

**RECURSOS HUMANOS: UN FACTOR CRITICO  
DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD.**

Reunión Regional - San José, Costa Rica  
3-5 de diciembre de 1997

**SERIE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**8**

Marzo 1998

**PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (HSR)  
DIVISION DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD (HSP)**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Página</b>
<b><i>INFORME</i></b>	<b>3</b>
<b><i>1. RECURSOS HUMANOS: FACTOR CRÍTICO DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD</i></b>	<b>1</b>
<b><i>2. LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL DESARROLLO Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN LA REGION</i></b>	<b>4</b>
<b><i>3. EL CONTEXTO: LAS REFORMAS ESTATALES Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS</i></b>	<b>5</b>
<b><i>3.1 La Reforma del Estado y los Recursos Humanos</i></b>	<b>6</b>
<b><i>3.2 Las reformas educativas</i></b>	<b>7</b>
<b><i>3.3 Las tendencias de los cambios laborales en los servicios de salud</i></b>	<b>8</b>
<b><i>3.4 Los recursos humanos para la salud pública y la cuestión de los equipos</i></b>	<b>9</b>
<b><i>3.5 Reformas estatales, descentralización y políticas públicas</i></b>	<b>11</b>
<b><i>4. REFORMA SECTORIAL, FLEXIBILIDAD Y REGULACION DE LOS RECURSOS HUMANOS</i></b>	<b>13</b>
<b><i>5. DESCENTRALIZACION Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS</i></b>	<b>17</b>
<b><i>6. RECURSOS HUMANOS Y CAMBIOS EN LOS MODELOS DE ATENCION</i></b>	<b>21</b>
<b><i>7. EL FUTURO DE LA SALUD PUBLICA</i></b>	<b>25</b>
<b><i>8. EDUCACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA REFORMA SECTORIAL</i></b>	<b>27</b>
<b><i>9. RECURSOS HUMANOS Y COOPERACION TECNICA</i></b>	<b>33</b>
<b><i>10. EPILOGO</i></b>	<b>37</b>
<b><i>ANEXO 1: LISTA DE PARTICIPANTES</i></b>	<b>39</b>
<b>Anexo 2: Reunión Regional Recursos Humanos: Factor Crítico de la Reforma en Salud. .</b>	<b>49</b>

## INFORME

En la ciudad de San José de Costa Rica, del 3 al 5 de diciembre de 1997, bajo los auspicios del Gobierno de Costa Rica y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), se realizó la Reunión Regional Recursos Humanos: Factor crítico de la Reforma Sectorial en Salud. Acudieron a la convocatoria 120 personas, destacándose la presencia de ministros, viceministros y altos funcionarios del sector Salud, autoridades universitarias nacionales e internacionales, expertos internacionales en el tema, funcionarios de los sectores salud y educación de Costa Rica y consultores de las diversas agencias de cooperación internacional comprometidas en los procesos de reforma sectorial (anexo 1).

El propósito de la reunión fue llamar la atención de los líderes del sector salud de la Región sobre la importancia estratégica de los recursos humanos para el logro de los objetivos y el avance de los procesos de reforma sectorial. Para ello se propuso analizar la problemática de los recursos humanos en los países en el marco de las reformas, fomentar el compromiso político y una corriente de opinión y acción favorables a los cambios necesarios en los procesos de desarrollo de recursos humanos en salud. Los objetivos de entrada se consignan en el anexo 2.

Esta reunión ha contribuido a esclarecer los determinantes de las reformas y ha significado un paso adelante en el avance de las mismas. Es importante señalar que produjo un conjunto de criterios orientadores tanto para los países como para la OPS-OMS, para replantear la acción en materia de desarrollo de personal. En este informe se consignan de manera sintética los aportes individuales y colectivos más importantes del trabajo en plenarias y en grupos, así como las principales conclusiones y recomendaciones.

La reunión se inauguró con una invocación al diálogo y al intercambio amplios, a la problematización y al análisis crítico, al cuestionamiento de enfoques y de formas de abordaje de las cuestiones de recursos humanos en salud, como las mejores maneras de establecer una base de acuerdos para emprender la revalorización del papel del personal en la atención de la salud y en la transformación sectorial. Esta revalorización del recurso humano en salud se inscribe en la tendencia finisecular global de reconocer la centralidad de los sujetos institucionales en el incremento del capital social de los países de América.

Sin embargo, dicha revalorización se basa en el reconocimiento de que en muchos países que llevan adelante procesos de cambio sectoriales aún está pendiente la tarea del cambio en las condiciones de trabajo y de educación del personal de salud. Al interior del campo de recursos humanos los procesos de reforma han recolocado el eje problemático al dar mayor visibilidad a las cuestiones laborales al tiempo que redefinen los criterios orientadores de la educación del personal considerando la descentralización, los cambios en el financiamiento, en la organización, en la gestión y en los modelos de atención. El claro mensaje inaugural fue debatir ampliamente sobre la base conceptual y axiológica de que los recursos humanos son un elemento fundamental de las reformas sectoriales.

En el momento actual las reformas sectoriales de salud en los países de las Américas constituyen uno de los procesos de mayor trascendencia en el campo de las políticas sociales, considerando las transformaciones económicas, estatales y sociales en la Región. La reunión fue una ocasión propicia para analizar las reformas y sus implicaciones para el personal de salud en un momento muy especial. De un lado la cercanía del fin de siglo, sus mensajes premonitorios y sus inevitables balances; pero de otro, la circunstancia de que se asiste a nuevos cambios paradigmáticos en la concepción del desarrollo, el rol de estado y la participación de los sujetos y de los actores colectivos en la vida social.

La OPS-OMS cumpliendo con los mandatos de sus Cuerpos Directivos y respondiendo a sus Orientaciones Estratégicas y Programáticas, ha establecido como un eje esencial de su accionar la cooperación técnica en el campo de los procesos nacionales de reforma sectorial. Por ello el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, en el marco de la programación de actividades de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios, orientadas a las reformas sectoriales, programó esta reunión, atendiendo al llamado de diversos países y de entidades regionales representativas de la formación de personal de salud. Esta actividad se realizó en coordinación con las instancias nacionales sectoriales responsables del área de recursos humanos y las correspondientes encargadas de las reformas.

## **1. RECURSOS HUMANOS: FACTOR CRÍTICO DE LA REFORMA SECTORIAL EN SALUD <sup>11</sup>**

El análisis y balance de los casi cinco años de la experiencia de reforma en la Caja Costarricense de Seguridad Social, permite ilustrar de manera ejemplar el papel estratégico que los recursos humanos tienen en todo proceso de cambios en el sector salud. Este ejemplo tiene el valor añadido de la experiencia de no haber previsto, a la hora del diseño, esta condición esencial del recurso humano.

Los dos años de diseño del cambio permitieron definir criterios esenciales como la determinación de áreas geográficas, coberturas poblacionales y redefinición de equipos de atención, con miras a enfrentar el problema definido como central de la reforma: la falta de equidad y acceso universal a los servicios. También se diseñaron las canastas básicas de atención, las aperturas programáticas, los criterios y niveles de vigilancia de la salud y del trabajo en equipo. Una vez concluido el diseño y enfrentando la viabilidad política del cambio, se hizo evidente una gran ausencia: los recursos humanos.

¿Quién realizaría la implementación de la propuesta diseñada?, ¿qué capacitación poseían y que información tenían de la propuesta (considerando la confusión y temores despertados entre los actores colectivos)?, ¿qué motivación podrían tener para iniciar una reforma profunda y estructurada?. En ese momento apareció la dimensión del recurso humano como centro y motor del cambio. De otra manera, seguir ignorándolo, era apostar al fracaso: era generar enemigos al proceso de cambio.

La gran enseñanza que quedó es que el cambio en salud se hará con la gente que ya está, con el personal existente. Ese personal es el gran capital para cambiar. La cuestión era como generar condiciones favorables y estables para asegurar la participación del personal en ese cambio. Esas condiciones deben contemplar todas las posibilidades como subsidios, reconocimiento, sistemas de incentivos, mejoría de condiciones de trabajo, pero sobre todas las cosas, la educación del personal.

Esa enseñanza muestra la necesidad de construir una gran capacidad educativa, de poner a la capacitación como instrumento del cambio y a la inducción al trabajo como requisito obligado. La experiencia de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) contempla ahora la capacitación amplia y extensiva de todo el personal, la promoción de los cuadros propios, la apertura de espacios de discusión y análisis, abrir posibilidades a los cuadros que surgen y el fortalecimiento y creación de alianzas. En el caso de la CCSS es significativa la suscripción de un acuerdo con la Universidad de Costa Rica, que asumirá responsabilidades de atención a una amplia zona de San José. El mensaje es muy claro: el cambio en los procesos de reforma sectorial empieza cuando los recursos humanos lo asumen como suyo.

## **2. LOS PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD Y EL DESARROLLO Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS EN LA REGION<sub>2</sub>**

Las reformas del sector salud son procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población. El objetivo final es contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de la población, reduciendo desigualdades y mejorando la atención. Para ello se emprende la modernización de las instituciones públicas, la búsqueda de nuevas relaciones entre actores, un nuevo equilibrio entre lo público y lo privado y la necesaria sostenibilidad financiera.

Las razones para las reformas provienen tanto de las necesidades de enfrentar la situación de salud como de mejorar el desempeño, los resultados y la calidad de la atención que ofrecen los servicios de salud. Se hace ya impostergable la redefinición de modelos de atención, la superación de las inequidades existentes, los problemas de eficiencia y efectividad y el mejoramiento de la eficacia.

El análisis de las reformas debe incluir la consideración de los ajustes meacroeconómicos, los cambios en el rol del Estado, los procesos de democratización y gobernabilidad política, los cambios en la políticas fiscales y de inversión que han experimentado los países y los nuevos avances tecnológicos. Sin embargo, tan importantes como estos procesos son la aspiración y la movilización ciudadana por la equidad y la calidad de la atención, sobre la base de mejorías en la capacidad de resolución y sostenibilidad de los servicios de salud.

De la experiencia regional se puede inferir que cinco son los principios rectores de las reformas:

- Equidad
- Efectividad y calidad
- Eficiencia
- Sostenibilidad financiera
- Acción intersectorial y participación comunitaria

Sobre estos principios se definen las características principales de los procesos de reforma, tanto en lo referente a la organización de sistemas y servicios, al financiamiento sectorial y al fortalecimiento de la función rectora. En este contexto se deben señalar algunos cambios importantes en el escenario regional:

- Avances en la descentralización del Estado
- Acción de nuevos actores públicos y privados
- Descentralización y desconcentración de servicios de salud pública, de la regulación sanitaria y provisión de los servicios de atención a las personas.
- Separación de funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

En lo que se refiere al ejercicio de la rectoría sectorial se deben consignar las siguientes funciones fundamentales:

- Conducción sectorial
- Regulación sectorial y desarrollo de funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria
- Modulación del financiamiento sectorial
- Vigilancia del aseguramiento
- Armonización de la provisión de servicios

El desarrollo de los recursos humanos en los procesos de reforma constituye un gran desafío. Se tiene que tener en cuenta que la orientación del desarrollo del personal debe responder a varios procesos como son: la orientación y complejidad de los cambios institucionales, el progreso científico, los cambios en los procesos de trabajo (incluyendo la flexibilización), la descentralización de la gestión sanitaria y los cambios en las prácticas profesionales. El escenario es complejo y conflictivo y afrontar el desafío requiere concertar entre los principales actores colectivos interesados.

Ese desafío implica cambiar algunos criterios de política educativa hacia un enfoque funcional (y no disciplinar), a la superación de las iniciativas limitadas al cambio curricular y a la programación educacional según requerimientos derivados del ejercicio de la función rectora, de la provisión de servicios de salud pública y de la provisión de servicios de atención.

### **3. EL CONTEXTO: LAS REFORMAS ESTATALES Y EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Existen en el contexto internacional en que se dan los procesos de reforma sectorial una serie de situaciones y condiciones que influyen de manera determinante su orientación y factibilidad. De estos se resaltaron los siguientes.

#### **3.1 *La Reforma del Estado y los Recursos Humanos* 3**

El análisis del tema muestra que la cuestión de los recursos humanos está instalado en un lugar importante de los debates tanto a nivel de la economía en general como a nivel micro-organizacional. La importancia de instalar políticas de personal acordes a los cambios organizacionales es incuestionable.

Es interesante constatar que los debates sobre el rol del Estado muestran una revaloración del mismo, aunque en una perspectiva diferente a la del Estado omnipotente vigente durante los años sesenta y a contramano de la tendencia al desmantelamiento estatal propugnada durante los ochenta. El Banco Mundial, en otro momento de un movimiento pendular, proclama ahora que “sin Estado eficaz es imposible el desarrollo sostenible, ni en lo económico ni en lo social”. Se tiende también a revitalizar las instituciones públicas y a resaltar la especificidad de su administración, tomando distancia de la tan alabada gerencia privada.

Otra idea que se descarta en este fin de siglo es la teoría del derrame de los beneficios del crecimiento económico. Se descarta debido a la abrumadora evidencia empírica actual sobre crecimiento de la pobreza, agravamiento de las desigualdades sociales, crecimiento del desempleo, etc. Se resalta la cuestión social como una palanca del desarrollo sostenible, y como una responsabilidad de ese nuevo Estado eficaz en el marco de nuevas alianzas con la sociedad civil.

Otro cambio muy importante es la revaloración de los recursos humanos del sector público. En la perspectiva de ese nuevo Estado eficaz y eficiente una condición esencial es contar con personal público capaz y motivado. Se acepta que para lograr ese tipo de recurso humano es imprescindible desarrollar políticas de personal basadas en los siguientes principios: a) un sistema meritocrático, b) remuneraciones idóneas, y c) fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización. A este respecto existe también evidencia empírica abundante; sin embargo, en la medida que cambios solidarios implican cambios en la estructura de poder de las organizaciones, existe mucha resistencia a los mismos.

El Estado eficaz que se reclama supone también el desarrollo de políticas sociales y de gerencia social. La idea de una gerencia social eficiente se basa en una alianza entre sociedad civil y Estado, lo que la diferencia de la mera eficiencia gerencial convencional.

El desafío latinoamericano es enorme, las cifras son abrumadoras y los tiempos perentorios. El desafío de los recursos humanos públicos ante las desigualdades y la pobreza en la Región supone también nuevos valores en la línea de una “ética de la prisa”.

### **3.2 Las reformas educativas 4**

En el contexto señalado anteriormente los desafíos de la educación son enormes y de trascendencia estratégica. El principal de ellos es dotar a los futuros ciudadanos de nuevas competencias críticas, las competencias del futuro, en la base de las cuales se ubican una capacidad muy desarrollada para definir problemas y el aseguramiento de aquellas capacidades para enfrentarlos, es decir elevar el desempeño en la vida diaria.

El análisis de indicadores de educación en América Latina (alfabetización de adultos o niveles educativos) es desalentador en la perspectiva de los requerimientos del nuevo siglo. El saldo de esa deuda con el futuro va a requerir en el mediano plazo un desarrollo educacional sostenido para mejorar los niveles universales de las alfabetizaciones esenciales: alfabetización-alfabetización, informática y en biodiversidad (una adecuada relación con el ambiente).

El desafío del futuro requerirá de capacidades en la llamada Infonáutica, personas capaces de navegar en las autopistas de la información, trabajando en organizaciones homólogas a la organización del cerebro humano (que supere las concepciones mecánicas e informáticas convencionales), capaces de auto-organización, centradas en el aprendizaje y basadas en redes.

De esa perspectiva organizacional (cerebral) se desprenden una serie de principios rectores de una nueva perspectiva educacional. Estos son: el principio de redes, capacidad para lidiar con nuevas situaciones, aprender con todo el cerebro y en un balance entre ambos hemisferios, aprendizaje de doble lazo (Kolb), flexibilidad en la administración de conocimiento e información, pensar y lidiar con la complejidad y el principio de iluminación (agregar valor y satisfacción al servicio basado en el conocimiento).

En lo referente a la educación superior el dilema está entre ser dinosaurio o infonauta. Para superarlo se requiere un cambio en la dirección de:

- La matética, superadora de la pedagogía tradicional; es decir el arte de aprender en organizaciones que aprenden.
- La calidad, incluyendo la definición de normas de calidad
- Aprovechamiento de los cambios tecnológicos en la perspectiva de la educación a distancia y de las llamadas universidades virtuales.
- Cambios paradigmáticos en las organizaciones (basadas en la matética)

### **3.3 Las tendencias de los cambios laborales en los servicios de salud 5**

La experiencia de las reformas sanitarias de Europa y el Reino Unido muestra con claridad la necesidad de considerar los cambios organizacionales a nivel macro y los que ocurren con los procesos de recursos humanos en el análisis de las reformas sectoriales.



En esta experiencia europea se resalta la importancia de analizar en profundidad cuatro procesos sustantivos: la reestructuración del sector público, la privatización-mercantilización de los servicios, la flexibilidad laboral y los cambios en los lugares de trabajo.

El análisis de la reestructuración del sector público permite resaltar, en primer lugar, las exigencias derivadas de las restricciones presupuestarias (derivadas de compromisos de la globalización), su impacto sobre el nivel de los salarios y la definición de nuevas normas relacionadas con la productividad y las condiciones de trabajo. En una segunda instancia se produjo la reorganización de los servicios públicos en función de las condiciones de competitividad de los mercados, de la descentralización o devolución de atribuciones y responsabilidades y el establecimiento de metas de desempeño y rendimiento de los servicios. Una tercera dimensión de la reestructuración es la administrativa. Aquí se han producido cambios en la dirección de un fortalecimiento administrativo y el impacto de las nuevas reglas de juego sobre los profesionales y sus asociaciones y sindicatos.

La experiencia inglesa con privatización de servicios permite ilustrar diferentes formas de privatización: de la provisión financiada por fondos privados, la externalización de servicios o contratos a terceros fuera del sector público y la estructuración de mercados internos. Es necesario resaltar el impacto que tuvo la tercerización sobre el desempeño, la calidad y la flexibilidad laboral. En este efecto la experiencia es disímil y requiere un análisis específico de cada caso. El otro efecto se dio sobre los términos y las condiciones del empleo. La organización de mercados internos permitió enfocar la cuestión del desempeño, la capacidad de gerenciar en incertidumbre y la aparición de la inestabilidad laboral. Allá, como en América Latina, crecieron los contratos temporales y con tendencia a la precariedad.

La cuestión de la flexibilidad laboral se manifestó en tres modalidades: la llamada flexibilidad numérica que implicó el crecimiento de los contratos temporales y el trabajo de tiempo parcial; la funcional con su impacto sobre el desempeño del personal (en nuevas habilidades como en ampliación del espectro del desempeño), cambios en la composición de la fuerza de trabajo y la alteración de las fronteras e incumbencias ocupacionales. La flexibilidad también se manifestó en una dimensión económica alterando los sistemas de remuneración al enfatizar el criterio de pago por desempeño en sustitución del tradicional pago por tiempo y antigüedad.

Los cambios que ocurrieron en los lugares de trabajo se derivaron de la descentralización y del fortalecimiento de la gestión local. Un efecto ha sido una tendencia a la descentralización de la negociación colectiva, que se tradujo en acuerdos locales con la fuerza de trabajo y un cambio importante en la gestión de los recursos humanos.

### **3.4 Los recursos humanos para la salud pública y la cuestión de los equipos<sup>6</sup>**

Las nuevas tendencias en la organización del trabajo y en las arquitecturas y dinámicas institucionales vuelven a colocar en el foco del interés la cuestión de los equipos en el trabajo de la salud pública. Este viejo objetivo, siempre mencionado y nunca realizado, se ve ahora revitalizado a la luz de las evidencias provenientes de los cambios en los estilos organizacionales y la exploración de cambios similares en las instituciones de salud. El tema del trabajo en equipo no se refiere ahora a un arreglo instrumental para obtener distintos o mejores resultados, en el marco de organizaciones convencionales. El reto de la hora presente se refiere a los equipos como la posibilidad de superar la fragmentación del trabajo, es decir como un valor de unificación de la fuerza de trabajo en el marco de instituciones diferentes.

Las evidencias provenientes de las organizaciones de frontera que colocan al equipo en el centro de su desarrollo, son numerosas. De otro lado tendencias del empleo y la estructura ocupacional, en relación con los impactos de la revolución tecnológica indican nuevos desarrollos organizativos que también valoran el trabajo en equipo, entre éstas se anotan modalidades de medianas y pequeñas empresas, autogestionarias, de autoempleo, cooperativas, empresas familiares y otras formas de diversificación productiva.

¿Qué valor tendría una fuerza laboral unificada, es decir, un efectivo equipo de salud, para la mejoría de la atención, en las reformas?, ¿En base a qué principios se puede avanzar en esa unificación? Las respuestas empiezan a vislumbrarse cuando se reconocen las posibilidades de las redes institucionales. La concepción de redes de equipos de trabajo, efectivas en organizaciones de avanzada, es un enorme desafío para la gestión en salud, para la capacitación y educación permanentes y para la regulación del sistema en general, por sus implicaciones en la capacidad negociadora de la fuerza de trabajo. Es un cambio copernicano en la organización del trabajo en salud. En este momento es una fuente de dudas y también de posibilidades.

¿Qué condiciones se requieren para el armado de estos equipos?, ¿cómo se podría garantizar su permanencia y crecimiento?, ¿qué pasaría con dichos equipos ante el avance de la descentralización, la flexibilización y la tercerización? Estas y otras preguntas se pueden formular para la reflexión acerca de las posibilidades de los equipos en el trabajo de la salud pública.

### **3.5 Reformas estatales, descentralización y políticas públicas<sup>7</sup>**

El análisis de estas dimensiones políticas requiere de un esfuerzo de precisión de conceptos debido a que es muy común que exista confusión conceptual y el consiguiente uso inadecuado de los mismos. Es necesario precisar claramente tres conceptos diferentes involucrados en este análisis: estado, gobierno y función pública. Se puede escuchar que se habla de reforma del estado cuando efectivamente se refiere al trabajo gubernamental.

La reforma del Estado en América Latina está íntimamente relacionada con los procesos de gobernabilidad democrática. En este terreno la Región ha hecho progresos y acumulado una gran experiencia (en materia de reformas constitucionales, leyes de partidos políticos, etc). Sin embargo pareciera que el progreso es menor en lo que se refiere al trabajo gubernamental y a la función pública. Hay una tendencia creciente al desarrollo de una nueva gestión pública, aunque pareciera que es más declarativo que efectivo.

En lo referente a la descentralización, proceso en el que también América Latina tiene una rica experiencia, siempre se deben considerar varias cuestiones: la doble acepción que se da en la Región –estructural e institucional-, la cuestión territorial como una cuestión de mucha importancia (descentralización como “reconstrucción del espacio”) y el importante problema del nivel intermedio, de gran importancia para la descentralización en salud y educación. Esta cuestión de los niveles tiene una traducción a nivel de política pública que se manifiesta en la definición y distribución de competencias: ¿qué va a hacer cada uno y cómo?, ¿cómo actuará el nivel local?, ¿cómo se articulan las políticas públicas a ese nivel?. En algunos países como Brasil se está empezando a explorar la conveniencia de un cuarto nivel.

Hay otras implicaciones de las reformas estatales para las políticas sociales. Entre éstas está la regulación de mercados en salud. A estas alturas está muy claro que no se puede dejar la salud en las manos del mercado. La otra cuestión se refiere a la intersectorialidad y la comunicación entre sectores como condición indispensable de la acción en salud y educación.

#### **4. REFORMA SECTORIAL, FLEXIBILIDAD Y REGULACION DE LOS RECURSOS HUMANOS <sup>8</sup>**

Cualquier cambio positivo en los sistemas y servicios de salud requiere de recursos humanos capaces y motivados. Como ya quedara establecido en el contexto, en la era postfordista o de la flexibilidad los procesos de reforma sectorial son influídos por cambios económicos e institucionales nacionales e internacionales que le enfrentan al imperativo de desarrollar su capacidad regulatoria.

La función de regular es inherente al Estado moderno. Sea que ejerza un papel promotor del desarrollo, de garante del bien público o de jugador complementario a los mecanismos de mercado, el Estado requiere intervenir regulatoriamente. Al interior del sector, las opciones de política, la descentralización que caracteriza a casi todos los procesos de reforma sectorial y la tendencia a la privatización, requieren regulación. Aquí es conveniente establecer que, en esta perspectiva, ante las corrientes que promueven la desregulación en salud, el Estado no debe regular menos, sino regular mejor. Las evidencias existentes de procesos que optaron por la desregulación de los mercados, muestran el agravamiento de las inequidades, mayor concentración y serios problemas para la distribución de beneficios.

Es claro que en esta línea de regular mejor, el Estado y sus instituciones regula protagónicamente en interacción con otros actores: aseguradores, prestadores, usuarios, etc. Para ello requiere establecer objetivos y resultados esperados, definiendo criterios marco para la regulación como son volumen, tipo, calidad, costos, accesibilidad, efectividad y debe considerar también la satisfacción de los usuarios. Se puede regular en varios puntos del proceso de desarrollo de recursos humanos: en la entrada (inputs) controlando mecanismos de acceso a la educación o al empleo, definiendo tipos de competencias necesarias, etc. Los procesos son otra instancia de regulación (definiendo responsabilidades y competencias, definiendo normas de productividad, standards de desempeño, topes al uso de insumos por los proveedores, etc). Por último se pueden regular sobre criterios derivados de resultados e impacto, como son la efectividad de la intervención y la satisfacción de quienes reciben la atención. Desde un enfoque más sociológico se puede establecer otros marcos regulatorios. Así se requiere que se regule considerando la posición e intereses de los actores institucionales y colectivos relevantes en el campo de recursos humanos: se regula, bajo esta perspectiva los procesos de formación profesional y técnica, el ejercicio de las profesiones y ocupaciones y los procesos y mercados de trabajo.

El ejercicio de la función regulatoria requiere el uso de diversos modos de regular: el marco legal, la administración, los procesos económicos y sociales. En una óptica más instrumental supone el uso de mecanismos coercitivos, negociación y diálogo, mecanismos de *laissez faire* y, más comúnmente, una combinación de aquellos.

Como puede verse claramente la regulación consiste en procesos políticos, económicos, sociales y jurídicos muy complejos. De allí que sea frecuente la emergencia de conflictos y resultados no previstos. Se requiere construir aceptabilidad, confianza y legitimidad para regular de manera exitosa en función del bien común.

El contexto en que se dan las reformas define un escenario de tensión para la función regulatoria. De un lado las tendencias a la desregulación y a la hegemonía del mercado y de otro lado la necesidad de construir una mejor capacidad estatal para garantizar la salud de la población. Se debe recordar aquí la naturaleza imperfecta de los mercados de atención y de los mercados laborales en Salud, que exigen de marcos y mecanismos efectivos para su regulación. En los momentos actuales ya no tiene lugar la autorregulación corporativa vigente hasta hace poco en muchos países de la Región, ni tampoco la regulación centrada en la figura omnipotente del Ministerio de Salud o de Educación. Los cambios sociales y políticos han dibujado ese otro escenario donde la complejidad y el desencuentro de intereses requiere diálogo, concertación, confianza mutua y el arribo a decisiones negociadas.

Esa nueva perspectiva de la función regulatoria constituye otro de los desafíos para el desarrollo de recursos humanos. Será indispensable ayudar a formar esos interlocutores y negociadores para la regulación y será necesario también desarrollar en el corto plazo los sistemas de información de soporten a esa función.

Un caso vigente que coloca, en perspectiva subregional, la necesidad del desarrollo de la función regulatoria a nivel nacional e internacional es el MERCOSUR. Este tratado de integración económica y comercial, vigente en sus diferentes fases, desde 1991, tiene implicaciones para el

futuro desarrollo de la salud en los cuatro países signatarios (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) en tanto que los servicios de salud son considerados entre los bienes de intercambio. Esto plantea al sector salud de la sub-región el desafío de asegurar que el proceso de integración se desarrolle promoviendo la salud con equidad y eficiencia.

Ese desafío implica que el sector se prepare para definir y asegurar objetivos de salud en un escenario que está fuera de su control y donde es previsible que segmentos importantes de población queden excluidos de los eventuales beneficios de la integración. El escenario para los recursos humanos se define en la posibilidad de la libre circulación de la fuerza laboral, los patrones de desarrollo de los servicios de salud y los nuevos mercados educativos. En ese marco previsible los puntos sensibles del desarrollo de recursos humanos de salud son:

- Los procesos de formación y de desempeño del personal,
- Los mecanismos de licenciamiento y de control del ejercicio profesional,
- Las modalidades de empleo y los diferenciales en la oferta y demanda de las profesiones,
- Los procesos de profesionalización y de representación de los trabajadores de salud.

El caso de Chile y la regulación de las condiciones de trabajo del personal municipalizado de la atención primaria, ilustra de manera ejemplar las implicaciones de la regulación de los recursos humanos en el contexto de una reforma sectorial de vasto alcance y largo plazo. Los cambios sectoriales entre 1990, año de la recuperación de la democracia y 1994 (en que se inicia el segundo gobierno democrático) se orientaron a la recuperación del sector público en términos de infraestructura, equipos, remuneraciones y dotación de personal. En este período la regulación de los recursos humanos debió considerar necesariamente la satisfacción de necesidades acumuladas por la deteriorada situación del personal y la recuperación de las organizaciones gremiales. Ese período tuvo algunos conflictos importantes, entre los cuales se cuenta la paralización del personal municipalizado en demanda de un estatuto especial. Este personal, a diferencia del personal de los otros niveles de atención, estaba regido por el código del trabajo, común a los trabajadores de las empresas privadas.

El período que va de 1994 al presente ha sido muy rico en enseñanzas sobre regulación, flexibilización y negociación. En esta fase se afronta el fortalecimiento y modernización sectorial con la introducción de cambios en el financiamiento, la gestión y el cambio de modelos de atención. En este período también se dan las reformas legales del marco laboral exigido por el personal municipalizado: se expide el estatuto de la atención primaria (promulgado en 1995 y con efecto sobre la situación laboral de 18,000 trabajadores, reconociéndoles carrera funcionaria local, criterios remuneratorios y de dotación, entre otras ) y una serie de medidas para regir sistemas de incentivos al desempeño y la experiencia. Los temas de regulación y concertación (y la administración de los conflictos, que fueron varios) se desplazan a la reglamentación y la acotación de los efectos de la flexibilización, derivados de la modernización estatal y la administración pública.

La experiencia de Chile ilustra la complejidad de los marcos normativos vigentes en el sector, las limitaciones y posibilidades de la flexibilización, el dinamismo de los conflictos y negociaciones -que van más allá de las condiciones de trabajo para avanzar sobre los modelos de atención, el financiamiento del sistema y asumen la defensa del sector público- y, de manera muy clara, la necesidad de construir una capacidad institucional para la gestión estratégica de los recursos humanos, ejercer la función reguladora y asumir la negociación con los otros actores. Ilustra también algunos desafíos por enfrentar: ¿cómo utilizar las posibilidades de la flexibilidad para promover el cambio organizacional cultural en salud?, ¿cómo avanzar en la concreción efectiva de reformas legales para el desarrollo del personal?, ¿cómo regular y negociar adecuadamente para promover el compromiso de los trabajadores con los cambios sectoriales que beneficien a la población?

Estas preocupaciones fueron también recogidas en los debates grupales. La flexibilización es un elemento insoslayable del escenario de las reformas sectoriales. Tiene posibilidades y también riesgos. Pareciera que su introducción acrítica y vertical entrañara más riesgos que beneficios. En un escenario sectorial como el de la Región, que en muchos casos, no ha podido superar defectos y limitaciones estructurales, la flexibilidad externa con su secuela de inestabilidad laboral, precarización del trabajo y deterioro de condiciones básicas para el desempeño, no contribuirá a los cambios positivos en los servicios, pudiendo, por lo contrario, agravar los problemas ya existentes. Sin embargo, también se rescata las posibilidades que la flexibilización funcional, con sus efectos en la reorganización del trabajo en los servicios, podría generar para acompañar y fortalecer cambios organizacionales y contribuir a mejorar la calidad de la atención.

Preocupa, en esta perspectiva la debilidad institucional del sector Salud para la gestión de los recursos humanos bajo criterios modernos y en función de los cambios sectoriales. La capacidad de regulación como una función de la rectoría del Estado, requiere también de cambios en la gestión.

## **5. DESCENTRALIZACION Y GESTION DE RECURSOS HUMANOS<sup>92</sup>**

El análisis de esta cuestión se realizó en base a experiencias propias de los panelistas, destacándose los aspectos relevantes y críticos de la descentralización y algunos aspectos generales básicos.

Los procesos de reforma del sector, en su mayor proporción, alcanzarán el éxito solamente si los recursos humanos se comprometen en la búsqueda de los fines de la reforma, buscando la universalidad en el acceso y la atención y la equidad del sistema. Ello supone que el personal tenga flexibilidad para aceptar el cambio, el conocimiento, las habilidades, las destrezas requeridas, así como una clara comprensión y ubicación del papel que juegan para cuidar y preservar de manera integral la salud de las comunidades.

La descentralización debe ser vista como una estrategia esencial de la direccionalidad de los procesos de reforma sectorial. Se destaca que ésta debe ser concertada, gradual y planificada. Aparece como un elemento central que la descentralización de los recursos humanos debe desarrollarse y vincularse a los procesos de trabajo en los servicios, para que respondan a las necesidades de los ámbitos locales en los cuales se desempeñarán.

El impacto de la descentralización en la gestión de los recursos humanos se puede mirar en dos grandes dimensiones. Aquellas que emergen como parte del proceso de transferencia de poder a los niveles gerenciales inferiores y aquellas que surgen como consecuencia o resultado de la forma en que los sistemas gerenciales descentralizados son estructurados.

En relación a la primera categoría se destacaron como factores esenciales:

1. Información disponible y adecuada sobre los recursos humanos;
2. La complejidad del proceso de descentralización;
3. El impacto de y sobre las asociaciones profesionales, y
4. La motivación y la actitud del personal de salud.

En el desarrollo de la descentralización se pueden ver afectadas algunas situaciones y condiciones :

1. La definición de la estructura organización, roles y responsabilidades;
2. La viabilidad del desarrollo de la salud y de los recursos humanos en forma coordinada;
3. Sostenibilidad de un proceso apropiado de capacitación;
4. Mantenimiento de la capacidad técnica y gerencial del personal de salud; y
5. El aseguramiento de condiciones laborales para un adecuado desempeño.

Algunas consideraciones a tomar en cuenta sobre la direccionalidad de la descentralización de los recursos humanos son las siguientes:

- La disposición y actitud de los gerentes para garantizar un equipo de salud competente y comprometido.
- Desarrollo de la capacidad de adaptación a contextos complejos que requieren el proceso (implicaciones legales en relación a derechos y deberes del personal, nuevos roles y responsabilidades, promoción de incentivos y mejores desempeños, mecanismos de transferencia de autoridad, etc)
- Fortalecimiento de capacidad estratégica para el desarrollo del RRHH tanto a nivel central como en los niveles locales.
- Inversión para el desarrollo del RRHH
- Monitoreo del impacto de la descentralización en los procesos de desarrollo de RRHH (considerando la equidad de distribución, acceso, calidad y eficiencia del personal)

El caso de Brasil ilustra la complejidad de los procesos y los riesgos que implica la descentralización sin una adecuada regulación sectorial por el Estado. Existe de facto una “reforma salvaje o desregulada” en la cual se han introducido cambios en diversas dimensiones del proceso de desarrollo de recursos humanos sin otra justificación que la de hacer que los servicios sigan funcionando “no importa como”. En un contexto de deterioro de condiciones laborales y de restricciones financieras han aparecido formas organizativas al margen de la política de salud e incluso al margen de la legalidad. Las implicaciones futuras (sanitarias y legales) son difíciles de precisar, en la medida que no existen mecanismos de evaluación ni de control de tales iniciativas.

La función rectora del Estado aparece como un eje fundamental para la orientación de la estrategia de descentralización de los recursos humanos. La rectoría deberá ser política y socialmente aceptada por la sociedad y los actores sectoriales, para que contribuya a facilitar el proceso de reforma sectorial.

La diversidad de actores que actualmente aparecen en el escenario de la descentralización de los recursos humanos, requiere que se valore la fortaleza que representan la concertación y la negociación para definir reglas del juego claras, así como principios que guiarán su implementación. Además que ello contribuiría al fortalecimiento de la sociedad civil, en la cual se pueden gestar mecanismos de control social que apoyen en forma permanente la búsqueda de la equidad y la ética de la descentralización.

La experiencia de Saskatchewan (Canadá) muestra un proceso de reforma (que intenta retomar el rumbo perdido) que apuesta por un enfoque centrado en el protagonismo de la comunidad, la racionalización de recursos y el financiamiento en función de necesidades, en la concertación de actores y la intersectorialidad.

La capacitación y el desarrollo de nuevas competencias de desempeño descentralizado, requieren una mayor y mejor aproximación a las realidades particulares de los países. Existe la necesidad de incorporar a las instituciones formadoras de RRHH, concertando con el sector educativo para trabajar en forma coordinada, distribuir y optimizar recursos. A partir de allí se deberá trabajar coordinadamente en el diseño de contenidos, perfiles y programas de capacitación en función de los procesos de reforma. Ello precisará avanzar en el establecimiento de mecanismos regulatorios y de acreditación de las entidades formadoras públicas y privadas, debido a que estaría en juego la calidad y la pertinencia social del desarrollo de los profesionales de salud.

## **6. RECURSOS HUMANOS Y CAMBIOS EN LOS MODELOS DE ATENCION 10**

Se analizaron situaciones diferentes en cinco países de la Región que enfatizan diversas dimensiones de la relación entre modelos de atención y desarrollo de recursos humanos, enfatizando las cuestiones de productividad, la calidad, los cambios institucionales y el desarrollo gerencial.



En los Estados Unidos se asiste actualmente a un debate inédito sobre la situación y las posibilidades de cambio de su sistema de salud. La fallida propuesta de reforma del sector (1993-1994) ha tenido sin embargo efectos que todavía no han sido evaluados de manera integral. No obstante, la mayoría de las razones de dicha propuesta se mantienen y han obligado al gobierno a desarrollar programas e iniciativas que afectan tanto los modelos de atención para poblaciones en riesgo y carentes de aseguramiento como el desarrollo de personal de salud. Los altos costos de la atención médica (14% del PIB y 900,000 millones de US\$ por año), la falta de cobertura de seguros de casi 40 millones de estadounidenses, la re-emergencia de enfermedades infecciosas en grupos sociales en riesgo y el deterioro de indicadores de salud, obligan a buscar nuevas maneras de enfrentar esas situaciones.

El gobierno ha movilizado numerosas fundaciones y agencias gubernamentales para desarrollar e implementar campañas de atención orientadas a esos 40 millones de personas no cubiertas y ha movilizado casi 21,000 profesionales de salud, buscando mejorar el acceso a los servicios de salud. Se resaltó el reciente lanzamiento por el gobierno del seguro de salud para los niños, iniciativa de gran importancia social.

En Estados Unidos se asiste a un incremento del número de profesionales y a la configuración de una estructura profesional incompatible con las nuevas orientaciones de los servicios. Ello ha llevado a la redefinición de las políticas de personal y de los sistemas de incentivos orientadas a los servicios de salud ligados a las instituciones académicas, buscando regular la oferta de profesionales y disminuir los costos educacionales. De otro lado se verifica un cambio importante en los perfiles de desempeño de los profesionales (hacia perfiles generalistas) como consecuencia de la incorporación creciente de modalidades asistenciales y mecanismos de **managed care**, en especial en los servicios privados.

Existe un renovado interés por el incremento de la productividad en los servicios y su relación con la introducción de sistemas de incentivos. Las razones tienen que ver con la necesidad de contener los gastos y con el incremento de la demanda por servicios. Sin embargo la cuestión de la productividad se reviste de dificultades en el campo de la salud.

Se ha hecho evidente una evolución de los conceptos de productividad en salud desde la inicial relación entre productos y horas trabajadas hacia una visión más integral y compleja que reconoce no solamente las relaciones entre productos o resultados, los recursos utilizados y el personal; sino también la complejidad de las organizaciones, las necesidades de salud de la población y los diversos niveles de atención de los servicios. La productividad en esta visión se relaciona con costos, metas y resultados conforme al tipo de trabajo producido y su finalidad. Por tanto una definición de productividad de los recursos humanos resalta es la relación cuantitativa y cualitativa de los productos y la fuerza de trabajo e insumos para alcanzar los objetivos de las organizaciones.

En el marco de las reformas sectoriales existe consenso en la necesidad de incrementar la productividad en los servicios de salud, lo que lleva a establecer sistemas y mecanismos de incentivos. La experiencia en la Región muestra, sin embargo, que esta cuestión está muy impregnada de improvisación y pragmatismo, sin arreglo a políticas de personal, y a veces, lo

más grave, sin acuerdo con los objetivos de cambio institucional. Esta importante cuestión lleva a redefinir también otras condiciones como la participación de los trabajadores, la motivación y la evaluación del desempeño.

La experiencia del desarrollo de capacidades gerenciales ligadas a los cambios en los modelos de atención en los servicios públicos de Argentina, permite reconocer algunas condiciones de retraso en materia de tecnología gerencial y explorar algunas ideas para superarlas. La persistencia de tecnologías gerenciales obsoletas impiden reconocer y afrontar los cambios que le impone el nuevo contexto (globalización, flexibilidad, eficiencia y descentralización, entre otras). El sector público ha afrontado una crisis de legitimidad al darse la ruptura del contrato social, base de su finalidad.

Ser gerente de salud en los últimos años noventa implica capacidades de gerenciar en función de accesibilidad, calidad y costos; una adecuada combinación de visión global y estratégica y de acción, interés por la capacitación y por el recambio tecnológico, manejo de sistemas de incentivos y recompensas y una capacidad de liderazgo que oriente la movilización por el cambio.

La experiencia de modernización de la CCSS ha optado por novedosas estrategias en diversos niveles de la organización: reorganización del modelo de atención según principios estratégicos, cambios en los criterios de asignación de recursos financieros, cambios en las funciones gerenciales básicas y tal vez lo que es más interesante: la implantación de compromisos de gestión. Ello ha llevado al desarrollo sostenido y amplio de programas y acciones de capacitación, cambios en la gestión de los recursos humanos y enfatizar la formación de perfiles críticos.

El mejoramiento de la calidad de la atención o calidad asistencial, como el de productividad, está firmemente instalado entre los objetivos de las reformas. Una atención de la salud de calidad consiste en servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario. Implica también la combinación adecuada de enfoques internos y externos y la participación de los diversos actores (gerentes, personal asistencial y usuarios).

El mejoramiento continuo de la calidad ubica al recurso humano en un lugar central e insustituible lo que le obliga a asumir responsabilidades importantes, como son: responder a la confianza que se deposita en ellos, mantener y mejorar su nivel de competencia profesional y el permanente acercamiento científico a los problemas de salud. Los requisitos esenciales para lograr esa mejora continua se basan en competencias básicas como saber que hacer, medir lo que se está haciendo y actuar en consecuencia.

La reflexión sobre la relación compleja entre modelos de atención y desarrollo de recursos humanos remite también a cuestiones de naturaleza política, tan importantes como los tratados anteriormente. Uno de estas se refiere al hecho de que en muchos casos la definición del modelo de atención es esencialmente política y no necesariamente se basa en el análisis situacional de la salud de la población y la oferta de servicios existente.

Es muy difícil analizar la situación de los modelos de atención sin hacer referencia a los modelos y estilos de gestión. El cambio de los primeros lleva a cambios en la gerencia y el liderazgo, incluso como condición de su desarrollo y fortalecimiento, como lo muestra la experiencia de la CCSS. Es de esa relación de cuasi dependencia que se derivan criterios para el desarrollo de los recursos humanos necesarios al modelo y las condiciones para su desempeño efectivo.

Es de resaltar los esfuerzos en casi todos los países por priorizar el primer nivel de atención y la atención primaria como estrategia y la capacidad resolutoria de los servicios ambulatorios con criterio preventivo promocional. En estas experiencias se puede observar con toda claridad la determinación que ejerce sobre los perfiles de desempeño profesional. La necesidad de profesionales generalistas dotados de nuevas competencias esenciales y específicas se deriva de estas políticas orientadas al cambio de los modelos de atención.

Un elemento reconocido aunque no por ello suficientemente desarrollado es la vinculación efectiva de los servicios con las instituciones formadoras. No se trata ahora de la ampliación de lugares de enseñanza sino principalmente una estrategia orientada a garantizar la calidad y la pertinencia social de los profesionales y técnicos en formación.

## **7. EL FUTURO DE LA SALUD PUBLICA 11**

Las ideas y los conceptos sobre la Salud Pública (SP) han cambiado con los tiempos y siempre fueron objeto de polémica. Se puede aceptar como concepto amplio que la SP comprende aquellas acciones que las sociedades y estados ineludiblemente deben realizar para preservar y promover la salud de las poblaciones. En la actualidad este concepto engloba acciones y dimensiones de alcance nacional e internacional.

En una perspectiva histórica se puede mostrar que se ha logrado mejores niveles de vida en muchas partes del mundo, con logros importantes atribuibles a la acción de la SP, como lo pueden mostrar series de indicadores de esperanza de vida, mortalidad y morbilidad. Sin embargo, una reflexión y análisis contemporánea sobre la situación y futuro de la SP, no puede soslayar que en amplias zonas del mundo se han mantenido y agravado desigualdades en la calidad de vida, la situación de salud y el acceso a servicios de salud, que existen pandemias y que están resurgiendo viejas enfermedades que afectan a importantes segmentos de las poblaciones.

En esta perspectiva de la SP, en las cercanías del año 2000, es importante incluir lo que significó Salud Para Todos y Atención Primaria de la Salud para los países del mundo que asumieron el compromiso de desarrollar sistemas de salud sobre nuevas bases para reducir la inequidad y asegurar la universalidad, desarrollando tecnologías apropiadas y con participación social. Este marco no solamente reorientó los sistemas sino que definió nuevas referencias para la SP, al incluir factores de naturaleza política, social, cultural y económica en la definición de las condiciones en las que la población puede estar sana.

El futuro de la SP tampoco puede eludir la consideración de las críticas que se le han hecho y se le siguen haciendo desde dentro y desde fuera de la comunidad de SP. Estos cuestionamientos

apuntan que la SP ha sido excesivamente declarativa, voluntarista, ha incumplido promesas y ha sido excesivamente tolerante o pasiva ante las restricciones de los gobiernos que afectan las posibilidades de los servicios. Ello habría llevado a un desprestigio de los servicios de SP y a un desaliento en la propia comunidad de SP. En otra perspectiva más epistemológica se le acusa de biofisiologismo, de haber perdido especificidad ante la biomedicina, de ser atórica, dicotómica, dogmática y confusa, entre otros atributos negativos.

En estos momentos el futuro de la SP ya está presente en los nuevos desarrollos y los nuevos desafíos. Entre estos últimos tal vez el más importante es su compromiso explícito con los sectores desamparados de las sociedades, con la innovación permanente de su saber y con la búsqueda de definiciones más precisas de su acción. Un importante paso adelante en esta perspectiva, es la proposición de las funciones esenciales de la SP que propone la OMS.

El futuro de la SP se basará también en aquellos elementos perdurables de la experiencia histórica de la SP, de sus logros y fracasos. Lo perdurable se refiere a la centralidad de la ciencia en su pensamiento y acción, en el uso de criterios costo efectivos para definir y evaluar intervenciones, en su alianza con el estado, la sociedad civil, las ONG, los grupos populares, grupos religiosos, etc. y en una ética actuante de la SP. Esta ética incluye, de manera muy importante, la protección de los derechos humanos y el respeto a la dignidad y vida humanas.

## **8. EDUCACIÓN Y PRÁCTICA PROFESIONAL EN LA REFORMA SECTORIAL <sup>12</sup>**

Las reformas sectoriales de salud representan un gran desafío para las universidades y su función de formación profesional, en la medida que le exigen la producción de profesionales generalistas dotados de nuevas competencias. La Universidad deberá, en este contexto, fortalecer su participación mediante el diseño de modelos de intervención acordes con las nuevas realidades y los procesos de integración subregional y globalización, la ampliación de la extensión universitaria y la actualización de sus conocimientos y la investigación aplicada.

En el pregrado, además de nuevos contenidos y de cambios en las estrategias metodológicas (aprendizaje centrado en el estudiante, resolución de problemas y medicina basada en evidencias) y en los lugares de aprendizaje; será necesario privilegiar estrategias interdisciplinarias y metacognitivas para el autoaprendizaje como mecanismo de asegurar su nivel de competencia profesional en el futuro. El desafío en el postgrado es revertir la tendencia a la sobre-especialización ampliando la capacidad resolutoria del generalista, categoría que deberá incluir al médico y pediatra generales y al médico de familia.

Es una responsabilidad de la universidad asegurar la actualización del profesional. Ello implica el desarrollo efectivo de la educación continua y permanente en estrecha articulación con los ministerios de salud, los servicios, los colegios profesionales y las asociaciones científicas. Esta nueva responsabilidad universitaria consolidará la integración con los servicios y contribuirá a su adecuación y pertinencia.

En este contexto se hacen imprescindibles desarrollar marcos y mecanismos de certificación y recertificación que aseguren la competencia de los profesionales.

La Universidad comprometida con su tiempo y su realidad deberá jugar un papel importante en la difusión social del conocimiento más allá de los programas educativos formales. Ello le significa un enorme esfuerzo para cambiar visiones y estructuras académicas y administrativas que le impiden el cambio de su misión social.

El contexto de la práctica y de la educación médica y en especial la de los médicos generalistas debe considerar la difícil realidad de los mercados de trabajo que apuntan a la precariedad y al desempleo. Tradicionalmente ha existido desencuentro entre los discursos académicos y el de los servicios, entre las instituciones de formación y las instituciones empleadoras. De un lado se propone la formación de médicos generalistas y del otro se tiende a emplear especialistas. Entendiendo que no se puede educar profesionales sin una integración efectiva a los servicios, los requerimientos actuales de generalistas por los servicios abren una ventana para avanzar en la superación de ese desencuentro y hacer que el discurso corresponda a la realidad.

Es importante que las discusiones sobre los cambios educacionales reflejen el aprendizaje institucional y que las nuevas decisiones se basen en los logros y fracasos de las iniciativas universitarias. La experiencia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) responde a esta visión. El balance de la experiencia pionera del Plan A-36 , dio lugar a nuevos planes como el de 1985 y la progresiva incorporación al curriculum de contenidos de Salud Pública, Nutrición, Informática Médica; la ampliación de los contenidos de Epidemiología y Estadística y su relación con la Clínica. Nuevos e importantes desarrollos incluyen experiencias interdisciplinarias en salud de los ancianos y salud de los trabajadores y de manera especial actividades práctica de Medicina Familiar y Servicio Social.

Uno de los aspectos más importantes en la problemática educacional actual es el que se refiere a la evaluación académica y los aspectos regulatorios de la educación profesional. La premisa básica es que la educación profesional debe ser de la más alta calidad posible para producir recursos humanos que puedan desempeñarse adecuada y competentemente en ambientes muy dinámicos y demandantes. La evaluación y acreditación de programas educacionales son de la mayor importancia para asegurar el éxito de los nuevos sistemas de salud.

Como no podría ser de otra manera, los cambios paradigmáticos en Salud y Educación y los procesos de reforma en marcha delimitan una serie de factores importantes para determinar el tipo de recursos humanos requeridos para la dirección y la atención de la salud. Se identifican nuevas competencias y nuevas actitudes por parte de los profesionales y técnicos de salud, actitudes y habilidades para el trabajo en equipo y el autoaprendizaje, para trabajar en nuevas modalidades de organización y en diferentes condiciones laborales, con actitud y conocimientos para la investigación y evaluación de su acción, entre otros requerimientos. Sin embargo las exigencias se dan en un contexto de restricciones de fondos para las universidades y con desempleo creciente en muchos países.

Hay consenso sobre la importancia de la evaluación y la acreditación. La calidad de los programas educacionales es una condición básica para asegurar mejor atención y promover

mejor salud, en el marco de los cambios sectoriales. Y no es únicamente un requerimiento de las escuelas ni de los servicios, sino de la población, incluyendo a la sociedad civil y las representaciones profesionales, los propios estudiantes y sus familias. Todos estos actores deben tener la seguridad que la evaluación y la acreditación es consistente, objetiva y confiable, y que efectivamente evalúa el desempeño de los programas educacionales contra standards relevantes y aceptados, nacionales e internacionales.

Los sistemas nacionales de evaluación y acreditación deben responder a las características políticas e institucionales de cada país, lo que implica la utilización de marcos flexibles para la evaluación. De una manera general, la mecánica supone la existencia de un cuerpo de evaluación y acreditación legítimo, representativo y aceptado por los actores, el desarrollo de un proceso de autoevaluación por los programas respectivos, la evaluación propiamente dicha (por la vía de un estudio ad hoc por un equipo especial) que toma en cuenta también la autoevaluación, la emisión de un reporte que es objeto de revisión por el cuerpo respectivo. Se deben contemplar posibilidades y mecanismos de apelación, nuevas oportunidades y difusión de información. La periodicidad de la evaluación varía de país a país (entre 3 y 7 años, con un promedio de 5).

Estos procesos se basan en la comprensión y el mutuo reconocimiento de credenciales educacionales al interior de los sistemas educativos y requiere comunicación entre las instituciones comprometidas y el acceso amplio a la información.

Una perspectiva más amplia de la experiencia en acreditación educativa y profesional resalta la dimensión del reconocimiento formal de los logros y la confianza de un grupo de trabajo o de individuos, por medio de un registro formal, otorgado por un cuerpo representativo de instituciones. Ese reconocimiento es conferido en la medida que cumplen con una serie de requisitos pre-establecidos.

La certificación a su vez, es el reconocimiento que otorga un grupo de profesionales a un profesional que posee las competencias requeridas en un campo determinado, usualmente por un período de tiempo definido, confiriéndole un permiso para practicar. La licencia es la autorización para practicar en un territorio dado, al cumplir con leyes y regulaciones expedidas por una autoridad central o local. Ambas están muy relacionadas. El propósito de la acreditación es proteger el bien público mediante la evaluación de la competencia de los profesionales.

El control de la calidad se puede hacer tanto a instituciones como a individuos. En lo que se refiere a las instituciones educativas se realiza por medio de procesos formales y por evaluadores externos. La acreditación de individuos se hace en diferentes niveles. Por ejemplo, en el caso de los médicos se deben cumplir procesos de evaluación como estudiantes, en el momento del grado (por medio de exámenes nacionales), con el registro parcial o definitivo al final del internado, como estudiante de postgrado al aprobar el examen de los colegios de especialistas y, por último, cuando se somete al examen de estado, a los procesos de educación continua y, eventualmente, a los procesos de recertificación.

La importancia de la acreditación es asegurar la competencia y confiabilidad de los profesionales y por tanto de los servicios, en el marco de la globalización y la descentralización que determinan movilidad de profesionales nacional e internacionalmente. Se debe resaltar la

importancia de un equilibrio entre desregulación y sobre-regulación, de coherencia en las competencias de autoridades locales, nacionales e internacionales, la modulación de las presiones políticas involucradas en los procesos, la participación de la población y, por último, asegurar la participación del sector Salud que impliquen a los mercados laborales.

La experiencia del CARICOM permite resaltar las cuestiones relacionadas con la movilización de graduados entre países, la normatividad para regular el intercambio y los mecanismos de acreditación de instituciones educativas de nivel terciario. Acuerdos intergubernamentales recientes fijan un marco para los cambios en los programas educativos y las prácticas de los agentes de la medicina tradicional, a quienes se les ha exigido demostración de competencias y su incorporación en programas de educación continua. Se busca desarrollar un registro subregional de profesionales, que en el caso de los médicos implicará implantar un examen, privilegiando a los egresados de las escuelas del área.

El registro de los profesionales en cada uno de los países del CARICOM y la acreditación de los programas educativos constituyen actualmente la meta más importante. Es de resaltar que el liderazgo en los procesos de acreditación fue asumido por Enfermería. Se ha acordado, además, establecer programas de educación continua para mantener las competencias y desarrollar programas educativos basados en redes informáticas.

Las reformas constituyen una oportunidad para inducir procesos de evaluación. Al promover y estimular una cultura de la acreditación y certificación, de manera indirecta, se están persiguiendo logros de calidad en Salud. Un pre-requisito para el avance de estos procesos es la vinculación efectiva entre las instituciones formadoras y los servicios, a través de la evaluación conjunta de las necesidades de los servicios con énfasis en los procesos de trabajo. Ello permitirá revisar los motivos de rechazo e incompatibilidad entre requerimientos de recursos humanos del sistema y la oferta educativa.

Existe una larga y rica experiencia en articulación docente asistencial que no ha sido suficientemente evaluada ni valorada. Las experiencias actuales muestran que esta estrategia sigue vigente y que debe profundizarse incluyendo programas de educación continua y supervisión formadora coherente con las necesidades de los servicios. Una perspectiva clara de educación permanente permitirá aprovechar las nuevas posibilidades tecnológicas para ampliar la cobertura de las acciones educacionales. La educación a distancia basada en redes informáticas puede llegar a una amplia audiencia de trabajadores representativa de los diversos actores colectivos.

Es necesario seguir profundizando en el análisis y adecuación de los currícula en función del producto final, incluyendo aspectos de la práctica incluyendo las tendencias a la flexibilidad laboral y la redefinición de competencias. La larga historia de cambios curriculares sin impactos sustantivos nos muestra que la participación de los docentes en todo proceso de cambio es fundamental.

En los momentos actuales es imprescindible asegurar un acceso oportuno y adecuado al conocimiento e información disponibles como base de decisiones estratégicas informadas. Esta aseveración tiene vigencia tanto para el sector educativo como asistencial. ¿Cómo redefinir

perfiles y competencias sin conocer las tendencias de los mercados ni los cambios en la organización del trabajo que ocurren en los servicios? ¿Cómo sustentar un proyecto estratégico de cambio educativo de largo aliento sin una fuerte base de información epidemiológica, social, educativa, asistencial, etc?

Una dimensión esencial del compromiso entre educación y servicios de salud, ante los desafíos y oportunidades de las reformas, es la investigación científica. La universidad y también los propios servicios son deficitarios en producción de conocimiento relevante sobre la situación de salud y de la atención. Es imprescindible acordar prioridades y articular capacidades para investigar los problemas prioritarios y desarrollar modelos conjuntos de intervención.

No basta constatar el consenso sobre la necesidad de evaluar, acreditar y certificar. Es necesario instalar sistemas institucionalmente concertados y aceptados para contribuir a la regulación y mejoramiento de los programas educativos y la competencia profesional. No se trata de un fin en si mismo, es parte de la contribución responsable de los actores colectivos del sector educativo a la mejoría de la atención de salud y la satisfacción de necesidades de la población.

La OPS-OMS tiene experiencia en la articulación de instituciones y promoción de acuerdos. Se requerirá del compromiso de la OPS en la organización de espacios para la concertación, para administrar el conocimiento y la información necesaria, para el diseño de marcos e instrumentos y para hacer viable el intercambio y la comunicación entre instituciones y entre países.

## **9. RECURSOS HUMANOS Y COOPERACION TECNICA 13**

El análisis de este tema se realizó en base a las contribuciones de la OPSOMS, el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Las consideraciones de los representantes de dichos organismos dieron lugar a algunos comentarios de las autoridades y funcionarios asistentes.

El punto de partida conceptual para la definición de estrategias de cooperación técnica en este campo, según la visión de la OPSOMS, es la premisa de que los recursos humanos de salud son los sujetos esenciales del desarrollo de la salud, cuyo protagonismo se basa en la combinación de solvencia técnica y dominio de competencias con actitudes de compromiso y participación. El personal de salud es parte fundamental de la dimensión humana de la atención de la salud. Explicitar esta visión es de necesidad teniendo en cuenta algunas percepciones que tienden a subvalorar o a ocultar la contribución de los trabajadores en la atención. Una de ellas es la distancia o abismo que existe entre un discurso que valora la contribución del personal y la ausencia de políticas y acciones coherentes con ese discurso, otra percepción errónea es homologar el concepto de recurso humano con una idea instrumental de la capacitación, y la tercera, de cuño administrativo, es pensar que los recursos humanos, las personas, son solamente un recurso más, como el dinero o los equipamientos. Estas visiones, al final, se proyectan en una actitud que excluye la consideración del personal como protagonista de la atención y como sujeto de los cambios. Y, eso, como se ha demostrado, puede tener funestas consecuencias.



La OPS define su cooperación como un enfoque integral que se dirige a las diversas áreas de intervención del campo: desarrollo de políticas, sistemas de información, planificación, regulación, gestión, procesos de trabajo y educación. El análisis de las exigencias de las reformas coloca como prioritarias las acciones orientadas a:

- desarrollo de marcos regulatorios para el desarrollo de recursos humanos
- fortalecimiento de políticas de recursos humanos
- desarrollo de sistemas de información apropiados para la planificación y gestión de recursos humanos
- desarrollo de habilidades de gestión de recursos humanos en los diferentes niveles de los sistemas de salud
- impulso y apoyo a la mejoría del desempeño de los trabajadores de la salud
- desarrollo y fortalecimiento de procesos educativos en las instituciones formadoras y en los servicios.

Las demandas de los países requieren ser procesadas teniendo en cuenta tanto la nueva coyuntura de la cooperación internacional como el desarrollo de las capacidades institucionales nacionales. Por ello es que la OPS viene utilizando algunas estrategias de cooperación que responden a los siguientes principios:

- apoyo técnico a los países en los componentes de recursos humanos de los procesos y proyectos de reforma.
- promoción de la participación activa de las instituciones formadoras en los procesos de reforma
- promoción de la articulación y concertación de actores sociales para desarrollar políticas y cambios en el desarrollo de recursos humanos.

Por ello es que en los momentos actuales la acción de la Organización tiende a privilegiar la conformación de alianzas estratégicas con las instituciones de excelencia en este campo, en la Región; la movilización de recursos humanos en un marco de cooperación entre países, la investigación y la diseminación de conocimiento e información en este campo y la permanente búsqueda de respuestas técnicas pertinentes, oportunas y eficaces.

Los organismos de cooperación financiera internacional, actores importantes de los procesos de reformas, también están privilegiando el lugar que los recursos humanos tienen en los procesos de reforma. Al ser el personal un factor crítico de las reformas, tanto el BM como el BID han decidido establecer como una línea de apoyo importante lo referente a las políticas y procesos de recursos humanos. Sin embargo se reconoce su extrema complejidad. Este tema es por naturaleza multidimensional y requiere cambios técnicos, administrativos, culturales, políticos y económicos en los sistemas de salud.

En junio de 1997, el Banco Mundial difundió un documento de política donde define su estrategia para el sector salud. En ese documento se establece la importancia que para este organismo tienen los recursos humanos. En un futuro cercano el BM iniciará un proceso de discusión con organismos internacionales (incluyendo a la OMS y la OPS) para definir mejor su estrategia regional en este campo. Ese proceso deberá llegar a definir una acción conjunta para el apoyo a los países para mejorar la calidad de los sistemas de salud, por medio de acciones sobre los recursos humanos. Esas acciones deberán incluir :

- la producción y diseminación de conocimiento sobre desarrollo de recursos humanos
- desarrollo de instrumentos para planificación de recursos humanos
- apoyo a los países para desarrollar sus capacidades para el análisis y desarrollo de políticas y estrategias de desarrollo de personal.
- apoyo al desarrollo de una iniciativa regional de apertura de un forum para el debate de las cuestiones referidas a los recursos humanos.

Se deja constancia de la necesidad de que se definan objetivos claros y relevantes para guiar las acciones en este campo, de manera que los diversos actores del proceso político y los responsables de las intervenciones técnicas puedan definir estrategias más efectivas para el logro de los propósitos de las reformas.

Estas definiciones tuvieron un impacto muy positivos entre los representantes del sector salud asistentes. No obstante un claro mensaje fue emitido por la audiencia hacia los representantes de organismos de cooperación para fortalecer la coordinación de proyectos, estrategias y acciones para evitar dispendios e incrementar el impacto de las intervenciones. Otras condiciones de índole más operativa relacionadas con la cooperación financiera y que deben cambiar para beneficio de los países y mejor utilización de los recursos se refieren a las modalidades de interacción con las llamadas contrapartes nacionales y la agilización de los trámites administrativos.

## **10. EPILOGO** 14

La reunión significó un momento de reflexión y debate sobre el papel y la trascendencia de los recursos humanos en los procesos de atención de la salud de la población y en las reformas sectoriales de salud. Las expresiones finales de las autoridades participantes en el panel de cierre de la reunión permiten afirmar que existe consenso en el protagonismo central del recurso humano en la atención de la salud y los cambios de las reformas. Se reconoció el enorme desafío de enfrentar la tarea de mejoramiento de las condiciones de trabajo y los procesos educacionales (tanto del personal en formación como de aquel en pleno desempeño) y la redefinición de las relaciones sociales e institucionales que definen tanto en lo político como en lo económico el desarrollo de los recursos humanos. El fortalecimiento de las funciones de conducción y regulación del estado, junto a los actores colectivos, es un requisito central para ese propósito. Quedó como un mensaje meridianamente claro que sin recursos humanos técnicamente solventes, conocedores de los propósitos y comprometidos con los procesos de cambio en salud, no hay futuro para los procesos de reforma.

La reunión ha permitido también reconocer la complejidad y amplitud de la problemática que implica. Es interesante recoger los comentarios en el sentido de que la reunión significó, de cierta manera, un proceso de aprendizaje intensivo que ha despertado mucho interés por asegurar su continuidad.

El contexto de las reformas, más allá del reconocimiento de sus determinantes y de sus implicaciones, se define en una época de turbulencia e inestabilidad, cuyo sentido es esencial

para asegurar la supervivencia y el desarrollo humanos. Las visiones que orientan las reformas deben recoger, en la expresión de uno de los viceministros participantes, lo mejor de las teorías disponibles y lo más genuino de las esperanzas y responsabilidades de quienes, como los participantes en la reunión, han decidido dedicar su vida y su acción a la Salud Pública.

El gran desafío de redefinir la función del Estado para una acción social con justicia y eficacia, se combina con el imperativo de la acción oportuna (la referida “ética de la prisa”). La ampliación de las brechas entre quienes tienen y los que carecen, obliga a la acción rápida pero efectiva, utilizando de la manera más eficiente posible los recursos sociales disponibles. En función de ese imperativo se define el compromiso por la vida y la salud de la población de las Américas. Ese compromiso no se puede hacer efectivo sin la participación de los trabajadores de la salud.

Sin estar escrito existe un mandato emanado de esta reunión: continuidad y sostenibilidad en los esfuerzos nacionales e internacionales para definir políticas, concertar esfuerzos, desarrollar programas y asegurar los recursos necesarios para el desarrollo de los recursos humanos. Esta es la línea de acción para que la contribución del personal, sujeto esencial de la salud, sea efectiva y una garantía del logro de los propósitos de las reformas.

Este mandato implícito es de gran importancia para la acción de cooperación técnica de la OPSOMS y también para los otros actores de la ayuda internacional. Fue enfático el mensaje de la continuidad: esta reunión deberá ser el inicio de una acción más intensa en esta línea de trabajo (“recursos humanos para la salud en las reformas”). Esa acción deberá definirse en términos de acompañamiento técnico a los países (de acuerdo a sus particularidades), al fomento de la integración de esfuerzos y a la capitalización, en provecho de todos, de los aprendizajes institucionales que cada uno de los países ha podido realizar. La cooperación entre países es, por ello, una de las estrategias más importantes para dar respuesta a esta necesidad.

## **ANEXO 1: LISTA DE PARTICIPANTES**

### **Argentina**

Rosa María Borrell Bentz  
Consultora de Recursos Humanos  
OPSOMS Argentina  
Marcelo T. De Alvear 684 4to.piso  
Buenos Aires, Argentina  
Teléfono 314-4847  
Facsimile 311-9151

María Cecilia Botindari  
Asesora  
Ministerio de Salud y Acción Social  
Av. 9 de Julio 1925 piso 11  
Bs. As. Argentina  
Teléfono 379-9045

Marta Novick  
Investigadora, Instituto de Industria  
Universidad Nacional de Gral. Sarmiento  
Hipólito Yrigoyen 1780 1 A  
Buenos Aires, Argentina  
Teléfono 541-451-4575  
Facsimile 541-3725322

Alfredo Maximiliano Stern  
Director General  
Fundación Hospitalaria  
Cramer 4601  
Buenos Aires, Argentina  
Teléfono 54-1-703-2306  
Facsimile 54-01-703-2320

### **Barbados**

Karen Sealey  
Caribbean Program Coordinator  
PAHOWHO  
P.O.Box 508  
Bridgetown, Barbados  
Teléfono 246-4263860  
Facsimile 246-469779

Errol Ricardo Walrond  
Dean - School of Clinical Medicine and Research  
University of the West Indies  
co Queen Elizabeth Hospital  
Martindales Road  
St. Michael Barbados  
Teléfono 246-429-5112  
Facsimile 246-429-6738

Sylvester O. Welch  
Senior Personnel Officer  
Ministry of Health  
Jemmotts Lane  
Bridgetown, Barbados  
Teléfono 246-426-5080  
Facsimile 246-426-5570

Jean Yan  
Human Resource Advisor  
CPC Passo Barbados  
#3 Maple Gardens  
Hastings, Christ Church  
Barbados  
Teléfono 246-426-3860

## **Belize**

Jorge Nabet  
Counter Part  
Health Policy Reform Project  
Ministerio de Salud  
Belmopan, Belize  
Teléfono 08-22059  
Facsimile 08-22055

## **Bolivia**

Victor Barríos Mesve  
Director Nacional de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud  
La Paz, Bolivia  
Teléfono 375476  
Facsimile 1545574

L. Buddy Lazo de la Vega  
Presidente de la Asociación Boliviana de Facultades de Medicina  
Universidad mayor de San Andrés  
P.O.Box 396  
La Paz, Bolivia  
Teléfono 223-589-792935  
Facsimile 591-222-9589

Carmen Rosa Serrano Nurnberg  
Consultora Nacional de Recursos Humanos  
OPSOMS PWR-Bolivia  
Casilla No. 9790 ED. Foncomin 3er piso  
Ave. 20 de Octubre  
La Paz, Bolivia  
Teléfono 591-2-362646  
Facsimile 591-2-391296

María Elena Zabala Rueda  
Directora de Unidad Departal de Salud  
Prefectura del Departamento de la Paz  
La Paz, Bolivia  
Teléfono 390042-315961

## **Brasil**

Mario Roberto Dal Poz  
Vice Director  
Instituto de Medicina Social UERJ  
Ruta San Francisco Xavier, 524-7001 Maracanã  
Rio de Janeiro, Brasil  
Teléfono 55-21-587-7540  
Facsimile 55-21-264-1142

Hugo Fernández Jr.  
Asesor Legislativo  
Cámara de Diputados  
Anexo III - Gabinete 50  
Brasilia D.F. Brasil  
Teléfono 061-318-6739  
Facsimile 061-318-2112

## **Canada**

Gilles Dussault  
Profesor  
Universidad de Montreal  
C.P. 6128, succ. Centre-Ville  
Montreal, Canada H3C 357  
Teléfono 514-343-6181  
Facsimile 514-343-2448

Con Hnatiuk  
Deputy Minister  
Department of Health  
3415 Albert st. S4S6X6  
Regina Saskatchewan Canada  
Teléfono 306-787-3041

Wendy McBride  
Executive Director  
Canadian Association of University Schools of Nursing  
Suite 325-350 Albert St  
Ottawa, Ontario Canada  
Teléfono 613-563-1236  
Facsimile 613-563-7739

## **Chile**

María Soledad Barría Irontié  
Jefe División de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud, Chile  
Mac Iver Su 1- Santiago - Chile  
Teléfono 6300347-345  
Facsimile 6333228

Pedro Francisco Crocco Abalos  
Director Unidad de Gestión de Servicio de Salud  
Ministerio de Salud de Chile  
Mac Iver 541 5to. Piso  
Santiago  
Chile  
Teléfono 562-6-300-596  
Facsimile 562-6642336

Francisco León Delgado  
Oficial de Asuntos Sociales  
CEPAL  
Casilla 179 D  
Santiago Chile  
Teléfono 2102530  
Facsimile 2080252

Eduardo Patricio Palma Carvajal  
Asist. Técnico Principal Proyecto de Gobernabilidad PNUD  
PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)  
Av. Dag. Hammarskjold 3241  
Santiago, Chile  
Teléfono 337-2424  
Facsimile 337-2401

### **Colombia**

María Cristina Aitken de Taborda  
Consultora R.H.  
OPS Colombia  
CRA 13 #32-71 5to. Piso  
Bogotá, Colombia  
Teléfono 3367100  
Facsimile 3367306

Blanca Aguirre de Gabel  
Directora Escuela de Enfermería Universidad del Valle -Cali, Colombia  
Vicep. ALADEFE  
Universidad del Valle  
Calle 51 Norte No. 8B10 El Bosque  
Cali, Colombia  
Teléfono 665-8244  
Facsimile 665-8244

Jorge Iván Vélez Uribe  
Jefe Planeación Dirección de Salud Antioquia  
Dirección seccional de Salud de Antioquia  
CAD La Alpujarra Piso 8  
Colombia  
Teléfono 3811580



Mario Alberto Zapata  
Consultor del Programa Sistemas  
Municipales de Salud  
Ministerio de Salud  
Carrera 13 #32-76 Santafe  
Bogotá, Colombia  
Teléfono 336-5066 ext. 1617  
Facsimile 3362181

### **Costa Rica**

Lucía Alfaro Guerrero  
Directora Escuela de Enfermería  
Universidad de Costa Rica  
Ciudad Universitaria  
Costa Rica  
Teléfono 207-5219

Patricia Allen Flores  
Dirección Regulación-Acreditación y Evaluación  
Ministerio de Salud  
Dirección Postal 123. 000-1000  
Costa Rica  
Teléfono 233-7872  
Facsimile 255-1167

Gladys Araya Ugalde  
Directora Dpto. Enfermeras  
Ministerio de Salud  
San José, Costa Rica  
Teléfono 223-0333  
Facsimile 257-9854

Carlos Arguello  
Director Dept. Odontología Social  
Universidad de Costa Rica  
U. de C.R. San Pedro, Facultad de Odontología  
Costa Rica  
Teléfono 207-5449  
Facsimile 237-92-17

Jorge Arias Sobrado  
Partido Unidad Social Cristiana  
P.O.Box 323-1007  
San José Costa Rica  
Teléfono 506-233-7362  
Facsimile 506-233-8154

Carlos De Céspedes  
Decano de la Facultad de Medicina  
Universidad de Costa Rica  
San José, Costa Rica  
Teléfono 207-4560207-4512  
Facsimile 225-6961

Eduardo Doryan  
Ministro  
Ministerio de Educación Pública  
PO Box 10087  
Costa Rica  
Teléfono 221-9616  
Facsimile 233-0390

José Miguel Esquivel  
Jefe Unidad Investigación y Biotécnica  
Cendeisss - C.C.S.S  
Cendeisss  
San José, Costa Rica  
Teléfono 290-5744

Merlin Fernandez  
Representante de Costa Rica  
OPS\OMS  
Ministerio de Salud, San José  
Costa Rica

Francisco Gólcher Valverde  
Desarrollo Estratégico  
Ministerio de Salud  
308-2150 Moravia  
Costa Rica  
Teléfono 240-2773380-3106

María Elena López Núñez  
Directora Dirección Desarrollo de la Salud  
Ministerio de Salud  
Apdo. 158-1200  
San José, Costa Rica  
Teléfono 2321812  
Facsimile 2551167

Alfredo Martén  
Director Cendeisss  
Caja Costarricense del Seguro Social  
10105 San José C.R.  
Costa Rica  
Teléfono 290-2270290-5744  
Facsimile 232-7451

Guido Miranda  
Profesor Escuela Salud Pública, U de CR.  
Universidad de Costa Rica  
Apdo. 5961-1000  
San José Costa Rica  
Teléfono 232-04-76  
Facsimile 296-11-41

Carlos Muños Retana  
Unidad Desarrollo de Salud  
Ministerio de Salud  
411-2100 San José C.R.  
Costa Rica  
Teléfono 506-256-8410  
Facsimile 506-255-1167

Zaday Pastor  
Jefe Unidad de Evaluación y Seguimiento  
Cendeisss - C.C.S.S.  
Cendeisss  
Costa Rica

Luis Jorge Pérez Calderón  
Asesor Subregional  
Programa Preparativos para Desastres  
OPSOMS  
Dirección postal 3745-1000  
San José , Costa Rica  
Teléfono 257-2141  
Facsimile 257-2139

Julieta Rodriguez Rojas  
Gerente Médico  
Caja Costarricense de Seguro Social  
Caja Costarricense Seguro Social  
Casilla Postal 10105 San José 1000  
Costa Rica  
Teléfono 233-59-16 - 223-51-50

Carlos Rosales  
Consulltor Subregional  
OPS-HSR  
942-1000 San José  
Costa Rica  
Teléfono 290-0742  
Facsimile 232-7786

Hilda María Sancho Ugalde  
Directora Escuela de Medicina  
Universidad de Costa Rica  
Costa Rica  
Teléfono 224-6903228-1648  
Facsimile 207-5667

María Griselda Ugalde Salazar  
Docente en Enfermería  
Universidad de Costa Rica  
Apto. 177 Alajuela,  
Costa Rica  
Teléfono 442-1796  
Facsimile 442-1796

Mauricio Vargas Fuentes  
Director Escuela de Salud Pública  
Universidad de Costa Rica  
846-1200 Pavas San José  
Costa Rica  
Teléfono 207-456  
Facsimile 253-6436

## **Cuba**

Juan José Ceballos  
Director  
Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico  
Ministerio de Salud Pública  
Calle I #202 esq. Línea Vedad Plaza  
La Habana, Cuba  
Teléfono 537-326169325162  
Facsimile 537-326169

Jorge Luis Haddad  
Director de la Escuela Nacional de Salud Pública  
MINSAP, Cuba  
Ave. 31 entre 146 y 150 Cubanacán  
La Habana, Cuba  
Teléfono 537-336278213179  
Facsimile 537-336278

## **Ecuador**

Guadalupe del Pilar Lima Abásolo  
Directora Nacional de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública de Ecuador  
Juan Larrea # 444 entre Río Frío y Checa  
Quito, Ecuador  
Teléfono 544-550  
Facsimile 544-550

Rodrigo Yopez  
Consultor de Recursos Humanos  
Proyecto de Modernización de redes de Salud  
Ministerio de Salud del Ecuador Bco. Mundial  
Dirección Postal 17 11-0-6292  
Quito, Ecuador  
Teléfono 593-2-455797  
Facsimile 593-2-464412

## **El Salvador**

Jorge Luis Prosperí Ramírez  
Asesor en Sistemas y Servicios de Salud  
OPS  
Dirección Postal 1072  
San Salvador, El Salvador  
Teléfono 223-5582  
Facsimile 298-1168

Carlos Alfredo Rosales Argueta  
Director General de Salud  
Ministerio de Salud  
Calle Arce No. 827 San Salvador  
El Salvador  
Teléfono 222-7360  
Facsimile 222-1001

## **España**

Pedro J. Saturno Hernández  
Profesor de Salud Pública  
Universidad de Murcia - Facultad de Medicina  
U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública  
30100 Espinardo, Murcia  
España  
Teléfono 34-68-363948  
Facsimile 34-68-363947

## **Grenada**

Lana Mc Phail  
Permanent of Health  
Ministry of Health  
Carenage, St. George's Grenada  
Teléfono 1-809-440-2962  
Facsimile 1-809-440-4127

## **Guatemala**

Edgar Axel Oliva González  
Decano, Facultad Ciencias Médicas. USAC  
Presidente: ACAFAM.  
Vicepresidente: FEPAFEM  
Universidad de San Carlos, Guatemala  
Ciudad Universitaria Zona 12, edificio M-Z  
2do nivel, decanato.  
Ciudad de Guatemala, Guatemala  
E-mail: usacmed@usac.ed.gt  
Teléfono 4767370 al 73  
Facsimile 4769651

María Eugenia Rivera Búcaro  
Jefe Formación Desarrollo de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Contiguo al Incap 2.11 Guatemala CA.  
Guatemala Guatemala  
Teléfono 59-475-2157

## **Guyana**

Frederick Duncan  
Consultant  
PAHOWHO (Guyana)  
Brickham, GTown, Guyana, South America  
Teléfono 592-2-53000

Sarah Julia Gordon  
Director, Health Sciences Education  
Ministry of Health  
Brickdam, Georgetown  
Guyana  
Teléfono 592-22-4414  
Facsimile 592-22-4413

Randolph Leitch  
Chief Training Officer  
Public Service Management Office of the President  
Training Division Public Service  
Management Durban st. Vlssengen Rd  
Georgetown, Guyana  
Teléfono 592-025-7350  
Facsimile 592-02-57899

### **Honduras**

Ramón Pereira  
Coordinador Proceso Acceso  
Ministerio de Salud OPS  
Acceso tercer piso, Ministerio de Salud  
Tegucigalpa, Honduras  
Teléfono 504-380976  
Facsimile 504-380976

### **Jamaica**

Richard Alexander Van West Charles  
PAHOWHO Representative Jamaica  
PAHOWHO  
60 Krunts Ford Blvd. First Life Building 3rd. Floor  
Kingston Jamaica  
Teléfono 876-926-1990  
Facsimile 876-929-1182

Horace Alexander Williams  
Senior Director  
Human Resources and Administration  
Ministry of Health, Jamaica  
10 Cavedonia Ave. Kingstown  
5 Jamaica WF  
Jamaica  
Email: dhrmahealth@toj.com  
Teléfono 926-9220-9  
Facsimile 960-1076

## **Mexico**

Alejandro Cravioto  
Director (Decano)  
Facultad de Medicina Universidad Nacional Autónoma de México  
Dirección Postal Apdo 70-443  
México D.F. 04510 México  
Teléfono 525-5507577  
Facsimile 525-6161616

Ernesto Diaz del Castillo  
Subdirector Desarrollo Hospitalario  
Dirección General de Regulación Servicios,  
Secretaria de Salud  
Ave. Insurgentes Sur 1385 5to. Piso  
México DF  
México  
Teléfono 563-8779

José Rodríguez Domínguez  
Coordinador Centro Colaborador  
OMSFACMED  
Facultad de Medicina UNAM  
C.U. México D.F. - México  
Teléfono 623-2407  
Facsimile 519-7761

Jorge Dominguez Pastrana  
Director General de Recursos Humanos  
Secretaría de Salud  
Reforma 506 Piso11  
Mexico of Mexico  
Teléfono 533-3706  
Facsimile 553-42-33

Enrique Alfonso Gómez Sánchez  
Jefe del área de formación de personal técnico  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Ave. Cuahtemoc #330 Centro Médico siglo 21, Col. Doctores 06725  
Mexico D.F, Mexico  
Teléfono 761-2436  
Facsimile 761-9649



José Luis Zeballos  
Representante OPSOMS en México  
Ave. Paseo de las Palmas 530  
Lomas de Chapultepec  
México DF - México  
Teléfono 52-5-520-4302  
Facsimile 52-5-520-8868

## **Nicaragua**

Philippe Lamy  
Representante OPSOMS Nicaragua  
1309 Nicaragua  
Managua, Nicaragua  
Teléfono 505-289-4200  
Facsimile 505-289-4999

C. Ernesto Medina Sandino  
Rector  
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua  
Apdo. 68  
León, Nicaragua  
Teléfono 505-311-4467  
Facsimile 505-311-4970

Julio Piura  
CIES  
Managua, Nicaragua

## **Panamá**

José Federico Hernández Pimentel  
Asesor de Desarrollo de Sistemas y  
Servicios de Salud  
OPS\OMS  
Casilla Postal 7260 Zona 5  
Panamá  
Teléfono 507-227-0082  
Facsimile 507-227-2270

Reina Gisela Roa Rodríguez  
Jefa de Planificación de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud  
Panamá  
Teléfono 225-3348225-0015  
Facsimile 227-4008

## **Paraguay**

María Teresa León de Fatecha  
Directora General Cooperación Internacional  
Ministerio Salud Pública - Paraguay  
Bogerón 541  
Asunción Paraguay  
Teléfono 201003  
Facsimile 207328

Diego Victoria  
Representante OPSOMS Paraguay  
Mcal López 957 Esq. E.E.U.U.  
Casilla 839  
Asunción, Paraguay  
Teléfono 450-500  
Facsimile 450-498

Alfonso Mateo Ruiz Peralta  
Presidente Asociación de Sanatorios y Hospitales Privados  
Asoc. Sanatorios y Hospitales Privados  
Colón 999 Manduvirá  
Asunción Paraguay  
Teléfono 492-912 - 421-889  
Facsimile 492-912 - 421-889

## **Perú**

Pablo Augusto Meloni Navarro  
Director General Oficina de Financiamiento  
Inversiones y Cooperación Externa  
Ministerio de Salud  
Lima, Perú  
Teléfono 432-3794

Alicia Consuelo Ramirez Seminario  
Secretaria Ejecutiva del Sector Salud  
Programa de Modernización de la  
Administración Pública  
Presidencia del Consejo de Ministros  
Ave. 28 de Julio # 878 Miraflores  
Lima 18 Perú  
Teléfono 424-9228 - 446-9800  
Facsimile 241-0367 - 432-6177

Gladys Aida Zárate León  
Consultora Nacional - OPS  
Los Cedros 269- San Isidro  
Lima, Perú  
Teléfono 421-3030

### **Puerto Rico**

Luis A. Salicrup  
Director Centro de Salud Int.  
Recinto de Ciencias Médicas  
Universidad de Puerto Rico  
365-067San Juan  
Puerto Rico  
Teléfono 202-342-2322787-753-4978  
Facsimile 202-965-6438

José Hawayek  
Decano Auxiliar  
Educación Médica Graduada y Continua  
Escuela de Medicina Univesidad Puerto Rico  
Suite 552 - 497.E Pol Ave.  
San Juan, Puerto Rico 00926  
Teléfono 787-758-2525 Ext. 1832  
Facsimile 787-758-0760

### **República Dominicana**

Antonio Emilio Mena García  
Consultor Recursos Humanos  
OPSDOR  
Casilla postal 1464  
Santo Domingo, Rep. Dominicana  
Teléfono 562-1519  
Facsimile 544-0322

Porfirio Quesada Delgado  
Coordinador Nacional Reforma de la  
Administración Pública  
Comisión Presidencial para la Reforma del Estado  
C. Galván 18, esquina ave. Mexico  
Gascue Sto. Domingo  
Sto. Domingo, Rep. Dominicana  
Teléfono 809-686-1800 ext. 224  
Facsimile 809-686-2148

Sergop Sarita Valdéz  
Subsecretario Salud Pública, Planificación  
Secretaría de Salud Pública  
Calle Tiradentes, esquina San Cristóbal  
Santo Domingo, Rep. Dominicana  
Teléfono 809-562-3090  
Facsimile 809-541-1333

### **St. Vincent & Grenadines**

Carl Fitzgerald Browne  
Permanent Secretary  
Ministry of Help and the Environment  
Saint Vincent and the Grenadines  
Teléfono 809-457-2586  
Facsimile 809-457-2684

### **Suriname**

Rinia Codfried-Kranenburg  
Director  
Ministry of Health  
Gravenstraat 64 Bou.  
Paramaribo, Suriname  
Teléfono 597-477601  
Facsimile 597-473923

### **Switzerland**

Eric Goon  
WHO Geneva, Division of Human Resource  
Development and Capacity Building  
WHO  
1211 Geneva 27  
Switzerland  
Teléfono 022-791-2580  
Facsimile 022-791-0746

Aissatou Koné Diabí  
Assistant Director General  
WhoGeneva  
Who 27 A. Appia Geneva  
Geneva Switzerland  
Teléfono 412-2791-2214  
Facsimil 412-2791-4832

## **Trinidad y Tobago**

Ashford Sankar  
Manager of Human Resources  
Ministry of Health  
Cor. Duncan st. Independence  
Port of Spain, Trinidad  
Trinidad y Tobago  
Teléfono 1-809-627-0040

## **United Kingdom**

Stephen David Bach  
Lecturer in Industrial Relations  
Warwick Business School,  
University of Warwick  
Coventry CU4 7AL  
Coventry United Kingdom  
Teléfono 00-44-1203-522-866  
Facsimile 00-44-1203-524-656

## **United States**

George B. Dines  
Senior Advisor, International Health  
U.S.DHHS-HRSA  
5600 Fisherslane  
Rockville, Maryland 20857  
Teléfono 301-443-6152  
Facsimile 301-443-7834

Rita M. Carty  
Dean, College of Nursing and Health Science  
George Mason University  
4400 University Dr.  
FairFax, Virginia 22030  
U.S.A.  
Teléfono 703-993-1918  
Facsimile 703-993-1943

Bernardo Kliksberg  
Coordinador del Instituto InterAmericano del  
Desarrollo Social del BID  
Banco InterAmericano de Desarrollo  
New York Avenue  
Washington, DC - U.S.A.  
E-Mail: [Bernardok@iadb.org](mailto:Bernardok@iadb.org)  
Teléfono 202-623-3765  
Facsimile 202-623-3682

Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken  
Senior Program Associate  
Management Sciences for Health  
165 Allandale Rd.  
Boston, MA 02130  
U.S.A.  
Teléfono 617-524-7799  
Facsimile 617-524-2825

## **Uruguay**

José Raúl Bustos  
Ministerio de Salud Pública  
18 de julio 1892  
Montevideo Uruguay  
Teléfono 400-1086  
Facsimile 408-5360

Felix Rigoli  
Director  
CASMU  
Asilo 3336  
Montevideo  
Uruguay 11600  
Teléfono 598-9-44-5685  
Facsimile 558-2-480-7710

Eduardo Andrés Scasso Bellini  
Director General de Secretaría de Estado  
Ministerio de Salud Pública Uruguay  
Montevideo Uruguay  
Teléfono 40052 22

Eduardo Touya  
Decano Facultad de Medicina  
Universidad de la República de Uruguay  
General Flores 2125-11800  
Montevideo, Uruguay  
Teléfono 598-2-924-34143333-3337  
Facsimile 598-2-924-34143338

## **Venezuela**

Rutilia Calderón  
Consultora Programa de Desarrollo de Recursos Humanos  
OPS\OMS  
Caracas Venezuela  
Teléfono 00582-267-1622  
Facsimile 00582-261-6069

Rolando Moreno  
Director Ejecutivo  
Hospital Ortopédico Infantil  
Caracas, Venezuela  
E-mail fhi@ccs.internet.ve  
Teléfono 573-3910  
Facsimile 572-4474

Pablo A. Pulido M.  
Director  
FEPAFEM Federación Panamericana de Asco. de Facultades de Medicina  
Apdo. 50676  
Caracas, 1050-A Venezuela  
E-Mail: 730001427@Compuserve.com  
Teléfono 58-2-9308-75 943-2840  
Facsimile 58-2-934275

## **OPSOMS**

525 23rd. st. N.W.  
Washington, D. C. 20037 - U.S.A.

Rodrigo Barahona H.  
Coordinador Programa Regional de RRHH.  
Teléfono 202-974-3805  
Facsimile 202-974-3612

Pedro E. Brito  
Consultor Regional  
Desarrollo de Recursos Humanos  
Teléfono 202-974-3295  
Facsimile 202-974-3612

Oscar R. Fallas  
CPHSPHSO  
Teléfono 202-974-3215

Charles Godue  
Asesor regional  
Teléfono 202-974-3286  
Facsimile 202-974-3216

Alberto Infante  
Consultor  
Teléfono 1-202-974-3818  
Facsimile 1-202-974-36-41

Daniel Lopez Acuña  
Director División de Desarrollo de Sistemas  
y Servicios de Salud  
Teléfono 202-974-3221  
Facsimile 202-974-3613

Luisa Josefina López Moreno  
Programa Formación en Salud Internacional  
Teléfono 202-974-3847

Maricel Manfredi  
Asesora Regional de Educación en Enfermería  
Teléfono 202-974-3298

José M. Marin  
Asesor Regional en Administración de Salud  
Teléfono 202-974-3821  
Facsimile 202-974-3641

María Alice Roschke  
Consultor  
Teléfono 202-974-3828

Luis Ruiz  
Asesor Regional en Recursos Humanos  
Teléfono 202-974-3297  
Facsimile 202-974-3612

María Cristina Schneider  
Consultor Temporero  
Teléfono 301-279-0567



## **ANEXO 2.** No disponible

---

<sup>1</sup> Dr. Alvaro Salas, CCSS.

<sup>9</sup> Panel 2, coordinado por el Dr. Pablo Pulido, con la participación de la Dra. Ritta-Liisa Kolehmainen-Aitken y los Drs. Hugo Fernandes, Mauricio Vargas, Mario Zapata y el Sr Con Hnatiuk.