

CUARTA REUNION: RECURSOS HUMANOS EN SALUD¹

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva e instituciones brasileñas de enseñanza de salud

La Asociación Brasileña de Estudios de Posgrado en Salud Colectiva (ABRASCO) fue fundada en 1979 y reúne profesionales e instituciones vinculados a la enseñanza y a la investigación tanto en salud pública como en medicina preventiva y social. Si bien su objetivo principal es fortalecer la capacidad docente y científica en ese amplio campo, ABRASCO también tiene un destacado papel en el encauzamiento de las discusiones sobre la reforma sanitaria brasileña y sus delimitaciones doctrinarias. Cuenta actualmente con 35 miembros institucionales y un gran contingente de afiliados particulares.

Además de dictar cursos de actualización de personal docente en epidemiología, planeamiento y administración, ciencias sociales en salud y otras materias afines, fomenta la difusión de información sobre cursos ofrecidos en ese campo, participa en los consejos de investigaciones en salud, promueve un programa de investigación cooperativa, que abarca diversos centros del país, y mantiene una línea editorial de libros de texto, catálogos y boletines.

En el Brasil se ofrecen actualmente 84 cursos en el campo de la salud colectiva de distintas modalidades (cursos básicos y de especialización en salud pública y residencia en medicina social), con un total aproximado de 1600 cupos anuales.

Los cursos básicos de salud pública son ofrecidos por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) y la Facultad de Salud Pública de São Paulo, con la particularidad de que en el caso de la ENSP existen también cursos descentralizados en 18 estados. Ese conjunto de cursos prepara a cerca de 600 alumnos al año.

¹ Escuela Nacional de Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil, 17-22 de agosto de 1987.

Los cursos básicos de salud pública duran, en promedio, de 600 a 800 horas. Se dictan por lo común durante ocho meses y se ofrecen, de preferencia, a las personas que ya trabajan en ese campo y a los profesionales de distintas categorías. Esta formación básica suele complementarse con cursos de especialización en epidemiología, planificación, y otras materias.

Los programas de residencia se destinan a un grupo de alumnos recién egresados de las facultades, principalmente de medicina, aunque también hay algunos programas multiprofesionales de residencia. Se presta particular atención a la participación de los residentes en atención primaria de salud, para cubrir una deficiencia de los estudios de grado. En general, los programas duran dos años y actualmente se forman 200 médicos al año.

Hay ocho programas de maestría y cuatro de doctorado, con un total de 60 alumnos. En los programas de maestría se exige mucho en lo que respecta a la elaboración de la tesis, lo que en algunos casos compromete su finalización.

En los últimos 10 años la Universidad de São Paulo ha concedido títulos a 607 personas en sus programas de maestría y a 209 en los de doctorado. Dicha facultad ofrece también una amplia gama de cursos de especialización en campos como ingeniería sanitaria, administración hospitalaria y odontología social.

Facultad de Medicina y Salud Pública de Buenos Aires

La formación en salud pública en esa escuela sufre hoy en día grandes cambios en función del proceso de descentralización desencadenado por el gobierno. Se ha establecido un departamento de salud pública que cuenta actualmente con ocho profesores y para el cual se trata de definir una estructura específica. El programa de estudios de posgrado en salud pública pasa igualmente por un período de reformulación, en el que se prevé una ampliación de las actividades de investigación, con acento en los servicios de salud y la salud del trabajador.

Con esas modificaciones, que serán aprobadas por el Congreso, se espera que la salud pública se convierta en una especialidad reconocida como las demás de la Facultad de Medicina. De gran importancia será la enseñanza de administración sanitaria que, sin duda alguna, contribuirá a la transformación del actual sistema de salud y a la institución de otro más ecuánime, basado en un amplio concepto de la participación comunitaria.

Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario

Ese centro viene realizando varias investigaciones sobre la organización de los servicios en la Argentina, la dinámica del mercado de

trabajo médico y las características político-ideológicas de la profesión médica, sobre todo por medio del apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Este centro, vinculado a la Asociación Médica de Rosario, se dedica principalmente a actividades de investigación, pero participa en diversas actividades docentes en el campo de la salud pública.

Instituto Nacional de Salud Pública de México

Se trata de una institución recientemente creada, que agrupa tres entidades ya establecidas: la Escuela de Salud Pública, el Centro de Investigaciones en Salud Pública (CISP) y el Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas.

En la Escuela de Salud Pública se imparten enseñanzas de posgrado en las que se acentúa el campo de la epidemiología y la administración de servicios de salud.

En el CISP se realizan investigaciones sobre las necesidades de salud, la organización de sistemas de salud y políticas. El departamento de personal de salud realiza actualmente una investigación sobre las modalidades de empleo médico en las zonas urbanas.

Escuelas de Salud Pública de los Estados Unidos

Las escuelas de salud pública de los Estados Unidos se han originado siempre en los departamentos de medicina preventiva de las facultades pertinentes. En la gran mayoría de los casos, están organizadas actualmente como instituciones específicas.

Los títulos más comunes ofrecidos en esos cursos son la maestría en salud pública (M.P.H.) y la maestría en administración pública (M.P.A.). También se hace particular hincapié en cursos de educación continua en disciplinas como administración financiera, epidemiología, estadística o temas de urgencia como el SIDA.

En total, 47% de los estudiantes de los 36 cursos ofrecidos siguen estudios conducentes a la maestría en salud pública y 21% al doctorado. La maestría tiene una duración media de dos años.

Un 60% de los estudiantes son mujeres y 15% extranjeros, con edad promedio de 30 a 31 años. Los principales campos de estudio son administración de servicios de salud, ciencias del medio ambiente, epidemiología, educación en salud, ciencias sociales y bioestadística.

En la reunión estuvieron representadas las facultades de Alabama (Birmingham), Washington (Seattle) y Carolina del Sur.

La facultad de Alabama es una de las 24 reconocidas por el Consejo de Educación en Salud Pública y ofrece diferentes cursos de maestría y doctorado, además de especialización en temas como epidemiología, salud ambiental, atención materno-infantil y nutrición. En sus

diversos departamentos se dictan cursos a los que asisten más de 200 alumnos al año. Además de esas actividades académicas internas, la escuela realiza un programa de cooperación con los países del Tercer Mundo, al igual que otras escuelas estadounidenses de renombre internacional. Por otro lado, algunos programas de administración de salud se dictan en las llamadas "Business Schools", integradas a los demás centros y departamentos del campo de la salud.

La facultad de Washington en Seattle (no debe confundirse el Estado de Washington con Washington, D.C.), fundada en 1970, tiene la misma estructura departamental característica de la enseñanza universitaria en los Estados Unidos y se destaca por la calidad de sus cursos de epidemiología y control de enfermedades tropicales. Además de los cursos conducentes a títulos académicos, dicta cursos cortos de formación intensiva, en los que participan muchos estudiantes de los países del Tercer Mundo. Igualmente se vienen realizando actividades de cooperación externa con países como China, México y Zimbabwe.

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS EN EL NUEVO CONTEXTO LATINOAMERICANO

Hoy en día existe la posibilidad de que en las políticas de recursos humanos en salud, como en cualquier otro tipo de política pública, se tenga que rendir cuenta de las nuevas características asumidas por el contexto sociopolítico de América Latina, especialmente a causa de los procesos de redemocratización de sus sociedades y de recesión económica.

Por un lado, la redemocratización pone, o mejor dicho, vuelve a poner en escena a una serie de actores que habían desaparecido o cuya importancia había disminuido durante los recientes gobiernos autoritarios:

- Los sindicatos y órganos de asociación de profesionales de salud.
- Los sindicatos de trabajadores, con sus demandas específicas en relación con la salud y las condiciones de vida.
- Los partidos políticos y otras entidades de la sociedad civil, que tienen programas o propuestas no corporativas para la reorganización de los sistemas nacionales de salud.

Esa realidad política nueva hace que las políticas relativas a recursos humanos en salud y las políticas públicas en todo el campo de la salud se conciban en una forma estratégica, o sea, políticamente adecuada a ese contexto, sin perder de vista las metas de igualdad y universalidad de los servicios de salud.

La crisis económica, por su lado, introduce algunos elementos

limitantes de la capacidad del Estado para responder en forma totalmente satisfactoria a esos grupos sociales. El desempleo de médicos y de otros profesionales se ha convertido en un fenómeno palpable, cuyas dimensiones se exageran algunas veces o se interpretan mal, pero son suficientes para desencadenar toda una serie de presiones por parte de las corporaciones.

En esa situación, adquiere características dramáticas el ya tan denunciado divorcio entre el modelo de formación de personal y la realidad del mercado de trabajo, tal como existe y tal como debería existir dentro de una política de salud con un criterio mejor definido y más justa. Es decir que la formación se aparta cada vez más no solo del ideal sino también de lo real. Ya no se puede ejercer apenas un poder de restricción, debido a los imperativos de orden más general en interés de la sociedad como un todo, poniendo en práctica medidas de limitación del número de los que ingresan a las universidades. Sencillamente no se puede "ajustar" la formación a lo "real" de una coyuntura que se debe suponer que es pasajera, a pesar de ser grave.

El cambio recorrido por la reforma sanitaria brasileña demuestra cabalmente que las instituciones académicas son importantes como fuente de liderazgo del proceso de transformación del sistema nacional de salud, pero se debe reconocer que ellas, como un todo, se mantienen muchas veces al margen de ese proceso y en sí no aseguran transformaciones substanciales. La "conciencia sanitaria" que se requiere para que eso ocurra a escala nacional no es un producto directo de las academias, pero la universidad parece ser decisiva en la construcción de una base de conocimientos y principios que después se propaga a la sociedad como un todo y penetra en el propio aparato del Estado. En el caso brasileño, esa base parece haberse alcanzado por medio de la llamada salud colectiva, que resulta de una fusión de las corrientes de medicina social con las de salud pública, reformulando sus respectivos objetos de trabajo y criando un campo interdisciplinario común fijado por las ciencias sociales, la epidemiología y la planificación.

Algunos de los problemas de las políticas de recursos humanos que se encuentran al caminar en dirección de la reformulación de los sistemas nacionales de salud son comunes a casi todos los países. En diversos momentos de la reunión, las opiniones convergían en algunos puntos como los siguientes:

a) Mala distribución de los profesionales de salud en las distintas regiones de los países, donde los mecanismos del mercado hacen que la concentración de profesionales siga siempre el grado de desarrollo de una determinada zona geográfica.

b) Multiplicidad de instituciones contratantes, con regímenes de remuneración y vínculos laborales muy distintos, lo que crea una estratificación del mercado de trabajo de cada categoría profesional.

- c) Falta de mecanismos de incentivo al trabajo de tiempo integral de los médicos y de otras categorías estratégicas de personal.
- d) Bajo nivel educativo y corto período de formación de varias categorías de personal auxiliar.
- e) Deficiencia de la formación universitaria para actuar al nivel no solo de la atención primaria sino también de las redes de atención integral con sus distintos niveles y programas de referencia.
- f) Capacitación deficiente y escasez de gerentes de nivel intermedio, sobre todo en relación con las necesidades de administración de los sistemas locales de salud (SILOS).
- g) Necesidad de actualizar el contenido de los planes de estudio para la formación de sanitaristas, introduciendo asuntos como el de la administración hospitalaria en redes integradas.

ASPECTOS ACTUALES DE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE PROFESIONALES DE SALUD

La oferta de médicos y otros profesionales de salud tuvo un notable aumento efectivo en los últimos dos decenios y sobrepasa por lo menos tres veces el ritmo de crecimiento de la población. La expansión de la oferta de esos profesionales está relacionada con la enseñanza universitaria en masa ocurrida en el decenio de 1960 que, a su vez, responde a un contexto favorable de desarrollo socioeconómico y a las aspiraciones a una mejor condición social por parte de las clases medias de nuestras sociedades, que ven en la educación universitaria el canal privilegiado para ascender.

En el contexto de recesión que se reconoce a comienzos de los años 1980, pero que venía presentándose en forma subrepticia desde 1974, la gran oferta de esos profesionales pasa a considerarse como un problema y en muchos casos se ha diagnosticado que hay un superávit de médicos y de personal de otras categorías. Sin embargo, la interpretación de esa nueva situación, por medio de índices y de esquemas de análisis más imparciales, presenta grandes problemas. Dadas las visibles deficiencias de la asistencia prestada a la población cubierta y la necesidad de ampliar aún más la cobertura para un sinnúmero de grupos urbanos y rurales —a lo que se suma la iniquidad de los sistemas nacionales de salud en muchos países de América Latina— hablar de exceso de profesionales considerando apenas el aspecto de oferta y demanda en la actual coyuntura es algo que provoca, como mínimo, una polémica y una discusión interminable. Ese asunto, en el fondo, es de naturaleza política, como lo demuestran las tendencias contrastantes entre los tres países citados a continuación:

a) La Argentina, que tiene una proporción de 17 médicos por cada 10 000 habitantes, una de las más altas del continente, nunca adoptó medidas rigurosas de contención para impedir la demanda de educación médica.

b) México, con una proporción de 12 médicos por cada 10 000 habitantes, viene aplicando una serie de restricciones para entrar a la universidad, lo que forma parte de todo un cortejo de medidas de reajuste socioeconómico ante un fenómeno de recesión.

c) Cuba, que tiene una elevadísima tasa de 23 médicos por cada 10 000 habitantes, sigue estableciendo como meta el aumento progresivo de la oferta de esos profesionales para asistencia a la población interna y para fines de cooperación con otros países.

Cuando se cotejan esas diferentes posiciones, se observa que cada una de ellas se apoya en una definición política del gobierno, con sus prioridades y objetivos sociales y políticos, lo que hace difícil de aceptar el diagnóstico de "exceso" a no ser en esos términos relativos.

Las investigaciones realizadas por diferentes grupos, con el apoyo de la OPS, han revelado algunos aspectos de esa compleja situación, que anteriormente apenas se sospechaban o se desconocían por completo. Algunos de ellos se discutieron en la reunión y merecen citarse en este informe.

a) En Argentina se determinó que cuando los médicos afrontan un mercado de trabajo extremadamente colmado, adoptan, como cualquiera otro trabajador, mecanismos de subsistencia, combinando estratégicamente ocupaciones de distintos tipos, lo que les permite mantener un nivel de renta relativamente compatible con su formación.

b) En México se determinó que las tasas de desocupación y subocupación médica son relativamente altas, pero no tanto como se llegó a sugerir en los medios de información públicos. De los 80 000 médicos activos en las 16 ciudades objeto de estudio, cerca de 13 500 están en esas condiciones. Hay señales de que la remuneración con arreglo a un sueldo se convirtió en un caso de estabilidad ante la remuneración en el trabajo liberal con demanda irregular de pacientes, en función de una baja del poder adquisitivo de la población en los años recientes de recesión.

c) En el Brasil, el sector público aumentó su capacidad de absorción de profesionales de salud durante el período de crisis de 1980 a 1984, en comparación con el período 1976-1980. Hoy en día, los establecimientos públicos de salud federales, estatales y municipales acumulan cerca de 52% de todos los empleos del sector. Parece que el sector público ejerció un efecto "amortiguador" en esos años de crisis y mantuvo una demanda efectiva más elevada, en tanto que el sector privado no lucrativo se vio duramente afectado.

DOCENCIA E INVESTIGACION EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En muchos países, la problemática de los recursos humanos en salud con sus numerosos aspectos relacionados con la política, la planificación y la utilización (incluidos bajo este título no muy adecuado los asuntos relativos al mercado de trabajo), todavía no constituye un objeto específico de docencia e investigación. De hecho, no se puede esperar que esos temas se conviertan en una disciplina específica, sino que tal vez puedan adquirir una mayor unidad, delimitándose como campo de indagación pertinente para quien enseña o investiga en el campo de la salud pública y la medicina social.

La tendencia a distinguir ese campo por medio de un criterio interdisciplinario es más clara en la América Latina que en los Estados Unidos.

Se subrayó la necesidad de conferir a esa temática una "dignidad epistemológica", por medio del establecimiento de una estructura conceptual amplia que incorpore el instrumental de las ciencias sociales. Lo que ha ocurrido frecuentemente es la dicotomía entre estudios de recursos humanos en salud con rasgos contrastantes, algunos meramente empíricos, en los que se emplean indicadores de distribución de profesionales y se describen tendencias simples, y otros con ambiciosas formulaciones teóricas pero carentes de datos y análisis de tendencia de la formación y del mercado de trabajo.

En ese particular, constituyen excepciones honrosas y marcos obligatorios para reflexión los trabajos realizados por dos pioneros que siguen inspirando a quien piensa trabajar en esas cuestiones desde el punto de vista de la dinámica social como un todo: Cecilia Donnangelo y Juan César García.

Al recordar esos dos nombres, conviene subrayar que la visión de los recursos humanos que tenían esas personas se dirigió siempre a los polos de la problemática: el proceso de formación y el mercado de trabajo, con sus componentes técnicos y sociales. Los trabajos realizados en el decenio de los años 1980, seguramente bajo la influencia de la coyuntura de la crisis, acentuaron quizá en exceso los factores de demanda y oferta de personal de salud. Eso puede explicarse en parte por la falta de estudios anteriores bien consolidados en cuanto a ese objeto, lo que se convirtió en prioridad en un momento en que surgieron patentes señales de desempleo y subempleo de profesionales de salud. Ahora, el desafío consiste en proseguir el análisis del mercado de trabajo introduciendo nuevos factores determinantes como la organización político-corporativa de los profesionales, sin perder de vista lo que pasa con el proceso de formación.

Se ha puntualizado la necesidad de realizar investigaciones con carácter prioritario, sobre todo de lo que se viene llamando sociología de

las profesiones de salud, y también de conocer mejor las dimensiones macro y microeconómicas del proceso de trabajo en salud, desde el punto de vista de su contribución al aumento de la productividad de los servicios, de los programas de división técnica del trabajo adoptados en diferentes tipos de unidades proveedoras de servicios, su relación con la incorporación de nuevas tecnologías de prevención, tratamiento y diagnóstico, etc.

Simultáneamente se debe promover la divulgación de métodos cuantitativos y cualitativos para tratamiento de información sobre el mercado de trabajo, sobre todo los que se derivan de la demografía y la economía. En este punto es importante mencionar la gran utilidad de obtener recursos de informática como bancos de datos y programas de computación para uso estadístico.

En lo que se refiere a las actividades docentes, se recomienda el apoyo a las iniciativas de formación de especialistas y administradores del campo de recursos humanos de salud, esfuerzo en el cual el Brasil —por medio de la Escuela Nacional de Salud Pública y de los órganos de coordinación nacional— viene dando ejemplo, inclusive con un intento por dar formación básica en gerencia y planificación en masa.

Esta preocupación por los gerentes de recursos humanos tiene una justificativa natural dentro del contexto de la política de salud, en que se aspira a implantar centros relativamente autosuficientes de administración local de recursos de salud, denominados distritos sanitarios, sistemas locales de salud (SILOS), etc.

Muchos de los planes de estudio de esos cursos específicos podrían incorporarse a los cursos comunes de salud pública y a la formación de posgrado en ese campo. Por otro lado, es importante que las escuelas de salud pública confieran mayor importancia institucional a esa temática. La creación de núcleos de estudio y docencia de recursos humanos en salud seguramente podría contribuir a impulsar tales iniciativas y, finalmente, a conferir a ese campo el respeto académico de que aún carece.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el momento en que algunos países de América Latina pasan por un proceso de transición hacia la democracia, es de vital importancia el papel de las instituciones formadoras de personal en el campo de salud colectiva.

Los regímenes autoritarios, además de la secuela de la deuda externa, de la destrucción de los sistemas productivos y de una enorme deuda social y sanitaria, llevaron a las instituciones a aislarse del acceso a la información y experiencia que produjo el campo de la medicina social en los últimos años.

El compromiso histórico de reversión de ese cuadro, como parte de transición hacia la democracia participativa y social, será la plena utilización de la capacidad creadora en el sentido de establecer mecanismos de intercambio y colaboración entre las instituciones y los profesionales.

Eso implica un compromiso aún mayor por parte de las instituciones donde la formulación de propuestas de cambio adquiera foros de gran legitimidad y se convierta en un conjunto de posiciones contrahegemónicas en una nueva cultura sanitaria.

Desempeñan un papel importante la creación y el establecimiento de una red de instituciones y de profesionales que pueda abarcar los siguientes campos y actividades:

- Intercambio de experiencias docentes para la conformación de un grupo de personal con capacidad crítica en relación con los procesos de salud y enfermedad, y con la competencia técnica para dar viabilidad a los procesos de transformación de los sistemas nacionales de salud.
- Promoción de discusiones relativas a planes de estudio actualizado que reflejen los cambios sociales, políticos y técnicos de nuestras sociedades.
- Acceso a la información disponible por medio del fomento de la participación en diversos eventos y difusión del índice de publicaciones a través de modernas tecnologías; lo que implica, por ejemplo, el fortalecimiento de la función regional de BIREME.
- Intercambio de profesores y alumnos de las diversas instituciones participantes.
- Desarrollo de proyectos que aumenten el dominio de esas instituciones en relación con la enseñanza y las investigaciones en el campo de recursos humanos en salud —incluidos los aspectos conceptuales para elevar la capacidad de explicación de los datos encontrados— para traspasar el carácter apenas descriptivo que tienen frecuentemente los trabajos que se vienen realizando.
- Modernización de las instituciones por medio de recursos adecuados de informática, tanto en lo que se refiere a equipo como a programas de computación.
- Creación de mecanismos para divulgar cursos, investigaciones, tesis y programas relativos a ese campo.

En lo que se refiere a las prioridades de investigación, se recomienda abordar líneas temáticas poco tratadas hasta ahora, como la de la sociología de las profesiones de salud, el proceso de trabajo en salud y el análisis de funciones de producción sectorial.

El papel que se vislumbra para las entidades como ALAESP y ASPH, con apoyo de la OPS, es el de coordinar los esfuerzos para hacer viable la red propuesta, garantizando los recursos necesarios y actuando estratégicamente en todas las líneas de divulgación de conocimientos antes citadas.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037

FORMULARIO DE SUSCRIPCION
SUBSCRIPTION FORM

Favor de suscribirme a: / *Please enter my subscription to:*

Educación Médica y Salud

Trimestral/*Quarterly*

- | | | |
|--------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Por un año / <i>For one year</i> | \$US20,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por dos años / <i>For two years</i> | \$US36,00 |
| <input type="checkbox"/> | Por tres años / <i>For three years</i> | \$US48,00 |

Número suelto
Single issue

- | | | | |
|--------------------------|--|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Vol. ____ No. ____ Año/ <i>Year</i> ____ | \$US3,00 | \$US5,00 |
|--------------------------|--|----------|----------|

Nombre/*Name*

Dirección/*Address*

Ciudad/*City*, Código Postal/*Zip Code*

País/*Country*

Firma/*Signature*

Fecha/*Date*

En caso de RENOVACION DE SUSCRIPCION es indispensable devolver la etiqueta del sobre en el que recibe *Educación Médica y Salud*.

In case of RENEWAL, it is indispensable to return the address label from the envelope in which you receive Educación Médica y Salud.