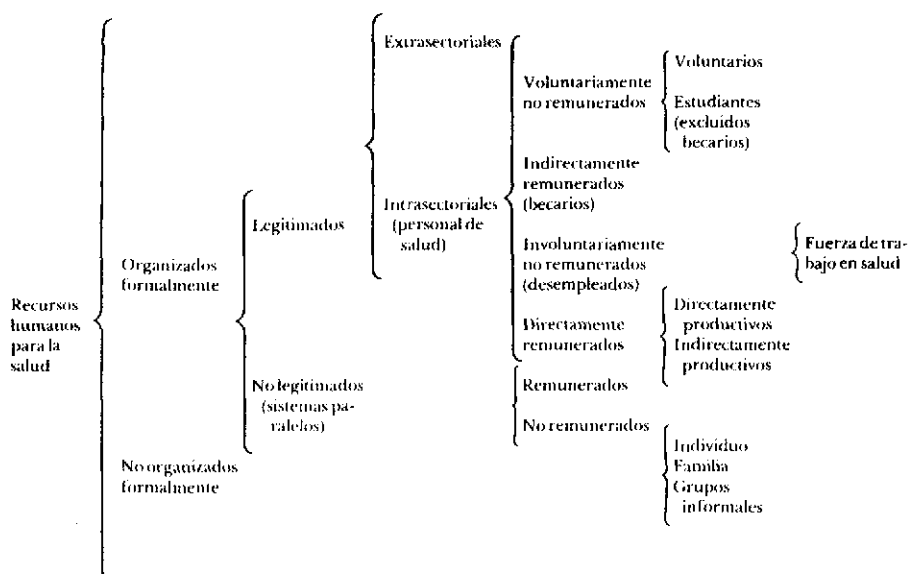
Por último, de acuerdo con un criterio de clasificación económico, el personal de salud puede ser categorizado en dos grupos: remunerado y no remunerado. A su vez, el personal remunerado puede serlo directa o indirectamente. Estos últimos incluyen a los becados (internos de pregrado, pasantes en servicio social), cuyas percepciones económicas no suelen tener, al menos formalmente, un carácter de retribución directa por el trabajo realizado, sino de apoyo a la educación de los becados. Por su parte, el personal de salud directamente remunerado incluye, tanto a los asalariados que venden una fuerza de trabajo a una institución empleadora, como a los profesionistas en práctica privada, cuya remuneración proviene de la venta de servicios de salud a pacientes. En ambos casos es posible hacer una distinción entre el personal directamente productivo, esto es, que participa directamente en la provisión de servicios, y personal indirectamente productivo, que se encarga de las funciones de apoyo.

Como se indicó anteriormente, la segunda gran categoría del personal de salud es la del personal no remunerado, sea voluntaria o involuntariamente. Son voluntariamente no remunerados los estudiantes de las disciplinas de la salud y los voluntarios, esto es, personas que participan en acciones legitimadas dentro del sector salud, pero que no perciben remuneración por ello. El personal involuntariamente no remunerado está formado por los desempleados del sector salud. Estas distinciones pueden presentarse como sigue:



En tanto que categoría estrictamente económica, el concepto de fuerza de trabajo en salud se ubica en un plazo que tiene una correspondencia solo parcial con la categoría de personal de salud. En efecto, la fuerza de trabajo en salud incluye el personal directa e indirectamente remunerado, así como a los involuntariamente no remunerados (los desempleados). Pero, además, dicha fuerza incluye a las personas del sector no legitimado que, al vender sus servicios a cambio de remuneración, entran en relaciones económicas.

La tipología completa que fue discutida y aprobada por el Grupo de Trabajo puede resumirse de la siguiente manera:



La tipología precedente constituye una herramienta para el análisis, mediante la cual sería posible clasificar a cada persona de una comunidad dada según su papel como recurso humano para la salud. Nótese, sin embargo, que un individuo puede ocupar varias categorías de la tipología, dependiendo de la función social que esté desempeñando en un momento dado. Así, es posible estudiar las distintas facetas de dicho individuo como recursos humanos para la salud. Al mismo tiempo, si se desea contar con categorías mutuamente excluyentes, es posible pasar del concepto de "personas" a "personas-tiempo" como unidad de análisis.

Pero la utilidad de la tipología va más allá de su potencial analítico. Ella permite delinear claramente los grupos específicos que constituyen el objeto de estudio de la IPS. Así, el análisis de grupos no organizados formalmente, de sistemas paralelos de servicios de salud y de la contribución de elementos extrasectoriales, forma parte integral de la investigación sobre recursos humanos en general, mas no de la IPS en sentido estricto. Con todo, la tipología muestra que aun el campo más restringido de personal de salud constituye una fuente muy rica de temas de investigación. Más aún, el personal de salud y, en particular, aquel que también forma parte de la fuerza de trabajo en salud, sigue siendo, sin duda, el tipo de recursos humanos de mayor importancia en las políticas nacionales de salud.

Criterios para establecer prioridades de investigación

Como se señaló en uno de los documentos básicos de la reunión (3), existen varios mecanismos para generar prioridades de investigación, incluidos la construcción de escalones socioeconómicos, declaraciones de expertos, el desarrollo de marcos

teóricos y el análisis empírico de lo que falta por investigar. El Grupo de Trabajo decidió definir grandes áreas prioritarias aparte de la formulación previa de criterios explícitos. En efecto, si se acepta la premisa de que la investigación debe producir conocimientos que apunten a la resolución de situaciones problemáticas, entonces cabe precisar criterios previos que permitan señalar objetivamente cuáles de aquellas situaciones problemáticas merecen una atención inmediata en términos de la asignación de recursos para investigación. Basados en esta premisa, los miembros del Grupo de Trabajo consideraron una serie de criterios que fueran capaces de discriminar la relevancia de distintos temas de investigación sobre personal de salud. Después de extensas discusiones, se recomendó la adopción de seis criterios principales para establecer las grandes áreas prioritarias de la IPS:

1. La contribución potencial del tema de investigación a la meta de salud para todos en el año 2000.
2. La relevancia para las políticas nacionales de salud y para las políticas y estrategias regionales de la Organización.
3. La existencia de demandas sociales alrededor de problemas relacionados con el tema de investigación.
4. La contribución a resolver impactos negativos de la coyuntura social, política y económica.
5. La existencia de una teoría que nutra al tema de investigación y que, a la vez, sea susceptible de mayor desarrollo.
6. La ausencia o insuficiencia de conocimientos sobre el tema, de modo tal que las investigaciones no repitan caminos trillados sino que realicen contribuciones originales.

Tanto las metas globales como las políticas nacionales de salud constituyen elementos principales para el análisis, en tanto y cuanto reflejen compromisos de los gobiernos en representación de sus respectivos pueblos. Cuando dichas políticas definan una situación dada como problemática, abren la posibilidad de investigarla y, sobre esta fase, de transformarla.

Es evidente, sin embargo, que tales decisiones políticas no se dan en un vacío. Por el contrario, responden, entre otros factores, a las demandas sociales de la población y a las características coyunturales. En efecto, las situaciones problemáticas en el campo de la salud generan demandas sociales que se expresan mediante acciones directas e indirectas por parte de la propia población; a la acción popular se añaden las demandas que surgen de las corporaciones y aquellas que nacen de los propios aparatos burocráticos del Estado. Aunque comparten el reconocimiento común de la existencia del problema, estas diversas gestiones no siempre se orientan en un mismo sentido en cuanto a las propuestas de solución; por lo mismo, merecen la más cuidadosa atención en términos de la definición de la relevancia del problema en cuestión.

Los análisis políticos, económicos y sociales de coyuntura son instrumentos valiosos para discernir el orden prioritario de un problema, a fin de establecer, lo más objetivamente posible, la agenda de cuestiones que el sistema de ciencia y tecnología deberá adoptar a corto y a largo plazo.

Existen dos criterios más que deben tomarse en cuenta al calificar a una determinada área o tema de investigación como prioritaria. Dichos criterios integran los

aspectos propiamente sustantivos del análisis, puesto que se refieren a la generación misma de nuevos conocimientos. Es indudable que las áreas prioritarias de investigación deben estar sólidamente fundamentadas en una teoría, pues de lo contrario no serán susceptibles de tratarse con el instrumental ofrecido por el método general de la ciencia. De manera similar, la generación de nuevos conocimientos trae implícito el propósito de contribuir a llenar vacíos preexistentes; en consecuencia, los esfuerzos dirigidos en tal sentido deben merecer el reconocimiento necesario, sobre todo si se enmarcan en la producción de un conocimiento sistemático capaz de impulsar decisiones y acciones transformadoras.

A los criterios anteriores debe agregarse un conjunto de criterios relacionados con los aspectos de apoyo a la investigación. Dicho conjunto constituye la viabilidad o factibilidad de un área temática y se expresa en la disponibilidad de recursos humanos, financieros, materiales e institucionales para abordar esa área temática, así como en la factibilidad política de realizar la investigación correspondiente.

Áreas prioritarias de la IPS

Los miembros del Grupo de Trabajo examinaron una serie de áreas de investigación a la luz de los criterios arriba señalados. Después de extensas discusiones, surgieron cinco, grandes áreas que parecen satisfacer la definición de prioridad expresadas por los criterios:

1. Mercado de trabajo en salud.
2. Análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnología.
3. Sociología de las profesiones.
4. Procesos educacionales.
5. Estudios e investigaciones de apoyo.

Como puede verse, las primeras cuatro áreas son temáticas en el sentido de que se refieren a temas generales de investigación. La quinta, en cambio, comprende proyectos de apoyo, principalmente metodológico y de infraestructura, que nutran y faciliten la realización de investigaciones sobre las áreas temáticas.

Con respecto a los dos primeros criterios para establecer prioridades, puede afirmarse que las áreas temáticas propuestas se refieren a fenómenos que forman parte crucial de cualquier estrategia para alcanzar la meta de salud para todos y para desarrollar políticas nacionales congruentes con ella. Así, por ejemplo, en el área de mercado de trabajo de salud, la existencia de un margen considerable de desempleo y subempleo de personal de salud, así como los desequilibrios en la composición por categorías representan serios obstáculos para la estrategia de extensión de la cobertura y para el mejoramiento de la calidad de los servicios, que se predicen en las políticas nacionales de salud y que forman parte de la meta. Asimismo, el problema crucial en la composición óptima del equipo de salud, que permita incrementar la capacidad operativa del sistema de salud mediante el uso de tecnología apropiada, no puede resolverse si no se realizan estudios sobre la intención en relación con el personal de salud y la estructura de los otros insumos y de la tecnología.

En lo que respecta al tercer criterio—la respuesta a demandas sociales—áreas

temáticas como la sociología de las profesiones y el mercado de trabajo en salud permiten comprender los papeles que desempeñan algunos de los principales sectores corporativos (por ejemplo, sindicatos, asociaciones médicas) en la estructura de los servicios de salud.

Indudablemente, todas las áreas temáticas sugeridas por el Grupo de Trabajo son muy relevantes ante la actual coyuntura económica y social—el cuarto criterio para designar prioridades. En efecto, en la medida en que el desempleo y el subempleo de personal de salud tienen sus raíces en la crisis económica iniciada en los años setenta (5), se hace preciso realizar estudios sobre mercados de trabajo, estructura de insumos y tecnología, sociología de las profesiones y procesos educacionales, a fin de lograr mayor racionalidad en los gastos en salud y plena utilización de la capacidad física y humana disponible.

Finalmente, todas las áreas temáticas propuestas están sustentadas por teorías en el campo de las ciencias sociales y educacionales (incluidos campos tales como la sociología, la economía, las ciencias políticas, la antropología, las ciencias de la educación), que pueden ser puestas a prueba al propio tiempo que se generan conocimientos originales capaces de llenar lagunas sobre fenómenos básicos, como la producción de servicios y de personal, la organización social del trabajo en salud, los determinantes de los mercados laborales y la generación de innovaciones tecnológicas en relación con el personal de salud.

Del análisis anterior se desprende que existe una estrecha congruencia entre los criterios para fijar prioridades y las áreas recomendadas por el Grupo de Trabajo. Seguidamente se analizan brevemente cada una de estas áreas y se ilustran algunos de los temas de investigación que las integran.

Area prioritaria 1—Mercado de trabajo en salud. Según Edwards *et al.*, “el mercado de trabajo consiste de aquellas instituciones que median, realizan o determinan la compra y venta de fuerza de trabajo” (6). En términos más concretos, el mercado de trabajo en salud (MTS) abarca un conjunto de características demográficas y económicas de la fuerza de trabajo en salud (FTS), tal como fue definida anteriormente en este documento. Esta área de investigación incluye, por lo tanto, la dinámica de la oferta y la demanda de FTS (7), así como la composición interna de dicha fuerza de trabajo en cuanto a categorías profesionales, sexo, edad, salario, autonomía e ingresos (2).

Es importante conocer con detalle la estructura de la FTS y la forma como está siendo efectivamente usada. Por ejemplo, si existe más de una ocupación por profesional, características de la jornada de trabajo, vinculación con los sectores privado y público, nexos con la seguridad social, etc. Las dimensiones de la FTS en cada uno de estos sectores constituyen uno de los pocos indicadores confiables de la participación del Estado y del empresariado en la prestación de los servicios de salud.

Desde el punto de vista metodológico, uno de los estudios de mayor relevancia en esta área es el análisis de tendencias a corto, mediano y largo plazo para evaluar el impacto de la crisis socioeconómica actual en la estructura del MTS. Ello debe hacerse en forma continua, mediante el establecimiento de un sistema de información sobre la FTS, como un subsistema del sistema de información de salud. El objeto es no solo “monitorear” ese sector, sino, además, crear la capacidad de

detectar e interpretar rápidamente aquellos cambios que sean significativos.

También es necesario otro tipo de investigación sobre temas específicos en esta área, independientemente de que estén o no dirigidos a la coyuntura de la crisis actual. Podemos mencionar los siguientes:

1. Absorción selectiva de ciertas categorías de profesionales.
2. Crecimiento, estancamiento o declinación de algunas categorías, en función de las innovaciones tecnológicas en el proceso del trabajo.
3. Comparación de la capacidad de generación de empleos por parte del sector salud con otros sectores terciarios y de la economía como un todo.
4. Participación de mujeres y de jóvenes en la FTS.
5. Procesos de concentración y desconcentración de ingresos en comparación con los trabajadores de otros sectores.
6. Estrategias de supervivencia frente a las dificultades del MTS (combinación de ocupaciones, extensión de la jornada de trabajo, etc.).
7. Evolución de la ocupación en los diferentes sectores, público o privado, asalariado o empresarial.
8. Desarrollo de metodologías para la planificación de carreras en el sector salud.

Área prioritaria 2—Análisis del personal de salud en la estructura de insumos y tecnología. En esta área se propone describir y analizar la relación entre la combinación de los insumos y tecnologías y los productos (resultados) obtenidos. Esto equivale a analizar el personal de salud como un factor de la función de producción en salud. La mejor combinación de la estructura de insumos y tecnología varía entre los países, y en un mismo país puede diferir entre áreas o regiones y en el tiempo. Una de las cuestiones centrales en este tema es la definición de mayor eficiencia, productividad y efectividad que puede ser lograda por una combinación más adecuada de dichos insumos.

La operacionalización del producto resultante del proceso de trabajo en salud se define por el aumento de la cobertura con equidad en el acceso y calidad de los cuidados de salud brindados a los grupos sociales según el grado de riesgo.

En un nivel microsocial, se proponen, como subáreas temáticas, los estudios en establecimientos de salud para definir la mejor composición del equipo de salud en los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios. Otro subtema se relaciona con estudios de evaluación sobre la sustitución de personal de salud en procesos concretos de trabajo. Se ubica en este tema el desempeño de diferentes categorías del personal y la calidad de las prestaciones con diferentes composiciones. Esto debe desarrollarse junto con investigaciones de servicios de salud.

Estos dos temas del micronivel plantean como cuestión teórico-metodológica si los postulados útiles al estudio de establecimientos de salud pueden ser o no explicativos para agregarlos al sistema de salud. Se debe también estudiar la unidad de análisis: individuos o personas-tiempo, como cuestión teórica y operacional. Recomendamos que este problema sea abordado por equipos de investigación y en él participen economistas y otros científicos sociales.

En un aspecto de macronivel, se señala la importancia de que se estudien las relaciones entre el desarrollo científico-tecnológico en salud y el personal de salud. Se recomienda que se estudien dos aspectos: las relaciones entre los procesos de

generación, difusión, incorporación, utilización y evaluación de innovaciones tecnológicas con la formación de personal de salud y la organización social del trabajo en salud.

Otra dimensión es la influencia del proceso de especialización y de división social y técnica del trabajo en salud sobre la generación de conocimientos y tecnologías. Es decir, debe analizarse el papel del personal de salud en la generación de soluciones tecnológicas innovadoras, ya sea por parte del mismo personal en los servicios o como demanda al sistema de ciencia y tecnología.

Estos estudios permitirían la formulación de propuestas de políticas de desarrollo de ciencia y tecnología en salud. Además, las investigaciones aquí mencionadas deben incorporarse al proceso de formación y de educación continua del personal de salud.

En síntesis, se proponen los siguientes temas de investigación:

1. Análisis de la composición de personal en el equipo de salud en distintos niveles de complejidad de la red de servicios. Determinación de la estructura óptima del personal de salud para cada situación y nivel de la red de servicios.
2. Análisis de la sustitución de ciertos tipos de personal por otros para el desempeño de determinadas funciones.
3. Investigaciones sobre las relaciones entre los procesos tecnológicos y la formación del personal y la organización social del trabajo en salud.
4. Investigaciones evaluativas sobre las propuestas de innovaciones tecnológicas en el sector respecto al papel del personal de salud en la creación o demanda de innovaciones.

Area prioritaria 3—Sociología de las profesiones. Se trata del estudio sistemático de los procesos de evolución histórica e institucionalización de los grupos ocupacionales que aspiran o han alcanzado un status profesional en el área de salud, así como de las formas de vinculación con el subsistema en el que operan y con la sociedad en general.

Esta área incluye estudios longitudinales de países individuales y estudios comparativos internacionales sobre los siguientes temas:

1. Emergencia e institucionalización de las profesiones de la salud, incluidos la expansión de las esferas de incumbencia profesional y el desarrollo de ideologías profesionales.
2. Sociología política de dichas profesiones, incluidas su organización corporativa y sus relaciones con: a) el Estado, b) los miembros individuales de la profesión, c) otros grupos profesionales organizados, d) ocupaciones no profesionales, e) organizaciones no estatales encargadas de proveer bienes o servicios en el área de la salud y f) la población en general.
3. Dominio profesional de una profesión sobre otra en el proceso de producción de servicios de salud.
4. Tendencias en el grado de control que los profesionales de la salud ejercen sobre la producción de servicios, incluidas las relaciones de los productores directos con los administradores y los efectos de diferentes métodos de remuneración.
5. Regulación del mercado de trabajo profesional.

Area prioritaria 4—Proceso educacional. Como es en el proceso educacional donde se prepara la mayoría de los profesionales y en general el personal de salud, este tiene, por su naturaleza, relación directa con las formas como se produce la atención médica. Dicho proceso constituye un espacio que históricamente precede a la incorporación al trabajo, en otras ocasiones es paralelo a él y se convierte en un proceso continuo al considerar la capacitación fundamental para la productividad. El proceso educacional, en situaciones particulares, puede constituir un espacio para contribuir a la transformación de la realidad.

Con las prácticas históricas en la formación de personal médico, el proceso logró un aprendizaje efectivo a pesar de estar en correspondencia las teorías pedagógicas de la época. Estas formas de aprendizaje han sido adoptadas por otras profesiones y han trascendido los modelos teóricos de la educación y de sus prácticas educativas. El desarrollo de nuevos conceptos basados en aquellas formas de aprendizaje todavía no se han constituido en teorías sólidas y reconocidas para la formación profesional.

Esta formación de personal de salud en el trabajo y con el trabajo, que se ha llamado integración docente-asistencial tiene orígenes, formas y una naturaleza no bien estudiadas y su investigación es importante para determinar futuras políticas de desarrollo y legitimización y para desarrollar técnicas de apoyo y aplicación.

Por consiguiente esta área incluye investigaciones sobre:

1. La interrelación en el sistema de servicios y en el educativo de los elementos del proceso docente-asistencial:

- el estudiante y el docente como recurso asistencial,
- el profesional de servicios como recurso docente,
- la calidad de servicios como producto de la docencia,
- los servicios y la comunidad como objeto del estudio-trabajo,
- las teorías que en las prácticas del proceso de estudio-trabajo se van desarrollando y su validez,
- las políticas públicas que esa interrelación determina para la planificación de recursos humanos y el desarrollo de programas de docencia-servicio, y
- los diferentes tipos de equipo de personal que la práctica integrada de formación y servicio evidencian o conforman en los diferentes niveles de atención.

2. Nuevas metodologías para la formación profesional, para analizar la titulación, legitimización y control de la calidad en relación con el Estado y otras instituciones profesionales:

- la utilidad del perfil profesional como instrumento relacionado con la práctica profesional, la atención de salud y las necesidades de la población,
- la validez del control de calidad en el mejoramiento de la atención y sus técnicas de comprobación.

3. La utilización de los servicios y las prácticas profesionales como fuente de orientación para el proceso de producción de profesionales:

- desarrollar una base real de construcción curricular,
- generar un proceso de evaluación del desempeño que articule el proceso educativo y el proceso de trabajo,
- generar nuevas profesiones de posibles campos de acción en salud,

- conformar no un equipo de salud sino los equipos que las necesidades de las prácticas determinan.

4. Las diferentes formas de educación continua, en el trabajo y a distancia, y su efectividad para mejorar la atención de salud así como sus posibilidades de constituirse en educación permanente:

- formas de escoger y entregar contenidos,
- relaciones de contenidos y medios, y
- el desempeño profesional como control de eficiencia de la educación continua y como medida de la competencia profesional.

5. Investigaciones teóricas y experimentales que fundamenten la relación de la tecnología educacional y de servicio en relación con el problema real y la competencia profesional:

- las prácticas educativas para mejorar la competencia profesional y su eficacia en la estrategia de servicio, y
- analizar las nuevas metodologías educacionales y de salud alternativas en la solución de problemas de salud de diferentes escenarios latinoamericanos.

Area prioritaria 5—Estudios e investigaciones de apoyo. El diagnóstico, pronóstico, programación y planificación de los recursos humanos para la salud requiere de un juego de estadísticas básicas que permitan fijar, clara y precisamente, las metas y objetivos que se desean alcanzar en el corto, mediano y largo plazos. Siendo el recurso humano uno de los factores de la producción, este programa de estadísticas básicas debería contemplar la construcción de indicadores que relacionen dicho factor con los otros que intervienen en el proceso y que permitan separar la contribución específica de cada factor.

El programa tendría que identificar las fuentes productoras de datos y debería enfatizar el uso de productores establecidos en los países, tales como las oficinas del censo nacional de población, las direcciones o institutos de estadísticas, los centros de investigación del sector público y las universidades.

Por otro lado, el programa incluiría el desarrollo de metodologías de investigación para la recolección, procesamiento y análisis de la información. Un capítulo deberá estar dedicado a la construcción de definiciones operativas, tomando en consideración el método a ser utilizado en el proceso estadístico. La indicación de la frecuencia de producción de información debe constituir parte importante del trabajo; así, deben separarse los indicadores coyunturales de las estadísticas continuas.

Por último, deberían señalarse las funciones que debería tener la unidad operativa de los ministerios u otra entidad que debería ejecutar el programa. Los campos de investigación deberían incluir por lo menos los que se señalan a continuación, que se mencionan sólo a manera de ilustración y no con la idea de que sea exclusivo ni excluyente.

1. Oferta de fuerza de trabajo en salud

- a) Características demográficas: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, regiones, división política, nivel educativo, grupos ocupacionales.
- b) Características educativas: oferta potencial del sistema por ocupaciones

- específicas, matrícula por años, deserciones, egresos, especializaciones, internos, residentes, cursos de posgrado, currículos y su dinámica.
2. Demanda de fuerza de trabajo en salud
 - a) Características demográficas: sexo, edad, educación, lugar de nacimiento, profesión, educación.
 - b) Centro de trabajo: título ocupacional, tipo de establecimiento, servicio, programa, lugar de trabajo, tipo de servicios, nivel ocupacional de ingreso, ubicación pública o privada.
 - c) Características económicas: remuneración básica, remuneraciones complementarias, bonificaciones, incentivos, beneficios sociales, posición en la escala remunerativa, nivel de supervisión.
 3. Utilización de fuerza de trabajo en salud
 - a) Instituciones intermedias: servicios públicos de empleo, agencias privadas de colocación, oficinas de personal.
 - b) Niveles de empleo, subempleo y desempleo: variación por establecimientos, programas, sectores, categorías ocupacionales, niveles de educación, sexo, edad e institución educativa de procedencia.

Estrategias generales para impulsar la IPS

La formulación de una política de investigación sobre personal de salud, tanto a nivel internacional como nacional, presupone la identificación clara y precisa de los problemas susceptibles de investigar, la definición de los objetivos, el establecimiento de los criterios para señalar prioridades, la determinación de las áreas prioritarias y, por supuesto, la definición de los medios para desarrollar la investigación.

En cuanto a las estrategias para impulsar, desarrollar y ejecutar investigaciones sobre personal de salud, el Grupo de Trabajo recomendó la conformación de grupos de cooperación técnica para cada una de las cinco áreas definidas como prioritarias. Estos grupos de cooperación deberían estar formados por personas que, en lo posible, estén trabajando en proyectos de investigación pertinentes a cada área, tanto en la OPS como en los países.

Las funciones de un grupo de tal naturaleza deberían orientarse hacia el fomento de la cooperación internacional, la cual puede referirse al intercambio de información; a la coordinación entre proyectos afines, y a la ejecución de investigaciones conjuntas que permitan comparaciones internacionales.

El grupo de cooperación técnica que se constituya para cada área prioritaria, debería procurar el diseño de un protocolo básico, del que partan los proyectos a nivel de los países, de manera que se asegure la posibilidad real de realizar comparaciones y se justifique el intercambio de información, el apoyo bibliográfico común, las eventuales reuniones del grupo, etc.

El hecho de disponer de un protocolo básico podría ser, además, un incentivo para la formulación de proyectos nacionales y un instrumento que permitiría operacionalizar la cooperación técnica entre la OPS y los países y entre estos mismos, dentro de las restricciones impuestas por la situación financiera general, puesto

que se daría prioridad al uso de los fondos para la ejecución de las investigaciones, dejando un porcentaje reducido para la labor de intercambio y de coordinación.

Con lo que se ha señalado, se hace evidente la necesidad de identificar en un plazo inmediato a los grupos nacionales que estén trabajando en investigación en las diversas áreas prioritarias señaladas. El registro de las características de este personal en el nivel central y a nivel de los países permitiría conocer la disponibilidad de investigadores para la formulación y ejecución de proyectos y podrá abrir, complementariamente, vías para la formación de este personal.

Se considera que el esfuerzo de la OPS y de los países para impulsar el desarrollo y ejecutar investigaciones debe ir de la mano, de una manera coherente, con los esfuerzos para auspiciar la formación de investigadores, no solamente a nivel de maestría, sino también a nivel de doctorado.

Es evidente que el mayor grado de formación de los investigadores garantiza un enfoque metodológico más riguroso del asunto, así como contribuciones teóricas y pragmáticas más profundas y elaboradas para la selección de las situaciones problemáticas.

Es también evidente que los proyectos que se generen a nivel de los países se ubicarán en instituciones orientadas primariamente a la investigación o en instituciones orientadas primariamente al servicio, lo cual depende, en buena medida, de la orientación primaria de la investigación propuesta. Si la investigación se orienta básicamente hacia el avance de la ciencia, la sede idónea será una institución dedicada primordialmente a investigar; si, por el contrario, la investigación está encaminada fundamentalmente a la solución de problemas, su sede será probablemente una institución de servicio.

Este criterio "matricial" no excluye la posibilidad de que en la realidad se den alternativas muy diversas y enriquecedoras. Así, investigadores "profesionales", generalmente ubicados en instituciones que se dedican solo a investigar, podrían colaborar directamente con los administradores de los servicios en proyectos orientados a la solución de problemas. Lo anterior es un buen ejemplo del papel educativo que podría desempeñar la investigación al generar actitudes de mayor comprensión e interacción entre el administrador que no investiga y el investigador que no administra.

REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Advisory Committee on Medical Research. Research in Health Manpower*. Documento No. ACMR 25/83.16, Ginebra, 1983.
- (2) Nogueira, R. P. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas (véase pág.----).
- (3) Stuhlman, L. y F. Codina. Investigación sobre personal de salud: Análisis de prioridades y orientaciones de política (véase pág.----).
- (5) Véase por ejemplo, Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. II. Evolución histórica en México. *Gaceta Médica de México* 116 (6):265-284, 1980.
- (6) Edward, R. C., M. Reich y D. M. Gordon (eds.). *Labor Market Segmentation*. Lexington, Mass., D. C. Heath & Co., 1975, p. xi.
- (7) Frenk, J., H. Hernández-Llamas y L. Alvarez-Klein. El mercado de trabajo médico. I. Elementos teóricos y conceptuales. *Gaceta Médica de México* 116 (4): 187-195, 1980.