

Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud*

Dr. Pedro E. Brito Q,¹ Dra. Mónica Padilla¹ y Dr. Félix Rígoli¹

DeCS: PLANIFICACION SANITARIA; PLANIFICACION EN SALUD; RECURSOS HUMANOS EN SALUD; EDUCACION EN SALUD/recursos humanos; AMERICA LATINA

En los debates actuales relacionados con las reformas sectoriales es infrecuente escuchar referencias a la planificación sanitaria. Es curioso que esto suceda en entornos institucionales donde vienen primando enfoques de mercado para la redefinición de las relaciones entre agentes o entre funciones de los sistemas de salud, ya que la teoría vigente (incluyendo cierta teoría económica) indica que ante mercados imperfectos como los que nos ocupan, se debiera intervenir mediante regulaciones y planificación.

Es más infrecuente aún encontrar referencias o informes de experiencias que estén referidas a la planificación de los recursos humanos. Esto no debiera llamar la atención, considerando que las cuestiones o problemas de los recursos humanos de salud no han encontrado un lugar visible en las estratégicas agendas ni en el discurso de quienes toman las decisiones en las reformas. Y ha sido de esta manera como ha ocurrido en los últimos diez años de reformas. Aunque pareciera que ahora, en muchos países, la situación de negligencia de este importante tema tiende a cambiar, como un imperativo más de la terca realidad.

La planificación de los recursos humanos fue una función consistente e importante en la mayoría de Ministerios de Salud de la Américas, al tiempo que una línea de cooperación importante de la OPS/OMS desde los años sesenta hasta inicios de los ochenta. Al tiempo que el debate sobre la planificación sanitaria y de los recursos humanos, se polarizaba entre planificación normativa y planificación estratégica; la prioridad de la función planificadora en las organizaciones de salud se fue diluyendo hasta casi desaparecer del lenguaje cotidiano de dirigentes y gerentes sectoriales. Sin embargo persistieron algunas prácticas derivadas de la planificación. Es decir, aunque el discurso dominante no la incluya, en los países hay una "planificación realmente existente" que vale la pena considerar.

A despecho de la ausencia de la palabra planificación en los discursos reformistas, en la práctica de la cooperación técnica internacional de la Organización Panamericana de la Salud, las demandas por información sobre normas o recomendaciones internacionales ("recomendaciones") referidas a proporción de determinadas categorías profesionales por población o por número de camas, o sobre la relación entre dos categorías profesionales (médicos y enfermeras) en un determinado nivel de atención o, más frecuente aún, por métodos y técnicas para calcular dotaciones ideales para establecimientos sanitarios o redes de servicios.

Es que un dato relevante de la realidad del campo de los recursos humanos en América Latina es la persistencia, o agravamiento, de problemas de disponibilidad, distribución y estructura de la fuerza de trabajo en salud en casi todos, por no decir todos, los países. Es decir, la persistencia de problemas "típicos" de la planificación de recursos humanos.¹ A estos "viejos problemas" se agregan otros derivados del contexto sanitario

(incluidas las limitaciones de recursos para la operación y funcionamiento de los sistemas de salud), de los cambios sectoriales en curso (en el financiamiento o la estructura) o de los cambios en los modos de regulación laboral (algunos de ellos de alcance supra-sectorial); o se incorporan nuevas condiciones o situaciones consecuencia de objetivos sectoriales (cambios en los modelos de atención, en modelos de gestión, programas de mejoría de la calidad, mejoría de la productividad, etc). Esta compleja problemática obliga a redefinir el rol, el lugar y el alcance de las funciones sustantivas que expresan e instrumentan la intervención tanto del estado como de la sociedad civil en el campo de los recursos humanos, entre ellas la planificación de recursos humanos, ahora indisolublemente ligada a la regulación y la gerencia y en función de las políticas de recursos humanos.

El presente artículo se conforma de un conjunto de reflexiones, debates y reseñas de experiencias de primera mano, vividos en la práctica de la cooperación técnica internacional de la OPS/OMS, sobre el desarrollo de recursos humanos en los diez años pasados de reformas sectoriales, tomando como eje de esas reflexiones las peripecias de la planificación de recursos humanos, las más polémica de las intervenciones estratégicas en este campo.

REFORMAS SECTORIALES Y RECURSOS HUMANOS DE SALUD

La compleja y nada armoniosa relación entre reformas sectoriales y desarrollo de recursos humanos de salud está llena de paradojas. Una de ellas se refiere a que a pesar de la ausencia de las cuestiones del personal de salud en las agendas y discursos políticos de las reformas, éstas han producido importantes cambio con impactos significativos en el conjunto del campo de los recursos humanos, como se podrá observar a continuación. En otras palabras, las reformas sectoriales han sido, de facto, profundas reformas del orden laboral vigente e el sector en la región.²

Para analizar el impacto de las reformas sectoriales sobre los trabajadores y su desempeño se necesita un marco de referencia que va más allá de la institucionalidad del sector de la salud. Así, cobran relevancia las reformas del estado y en la administración pública, tanto por la reducción del personal (*downsizing*) que se llevó a cabo en muchos países, como por los cambios normativos que abren paso, entre otras posibilidades, a modos flexibles de empleo (público y privado). También es importante tener en cuenta los cambios en la situación y en las normas generales de empleo de las economías nacionales, configuradas por las llamadas reformas laborales; así como las reformas de los sistemas educacionales, de manera especial las que afectan los niveles secundario y terciario.

Durante los años noventa, de manera genérica los países de América Latina y el Caribe recuperaron parte de su dinamismo económico. Aunque continuaba un alto nivel de desempleo, había una tendencia a recuperar el trabajo, un mayor número de mujeres se incorporaba al mercado laboral, y millones de personas seguían migrando hacia las ciudades. Sin embargo, los salarios seguían siendo bajos y desiguales y la pobreza seguía en aumento. Algunos de los adelantos logrados a principios del decenio estaban en peligro.

En ese marco, los mercados laborales en la Región manifestaban cinco tendencias:

- *De formales a informales:* durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir 85 % del empleo global. De cada 10 nuevos puestos de trabajo creados en los últimos 20 años, ocho han pertenecido al sector no estructurado de la economía.³
- *De bienes a servicios:* ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, que es el menos afectado por la competencia externa. Aunque la expansión del empleo público en el campo de la salud se ha detenido en la mayoría de los países, el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.
- *De baja a alta calificación:* a diferencia de lo observado en las últimas décadas, actualmente se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada. Ello obedece a la orientación de los procesos productivos hacia el ajuste de costos y hacia una mayor eficiencia mediante el incremento de la productividad⁴
- *Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones individuales de trabajo:* se aprecia un aumento de las formas atípicas de contratación, que va de la mano con la tendencia a la inestabilidad de dichas modalidades contractuales.
- *Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas:* existe la tendencia a retirar de manos del Estado la regulación de los mercados de trabajo, pero como no se ha dado la esperada autorregulación, el Estado está ausente, no se regula y a la vez se generan más distorsiones e inestabilidad.

También deben tenerse en cuenta las reformas educacionales promovidas en muchos países. Los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), han generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

Dentro del propio sector de la salud, algunos procesos incluidos en las reformas han contribuido a cambiar las condiciones y las relaciones laborales en los servicios de salud. El cuadro 1 intenta ilustrar los procesos reformistas y los cambios que provocan.

Tabla 1. *Impacto de las reformas sobre el desempeño del personal de salud*

Aspectos principales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
. Descentralización	. Mayor resolución
. Cambios en los ministerios: funciones y estructuras	. Nuevas funciones y áreas de competencia
	. Exigencia de mayor calidad y productividad
. Cambios en el financiamiento y en los sistemas de pago	. Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos
. Nuevas modalidades de gestión, externalización o	. Nuevas formas contratación

contratación de terceros, compra de servicios, autonomía de servicios, etcétera	
	. Énfasis en el desempeño y su evaluación
	. Cambios en los sistemas de incentivos
	. Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos
. Cambios en los modelos de atención, tanto en sus aspectos básicos como en su complejidad	
. Extensión de la cobertura	

Fuente: Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS, 1999.

Cabe ahora destacar algunos puntos críticos que permiten caracterizar la dinámica social e institucional generada como consecuencia de los cambios en los sistemas de atención.

En primer lugar, la *existencia de actores sociales e intereses comparativos múltiples, dinámicos y conflictivos* exige un proceso muy complejo de construcción de consensos y acuerdos, como base para las políticas y la planificación en torno al personal. En segundo lugar, se tiende a *poner en tela de juicio las ideas fundamentales sobre el personal y su trabajo*, intentándose sustituir las por visiones sociales e institucionales integrales. En ello hay expresiones de visiones políticas que reivindican el derecho a la salud (reconociéndose que son ciudadanos tanto el personal como la población usuaria), y ecos de nuevos paradigmas organizacionales basados en el capital humano y en el papel del conocimiento como fuerza productiva.

En tercer lugar, actualmente se tiende a *mirar con ojos críticos los estilos de gestión del personal y educación vigentes* en los sistemas de servicios de salud. Están apareciendo: 1) un nuevo enfoque de la gestión con una visión estratégica que revalora la planificación y la construcción de intervenciones de manera participativa según la realidad local; 2) un estilo de gestión de personal que subordina lo administrativo y subraya la organización, las relaciones sociales e institucionales y las cuestiones de poder; y 3) en lo referente a la educación del personal, se tiende a negar la mera capacitación reproductora, vertical y centralista, y se promueve su sustitución por una práctica educacional basada en la premisa del trabajo como factor y espacio educativo, en el aprendizaje de adultos, en el constructivismo cognoscitivo y en la búsqueda activa de aprendizajes significativos sobre la base del rescate del saber y la experiencia del trabajador o aprendiz.

Pese a estas señales de cambio, en muchos servicios sigue habiendo condiciones y prácticas obsoletas, rígidas y poco eficaces. Persiste la escasez de información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en materia de personal, además de poco profesionalismo entre los responsables de la gestión de los recursos humanos, terreno restringido a las jefaturas de personal en vez de ser función de la dirección del servicio.

SIGUE HABIENDO UNA GESTIÓN BASADA EN UNA PRÁCTICA EXCLUSIVAMENTE ADMINISTRATIVA

La educación superior y técnica de profesionales de Salud también ha sido y sigue siendo objeto de cambios muy importantes en este período de reformas sectoriales. El viejo problema de la inadecuación de la formación frente a las necesidades poblacionales y de los servicios (derivado de la vigencia de un modelo educacional biomédico, recuperativo, centrado en la enfermedad y orientada a una práctica especializada) sigue siendo todavía el más importante. Modelo que es refractario tanto a cambios curriculares como a iniciativas de integración docente-asistencial, y que se traduce, entre otras situaciones, en un divorcio-y no siempre buenas relaciones-entre escuelas y servicios. A esta condición "cuasi estructural" se han agregado otras cuestiones o novedosas manifestaciones de las viejas cuestiones, derivadas de nuevas visiones educacionales, de nuevas necesidades del sistema de salud y de nuevas posiciones de los actores, sobre todo del Estado.

Los cambios en los modelos de atención no han encontrado una respuesta adecuada y oportuna en la formación de los recursos humanos. Las razones tienen que ver con lo que se afirmaba en el párrafo anterior, pero también con las resistencias de las corporaciones profesionales, la escasez de incentivos y en la debilidad o ausencia de políticas de salud que de manera clara y efectiva definan y desarrollen un determinado modelo de atención. Hay excepciones y tal vez la más reciente, amplia y notoria en América Latina sea la de Brasil y su política de fortalecimiento del nivel básico de atención y la expansión de la estrategia del programa de salud de la familia. En este caso el impacto sobre la formación de recursos humanos ha sido muy significativa. En otros países se pueden encontrar políticas sistémicas o institucionales (en la Seguridad Social, por ejemplo) de cambio en los modelos de atención sin que haya existido una consistente respuesta del sistema formador.

Las reformas sectoriales han impulsado también cambios muy importantes en la gestión de los servicios, al amparo e impulso de procesos de descentralización. Dichos cambios que comprenden lo económico-financiero, los recursos humanos y la propia organización y prestación de servicios, impactan la gestión del personal, los mercados de trabajo y el propio desarrollo del personal. Sin embargo, en la dimensión organizacional o de redes de servicios, la progresiva introducción de prácticas de "atención gerenciada" en muchos países, y no sólo en los servicios privados, tiende a cambiar la orientación, las condiciones de la práctica y los resultados de la atención que el personal brinda a la población. Es difícil hallar en los programas educacionales contenidos y experiencias que tengan que ver con estos importantes cambios en los servicios.

Se asiste a una demanda general y creciente por mejorar la calidad de la formación y la capacitación del personal, que en muchos casos se asocia a procesos de regulación, específicamente de acreditación de escuelas y programas educacionales. Hay razones de peso: de un lado, ha existido un progresivo deterioro en muchas instituciones educacionales de las condiciones en las que se desarrolla la práctica educativa (por varias razones: limitación de recursos, crisis institucionales, fluctuaciones de los mercados de trabajo, etc). De otro lado, se han promovido en algunos países procesos de desregulación de la educación superior y técnica que no han sido acompañados de los imprescindibles controles de las autoridades sanitarias o educativas. La cuestión de la

calidad (con su correlato regulatorio) no se restringe a la educación de pregrado o de calificación técnica, es también un problema en el posgrado y nos remite a la compleja cuestión de las residencias, la especialización y la educación permanente y continuada, así como a la educación en Salud Pública.

Hay otras condiciones y situaciones que están cambiando el panorama de la educación profesional y técnica, como son los cambios de paradigmas educacionales y las nuevas posibilidades tecnológicas que están innovando las prácticas tradicionales, procesos de internacionalización de los procesos educacionales y laborales, etc.; que deberán ser enfrentados más temprano que tarde. Sin embargo, la reseña realizada bastará para ilustrar la complejidad y el dinamismo del campo de recursos humanos, complejidad y dinamismo que determinan las posibilidades y límites de la planificación de los recursos humanos en los actuales momentos.

REFORMAS, MERCADOS Y PLANIFICACIÓN

Es ya reconocido que las reformas sectoriales en los primeros diez años de su vigencia (las denominadas reformas de "primera generación") en la mayoría de países se concentraron en los cambios de la estructura del sistema (descentralización), del financiamiento, en la redefinición de las responsabilidades y funciones del Estado en Salud, la separación de funciones, la apertura de mercados en salud, cambios en los modelos de gestión y la privatización de servicios de salud. Los cambios del modelo de atención, la Salud Pública y el desarrollo de recursos humanos quedaron como asignaturas pendientes, excluidas de las agendas estratégicas de quienes tomaron las decisiones acerca de estos cambios, muchos de ellos ajenos a los valores y fines del sector de la Salud.

La redefinición de las funciones de los ministerios y secretarías nacionales de Salud se dio en un marco de tensiones entre la perspectiva subsidiaria neoliberal y una reivindicación de rol rector de las instancias de gobierno que se responsabiliza por la garantía de la salud ciudadana y el desempeño de funciones esenciales de la Salud Pública. En esa conflictiva dinámica institucional los ministerios y secretarías se transformaron buscando ser más efectivos aunque más ligeros (*downsizing* mediante) y flexibles, objetivo no siempre alcanzado.

Ahora, mirando hacia atrás, a tenor de los cambios que se han producido en el campo del personal, se percibe con claridad que las reformas sectoriales fueron, en gran medida, *reformas de facto* de las estructuras y procesos de recursos humanos, sobre todo en el orden laboral en el que se dio un radical cambio del modo de regulación del trabajo. De manera concurrente a los cambios mencionados se aprecia también que desaparecieron o quedaron reducidas a una expresión técnica y política simbólica, las instancias del gobierno que se dedicaban, de manera limitada, a las políticas, planificación y regulación de los recursos humanos de salud. Sin embargo, los sistemas de carrera funcionaria (servicio civil en algunos países) se mantuvieron por lo general imperturbables, aunque por lo general no significaron un obstáculo a la flexibilidad de los contratos de trabajo.

Como sucedió con estructuras y organizaciones de otros campos (como Salud Pública por ejemplo) que quedaron disfuncionales u obsoletas a los objetivos del campo sistémico en Salud, sus funciones fueron asumidas, sustituidas o duplicadas, por cierto

en mejores condiciones de infraestructura y de remuneración, por las unidades ad-hoc generadas por los proyectos de apoyo a las reformas (a instancias de los organismos internacionales de financiamiento), hayan sido de inversión o de desarrollo institucional.

Se podría decir sin ser aventureros que los proyectos de apoyo a las reformas, por lo menos en el campo de recursos humanos, se hicieron cargo de las funciones de intervención estratégica (planificación, regulación y gestión de los recursos humanos) que antes se adjudicaban a las direcciones o departamentos de recursos humanos, aunque ya no más con la finalidad de orientar y desarrollar el personal necesario a los fines del sistema, sino a los objetivos limitados de sus respectivos proyectos. El campo de los recursos humanos quedó fragmentado en dos dimensiones: de una lado, la de los tradicionales agentes institucionales, y de otro, la de los proyectos de apoyo a las reformas, que no siempre coincidieron. Ello explica los frecuentes conflictos entre las corporaciones profesionales y los sindicatos sectoriales (en general excluidos de las decisiones sobre los proyectos) y las dirigencias sectoriales identificadas con las reformas. Este movimiento de reestructuración del poder al interior de ministerios y secretarías afectó significativamente su legitimidad y su capacidad de intervención efectiva (la rectoría) en este campo sectorial.

Por ello, en un contexto sectorial en que se alteró la estructura y dinámica sectorial de máximo protagonismo y dependencia estatal para ser sustituida por un orden mercantil, competitivo, descentralizado, interrelacionado y poco regulado, las posibilidades y capacidades de orientar el campo de recursos humanos, fueron muy débiles o inexistentes. Por varios costosos años, el estado estuvo ausente de intervenir estratégicamente en el campo de recursos humanos, y en muchos países, aún sigue ausente. Muchos de los problemas identificados en el apartado previo se explican, en buena parte, por esta ausencia.

En ese marco, la función de planificación de recursos humanos "realmente existente" fue de las más afectadas, ya que casi desapareció. Pareciera que primó la razón de que dónde se confiaba al mercado las decisiones sobre disponibilidad de personal, la orientación y dinámica de la formación de pre y postgrado y del empleo, era innecesaria la planificación. Más aún si se trataba de una función que poco había mostrado en efectividad y eficacia, como se verá luego. Pero también estuvieron ausentes las políticas de recursos humanos, la regulación se fue redefiniendo lentamente y la gestión de recursos humanos se enfrentaba a un cambio copernicano derivado de exigencias de la descentralización y los cambios del orden regulatorio laboral. Difíciles fueron los tiempos de la primera generación de reformas para el desarrollo del recurso más valioso que poseen las organizaciones de salud.

LA PLANIFICACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN PERSPECTIVA

En este apartado se hará una breve revisión histórica de la experiencia de planificación de recursos humanos de salud según se vivió desde la cooperación técnica de la OPS/OMS. A continuación se revisará la bibliografía existente sobre este tema referida principalmente a países desarrollados. Es muy escasa la referencia a la experiencia latinoamericana.

La OPS ha acompañado paso a paso los procesos planificadores de salud y de personal en los países de la Región. Los años sesenta y setenta fueron testigos de los estudios nacionales (Perú, Chile, Colombia, entre otros países) sobre recursos humanos realizados para establecer criterios de base para planificar la dinámica del personal. Estuvieron a cargo de unidades especializadas que formaban parte de las áreas de planificación de los ministerios de salud. Muchos de estos estudios se realizaron con la ayuda de fundaciones internacionales y de la propia Organización. Es de recordar la capacidad y experiencia que en esos lejanos años desarrollara el Ministerio de Salud de Colombia en planificación de personal de salud.

Debe recordarse que por esa misma época, muchos países de América Latina habían desarrollado fuertes organizaciones estatales e intentaban que el desarrollo nacional se rigiera por sendos planes nacionales compuestos a su vez por planes sectoriales. Sin embargo, la planificación de recursos humanos estuvo distante de estar integrada a la planificación de la atención en los servicios de salud.

Durante muchos años la planificación de recursos humanos fue un componente importante de la cooperación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y de la propia OMS.⁵ Se trataba de lo que posteriormente fuera, hacia fines de los años ochenta y principios de los noventa, planificación normativa.

Tradicional y convencionalmente la planificación de recursos humanos ha sido entendida como la búsqueda de un balance de la ecuación entre oferta y demanda de personal en los sistemas de salud. La más usada fue la acuñada por *Hall* que enfatizaba la estimación del número de personas y los tipos de conocimiento, habilidades y actitudes que requieren para alcanzar objetivos sanitarios predeterminados y una determinada situación de salud.⁶ El convencional proceso planificador implica un momento analítico, seguido por un momento de formulación e implementación de un plan de acción que continúa con la evaluación y el monitoreo de cambios en los entornos educacional y laboral para realizar los ajustes que fueran necesarios.

La planificación (vista como un proceso aislado) ha sido históricamente, reactiva a las variaciones del sistema de salud, no consideraba los condicionantes políticos (en entornos institucionales inestables y conflictos) y no logró establecerse como procesos permanentes con proyección al futuro. Se realizaba en tiempos reales y con acciones concretas en el presente.

La mayoría de los esfuerzos de planificación de recursos humanos en el mundo, y también en nuestra Región, se han centrado básicamente en el médico. Muy pocos procesos han incluido a otros profesionales, y en estos casos fueron principalmente de enfermería. Mucho menos han sido los casos que dirigieron a la fuerza laboral como un todo. La necesidad (y la capacidad) de contar con el número "correcto" de una mezcla de profesiones, con las competencias adecuadas en el lugar y tiempo adecuados, ha sido el interés de quienes intentan planificar desde siempre. Sin embargo no ha sido esa la experiencia internacional.

La práctica real de planificación de recursos humanos se basaba en el cálculo de la disponibilidad o de la oferta usando alguno de los métodos conocidos (por lo común dependiente de la información disponible) y a partir de allí se proyectaban las

necesidades futuras, en un determinado horizonte temporal, en función de una meta o parámetro internacionalmente aceptada.

Por lo general los procesos de planificación, y también los referidos estudios nacionales de recursos humanos, se originaron por la presión corporativa o la preocupación de los dirigentes sectoriales en coyunturas marcadas por:

- Ciclos de sobreoferta y escasez
- Escasez percibida, pero no estudiada
- Períodos de aumento en el número de plazas
- Intentos de disminución de cupos de formación, debido a sobreoferta percibida
- Disminución de los presupuestos destinados a financiar puestos de trabajo

En síntesis, los procesos de planeación han sido por lo común esporádicos y en general inefectivos ya que los planes fueron ejecutados sólo en casos excepcionales. En muchos otros fueron improvisados e influenciados, y limitados en su alcance, por intereses de actores diversos. Es reconocido en el campo de recursos humanos que:

- Los políticos no quieren perderse el rédito que da abrir las escuelas médicas, sin pensar en necesidades, calidad ni situación de los mercados de trabajo.
- La sociedad no quiere perder oportunidades de educarse en carreras privilegiadas
- Las corporaciones defienden sus intereses utilizando la oportunidad de formación como un recurso estratégico de acuerdo con la situación de los médicos en el trabajo
- Donde hay modalidad de pago por *free for service* la tendencia es a resistirse a aumentos muy grandes de "competidores" especialmente si la economía está mal
- Las autoridades de las universidades se resisten a la disminución de la matrícula por riesgo a su supervivencia, a pesar de no tener condiciones adecuadas para la formación masiva.
- No existen políticas sanitarias ni claridad en los modelos de atención que sirvan de orientación a la formación ni a la gestión del personal.⁷

El uso de métodos a partir de estándares de cálculo no tomaron en cuenta, en la práctica, las condiciones del entorno político ni sanitario y los cambios en las condiciones de trabajo, como son el número de horas de las jornadas, la modalidad full o part time, el número de hombres y mujeres, las necesidades de tiempo libre, el envejecimiento de los trabajadores, el dinamismo tecnológico, la competencia en los mercados de trabajo, la influencia de las modalidades de pago, etcétera.

A mediados de los ochenta surgió, como consecuencia de los problemas de ineffectividad de la planificación de recursos humanos, e influenciada por el pensamiento estratégico aplicado a la salud (bajo la advocación de autores como Testa y Matus), los planteos teóricos de la llamada planificación estratégica y/o situacional. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos promovió activamente el desarrollo de nuevas aproximaciones a la planificación del personal que consideraran las dimensiones políticas, la incertidumbre y la complejidad del campo sanitario y del campo de recursos humanos como condicionantes del proceso y de planificación y de los objetivos y componentes del plan.⁸

Una mirada retrospectiva, aunque poco sistemática, de los logros de este esfuerzo de casi diez años, muestra que fueron más en el terreno conceptual, de lo que se podría llamar del pensamiento estratégico aplicado al campo de recursos humanos, que en la ejecución de planes y operación de procesos, organizaciones, métodos y técnicas de planificación. Sin embargo, aún está pendiente la realización de un balance más profundo del trabajo por la Organización en este campo.

El capítulo que se abrió con los procesos de reforma sectorial ha obligado a redefinir qué es y cómo debe ser una planificación de recursos humanos que permita orientar las dinámicas de formación, trabajo y gestión de los recursos humanos, considerando las nuevas condiciones del entorno y con la finalidad de contribuir a los objetivos de los sistemas de salud.

Se podría afirmar que en los últimos diez años muy pocos países de América Latina (tal vez ninguno) han emprendido un proceso organizado e institucionalizado de planificación de recursos humanos, a pesar de que los determinantes del campo de personal, generados en los procesos de reforma animaban o exigían un esfuerzo de este tipo. No obstante, desde la cooperación técnica de OPS se han podido identificar y acompañar algunos ejercicios proclives o tendencias a sentar bases para una planificación de recursos humanos en respuesta a determinantes de las reformas sectoriales en curso.

En el marco de la reforma del sector en Colombia se realizaron cuatro estudios de recursos humanos² que pueden ser de enorme valor para generar un proceso consistente de planificación de recursos humanos. Como una paradoja, estos estudios se han realizado y han generado información de valor cuando en el Ministerio de Salud ha sido eliminada cualquier instancia que se refiera a los recursos humanos. Es muy llamativo que esto haya sucedido en el mismo lugar que albergó durante los años sesenta a ochenta una de las mejores unidades ministeriales de desarrollo de recursos humanos.

En Bolivia en años recientes se desarrolló e implantó un sistema operativo destinado a generar criterios para asignar personal de salud de manera racional, según criterios de equidad y ajustada a la política de extensión de la cobertura y el desarrollo de servicios en las zonas rurales, utilizándose para ello fórmulas matemáticas de asignación.

En Chile se ha utilizado recientemente por el Ministerio de Salud la metodología de cálculo de necesidades de personal basada en el análisis de la carga de trabajo, con la finalidad de racionalizar con criterio técnico la asignación y distribución del personal. En este caso el uso de una metodología de cálculo de necesidades utilizada en planificación se usó más bien con finalidad de gestionar recursos humanos.

En Perú, el Instituto Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos y la OPS promovieron hace unos meses un estudio de escenarios sanitarios y de desarrollo de recursos humanos, utilizando una metodología sofisticada probada en la construcción de escenarios sociales, económicos y políticos, junto a métodos similares a los usados en Colombia en la construcción del modelo de oferta y demanda.

La experiencia reciente de Brasil en el marco del programa de Salud de la Familia se puede catalogar más bien como planificación estratégica en la medida que combinó la formulación de metas cuantitativas en un determinado período (20000 equipos de salud

de la familia a ser conformados en un lapso de 4 años) con la concertación de actores (municipalidades, estados, universidades) y la utilización amplia e inteligente de incentivos económicos para sumarlos a la iniciativa y comprometerlos en el logro de las metas y en acciones de mejoría del desempeño de los servicios de salud y del personal⁹

En el presente año el gobierno de Canadá (que tiene la intención de renovar su práctica de planificación de recursos humanos) encargó un análisis de la experiencia internacional en planificación de recursos humanos de salud.¹⁰ El estudio recoge la experiencia en seis países de desarrollo económico y social similar y trata de extraer lecciones útiles para la realidad canadiense. En esta parte se tratará de extraer algunos elementos esenciales del análisis y mostrar un cuadro comparativo construido a partir de los datos de los países seleccionados a los que se ha agregado Cuba y el mismo Canadá.

El documento plantea de entrada, la necesidad de moverse desde una planificación centrada en el médico hacia una planificación centrada en los equipos de salud y a la fuerza de trabajo como un todo, en el marco de entornos complejos de reformas en los sistemas de salud. En la experiencia recogida, la planificación de recursos humanos en salud, aparece como una necesidad para enfrentar los cíclicos desequilibrios entre oferta y demanda de profesionales médicos.

Una de las críticas que se realiza a la experiencia de planificación es su alineación del contexto político y sanitario y su excesiva confianza en las mediciones y proyecciones cuantitativas. Por ello, el documento llama de manera enérgica a considerar, para una nueva planificación, la identificación y el conocimiento en profundidad de los determinantes del proceso, de su organización de sostén y del propio plan. Para ello señala una larga (e incompleta) relación de influencias que actúan sobre la fuerza de trabajo del sistema como un todo y que aquí recogemos sólo a modo de ilustración:

- Restricciones fiscales a los presupuestos disponibles
- Impulso a la atención primaria basada en la comunidad
- Impulso a la promoción de la salud y a una mayor responsabilidad social por la salud
- Más información disponible y mayor diseminación de la misma
- La propia reforma del sistema de salud y las alternativas financieras, organizacionales y del modelo de atención
- Disponibilidad de nueva tecnología para la resolución de problemas y la necesidad de definiciones sobre política y evaluación tecnológica.
- Cambios en los roles profesionales y en las competencias de individuos y grupos ocupacionales
- Definiciones o redefiniciones sobre el primer punto de contacto del usuario con el sistema: ¿el médico general, la enfermera, el equipo de salud de la familia?
- Definiciones sobre la base de población para el trabajo médico y la forma de su remuneración: pago per cápita y asignación territorial.
- Dinámica de la profesión y de la carrera funcionaria.
- Cambios en los patrones de trabajo especialmente en las relaciones interprofesionales y composición de los equipos
- Tendencia a la especialización del trabajo de los profesionales
- Regulaciones, validación de títulos y movilidad internacional
- Controles sobre número de profesionales o proveedores
- Controles sobre las horas de trabajo¹¹

Otro tema crítico es la falta de datos confiables en general y la poca información que existe sobre del resto del equipo (no médico), para tomar decisiones. El análisis de la magnitud, estructura, composición y tendencias de la F de T es central. Esas variables son diferentes por país o por la definición que se aplique. La organización y los resultados del trabajo varían de acuerdo con la posición y calificación del grupo profesional en cada país. Se resalta el hecho de que actualmente algunos países están poniendo en funcionamiento mecanismos de planificación permanente de la fuerza de trabajo con amplia participación. Para ello se requiere el uso de metodologías y técnicas que incorporan múltiples modalidades de recolección de información, análisis y planificación.

La tabla 2 muestra los hallazgos más importantes del análisis según la organización que desarrolla el proceso de planificación y la metodología que se utiliza.

Tabla 2. Comparación de experiencias de planificación de recursos humanos de salud en ocho países

Países	Organización	Metodología
Alemania	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto laboral enfatiza derechos individuales y poca intervención y regulación desde el Estado - Regionalización geográfica - Tendencia a la sobreproducción de médicos recorte de presupuestos para contratos - Reforma de salud de 1993: - Disminución del estándar de médicos por población - Control del ingreso a empleo por panel de médicos. - Asociaciones de médicos regionales y locales y fondos de aseguramiento definen las reglas de planificación usando básicamente estándares por población. Que luego aprueba el Ministerio de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores estandarizados por región y por población (4 tipos de regiones y 10 categorías de planificación) - Dos niveles de decisión: 1- Definición de marco de dotación determinada por estándar de profesionales por población: sobre oferta > 10 % escasez < 75 %, GP < 50 % especialistas y salarios de médicos 2- Si hay desequilibrios, el comité regional analiza el caso (actividad, productividad, estructura de edad, estructura de la práctica médica, estructura y característica de la población) y toma decisiones Ej: Si hay sobreoferta se bloquea el número de entradas disponibles
Países Bajos	<ul style="list-style-type: none"> - Asociaciones profesionales determinan su propia política en cuanto al número y las especialidades. - Las plazas para residencias para médicos y enfermeras se determinan por el gobierno. - Los organismos estatales tienen la responsabilidad de contratar a los estudiantes y financian sus contratos - En 1999 se inicia proceso de planeación con una unidad creada por el gobierno con participación tripartita (grupos profesionales, compañías de seguros / fondos de enfermedad e instituciones de formación y 	<ul style="list-style-type: none"> - Anualmente esta unidad tripartita emite recomendaciones sobre número de doctores a ser entrenados, análisis de la demanda y oferta del sistema de salud en un horizonte de 10 y 20 años. - Apoyo del instituto nacional de investigación en servicios de salud NIVEL: investigaciones específicas sobre fuerza de trabajo. - En el 2002 recomendó aumentar el número de estudiantes a ser admitidos a las universidades y aumentar el número de puestos para entrenamiento de médicos generales - Existe un fondo adicional para entrenar especialistas

	entrenamiento). Allí se establece el modelo y el proceso- Enfermería tiene comités locales y definen las plazas los departamentos de Educación y salud	
Australia	<p>- Existe un comité de asesoría al gobierno en fuerza de trabajo médica que reporta al consejo de ministerios de salud australianos</p> <p>- Participan: Instituto de salud y bienestar especializado en datos. Comisión de aseguramiento en salud, departamento de inmigración y asuntos multiculturales, departamento de educación, entrenamiento y asuntos de juventud, departamento común de salud y cuidados, autoridades estatales y territoriales de salud,</p>	<p>- Se da actualmente una redefinición del foco sobre médicos a una aproximación de equipo de salud- Utiliza una combinación de metodologías en uso y generación de escenarios de futuro. Software diseñado ad-hoc para proyección de oferta y demanda a 10 años, panel de expertos para seleccionar las medidas y estimar impacto de los avances tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad. Análisis continuo de productividad de grupos de médicos y su capacidad de resolución de problemas de salud</p> <p>- El comité trabaja de acuerdo con el lugar, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo con el escenario</p> <p>- Los requerimientos se definen por estándar médico-población, medición de necesidades, benchmarking internacional, mejores prácticas, medición económica de la demanda y su crecimiento</p> <p>- Con información sobre demanda y oferta se estiman las necesidades de grupos de atención.</p> <p>- Se establece plan para enfrentar escasez o sobre oferta y criterios para balancear la fuerza de trabajo en los 10 años siguientes:</p> <p>- Se dicta la política y se monitorea la implementación de las decisiones cada cinco años y se hacen los ajustes</p>
Nueva Zelanda	Con el objetivo de fortalecer atención primaria y equipos de trabajo se crea un comité asesor de la fuerza de trabajo 2001	La solicitud formal del Gobierno para este comité es "asumir una visión estratégica de la fuerza de trabajo requerida para prestar servicios en el futuro más allá de cuantos se requieren y hacer un plan para ello"
Cuba	<p>El gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y su unidad especializada en planificación de recursos humanos formulan un plan nacional de necesidades de personal en un período de 10 años</p> <p>El plan que sigue las directivas emanadas de la dirección estratégica del desarrollo del país, responde a las metas y</p>	<p>- Utiliza una combinación de metodologías normativas y análisis de tendencias, con uso predominante del método de balance < con paneles de expertos para seleccionar las medidas y estimar impacto de los avances tecnológicos, evidencias para decisiones en el sistema y la productividad</p> <p>Análisis continuo de productividad de grupos de médicos de familia y de</p>

	<p>directrices del desarrollo del sistema nacional de salud y se formula participativamente con las provincias y es de cumplimiento obligatorio por todas las instancias, jurisdicciones y organizaciones del sistema de salud y de las instituciones formadoras de recursos humanos de salud (subordinadas al Ministerio de Salud)</p>	<p>especialistas y su capacidad de resolución de problemas de salud. Se trabaja de acuerdo con niveles de resolución, número de servicios y complejidad y se procede a medición de estándares de productividad y existencia de acuerdo con el escenario. Los requerimientos se definen por estándar médico- población, medición de necesidades, mejores prácticas, medición de la demanda y su crecimiento- Se establece un plan para la formación agregando al cálculo la reserva de personal destinada a la colaboración internacional y las implicaciones del año sabático en función de las metas del sistema¹²</p>
Estados Unidos de América	<p>Gobierno federal asume responsabilidad de planificar y corregir los desequilibrios en la distribución Los estados planifican y financian educación, licencian y regulan la práctica Controla los seguros Compra los servicios y define los subsidios y programas de incentivos para profesionales según especialidad Gobierno federal produce información actualizada sobre profesionales y trabajadores disponibles acreditados y trabajando, número de empleados en las instalaciones de salud, salarios, población servida, infraestructura de salud y gasto en atención de salud. Implementa políticas para aumentar el acceso como financiar la oferta o becas para la distribución de profesionales</p>	<p>Existe un consejo asesor para fuerza de trabajo y una unidad pequeña de información (Oficina de planeación de fuerza de trabajo) que: Hace investigación y genera reportes sistemáticos de datos que analizados se distribuyen periódicamente. Define las principales prioridades de la agenda en fuerza de trabajo para cada año. Crea estándares, definiciones y protocolos para facilitar la comunicación. análisis, realiza estudios especiales por asuntos legislativos,. Desarrolla modelos para proyección de oferta y demanda.. Obtiene consensos sobre los temas álgidos. Mantiene una red electrónica con participación de organizaciones para compartir información. Discute con grupos profesionales y va tomando decisiones de acuerdo con escenarios definidos</p>
Canadá	<p>- Hace más de 20 años existe un Comité Asesor de Recursos Humanos en Salud (ACHHR). Funciona con delegados de los Viceministerios de salud de las Provincias y Territorios y delegados del Gobierno federal (Health Canada). Se dedica a la planificación de la mano de obra médica y realiza estudios sobre la oferta y demanda de enfermeras. Posee dos comisiones especializadas: una vinculada a la previsión de escenarios futuros (forecasting) y otra que ha</p>	<p>- Los principales esfuerzos de planificación sistemática se han hecho en relación con el número de médicos, utilizando como variables el número de ingresos en las escuelas de Medicina y el número de aceptaciones de solicitudes de graduados extranjeros. Este cálculo se hace con horizontes de cinco años. En los últimos diez años se integró en este cálculo la tasa de población femenina en la fuerza de trabajo médico, dadas las evidencias sobre las diferencias en número de horas semanales y edad de retiro en hombres y mujeres.</p>

	<p>desarrollado un marco de objetivos, principios, guías de trabajo y directivas estratégicas que permiten planificar en forma coherente a las diferentes provincias y territorios. Como cada jurisdicción es independiente para fijar sus prioridades, la función de estas Comisiones es financiar estudios que luego las diferentes autoridades regionales utilizan en forma coordinada. - Más allá de la buena calidad y disponibilidad de información, a partir de 2001 fue reconocida la necesidad de integrar en el proceso de planificación la participación y la opinión de actores interesados (no sólo médicos, sino de las diversas profesiones y tomadores de decisiones políticas en varios niveles). Es la fase 3 de la <i>Task force on Human Resources Strategy</i> del Comité Asesor. En 2002 se ha comenzado a discutir la integración de estos actores al propio Comité Asesor.</p>	<p>- Se han desarrollado dos bases de datos para la planificación futura de médicos y enfermeras. Los componentes de información de estas bases son los siguientes: número de identificación único, base de datos de instituciones educativas, conjunto de equivalentes de carga de trabajo, modelos matemáticos de oferta futura y datos de migración y movilidad interprovincial Sin embargo, el impacto de los nuevos modelos de atención, en especial el viraje hacia lo ambulatorio, obligó a crear una base de datos específica para médicos de familia</p>
Reino Unido	<p>- En 1999 se definió un enfoque global de la fuerza de trabajo. Las bases son: trabajo interprofesional en equipo, trabajo flexible, planificación en función del paciente, maximizar contribución del staff al paciente, modernizar educación y entrenamiento, desarrollo de carreras nuevas y flexibles, expansión de la fuerza de trabajo hacia futuras demandas Se formulan planes locales y regionales que son consolidados en el Buró de Desarrollo Nacional de Fuerza de Trabajo, que asegura la integración de los puntos clave. - Participación educación médica, entrenamiento y staffing, especialistas en fuerza de trabajo, comité de médicos y no médicos</p>	<p>- Se ha cambiado su enfoque en respuesta a la Unión Europea. Desde hace 7 años se aplican las regulaciones europeas para el movimiento del trabajo: promedio de especialidad con duración de 5 años según especialidad - Hasta 2001: grupo asesor de fuerza de trabajo especializada formada por planificadores, decanos de posgrado de medicina, representantes de los médicos generales, gerentes de hospital, la asociación médica, médicos jóvenes y autoridad de salud - Analizan datos de los últimos 5 años, analizan demandas y necesidades, según razones especialidad por población Comparación de la demanda con la oferta existente y los perfiles actuales - Resultante: el número de puestos de entrenamiento que se necesitan para el año. Si es más de lo que hay, se crea o si no se disminuye. El manejo de los aumentos y disminuciones es gradual</p>

Fuente: Elaboración basada en *Steady State. Finding a Sustainable Balance Point. International Review of Health Workforce Planning*. Health Canada. Ottawa, 2002 y en informes de la cooperación técnica de la OPS-OMS.

Planificación de reformas sectoriales: ¿de qué planificación hablamos?, ¿qué planificación necesitamos?

¿Qué se debe entender aquí y ahora por planificación de recursos humanos? De una manera general creemos que la sintética definición inglesa que plantea que la planificación de recursos humanos tiene como propósito fundamental "asegurar que haya suficiente personal disponible con las competencias adecuadas para entregar una atención de salud de buena calidad a la población", ayuda mucho a entender la razón de ser y de estar de esta poco comprendida y no siempre valorada intervención estratégica.¹³

Asumiendo esa definición, la posición del Programa de Recursos Humanos de la OPS es clara: la planificación es una intervención estratégica y necesaria para la factibilidad, viabilidad y ejecución de las políticas, para orientar la intervención regulatoria y para, junto a la orientación de política de recursos humanos, definir marcos para la gestión de recursos humanos en las jurisdicciones descentralizadas y organizaciones de salud. Por ello se requiere replantear, a partir de la experiencia acumulada, la función planificadora de recursos humanos que así podría ser considerada una de las "funciones esenciales" del desarrollo de los recursos humanos de salud. Una primera y esencial condición contemporánea de la planificación es que no más se le considera como función aislada de posibilidades sobredimensionadas.

Se requiere configurar de manera colectiva una nueva planificación de los recursos que así podría ser considerada una de las "funciones esenciales" del desarrollo de los recursos humanos en salud sobre la base de la experiencia acumulada, las enseñanzas internacionales y las necesidades que emanan del nuevo contexto sanitario y las nuevas finalidades que se le asignan. Existen un conjunto de cuestiones a ser analizadas en busca de respuestas para configurar una idea o una pauta (que no un modelo) de la planificación de recursos humanos necesaria:

- El contexto sanitario y de las reformas sectoriales
- La integración de la planificación a las políticas, la regulación y la gestión de los recursos humanos
- La viabilidad política y la participación de actores
- La descentralización de los servicios y la planificación
- El sujeto planificador
- La cuestión de la información para las decisiones
- La cuestión metodológica

EL CONTEXTO SANITARIO Y LAS REFORMAS

Antes en este documento se trató de mostrar los cambios que han ocurrido en el campo de recursos humanos en el período marcado por las reformas y como consecuencia de las redefiniciones al interior del sector y del sistema de salud, y también fuera de él. La planificación que se requiere deberá considerar este nuevo contexto y sus derivaciones futuras (los nuevos escenarios) y ajustar sus métodos, la organización de sus procesos y los usos y efectividad de sus productos (la calidad de los planes en términos de pertinencia, relevancia y utilidad)*

Las nuevas condiciones del desarrollo de los sistemas de salud en lo político, económico e institucional, y los propios objetivos de las reformas le definen un nuevo espacio y le proponen otros objetivos, más ajustados a las condiciones de viabilidad política y económica del contexto, tanto a la función planificadora, como al conjunto de intervenciones de alcance estratégico que sustentan la rectoría sectorial en este campo.

La tabla 3 muestra de manera sintética las implicaciones de los objetivos sustantivos de las reformas para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo en salud, ya no enfatizando como antes se hiciera, los procesos, sino algunos de los objetivos de las reformas; ya que tales objetivos son el marco de las intervenciones estratégicas en el campo de recursos humanos: políticas, planificación, regulación y gestión de los recursos humanos; tanto de manera específica como integrada.

Tabla 3. *Implicaciones de las reformas del sector salud para la intervención sobre la fuerza de trabajo*

Objetivos	Implicaciones para las intervenciones estratégicas sobre la fuerza de trabajo
Equidad	Distribución geográfica y por condiciones sociales Distribución entre subsectores: público, privado, seguridad social Equidad en las remuneraciones Equidad de género
Eficiencia distributiva	Descentralización: transferencia de poder de decisión y de la autoridad Transferencia de presupuestos y otros recursos Transferencia y desarrollo de las capacidades efectivas de la gestión de los recursos humanos Garantía de efectividad en programas especiales de ampliación o recuperación de cobertura
Eficacia económica	Cambios en las relaciones de trabajo; contrato y salario Garantía de adecuadas condiciones de trabajo Gestión y sostenibilidad de sistemas de incentivos Regulación de la flexibilidad y gestión de la tercerización Negociación colectiva
Calidad	Cambios positivos en las competencias y calificaciones del personal en relación con los modelos y resultados de la atención Regulación de la oferta educacional superior y técnica basada en evaluación de la calidad de procesos educacionales y de la competencia de los egresados Nuevas formas de organización y división del trabajo. Garantía de desarrollo profesional permanente
Participación	Balance de poder entre personal de salud y usuarios de los servicios Apertura de espacios institucionales sostenibles para la participación de los actores en las decisiones Participación del sector Salud en las decisiones económicas y políticas que lo afectan

Fuente: Elaboración propia inspirada en *Dussault y Dubois, 2001*¹⁴

LA PLANIFICACIÓN COMO INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA EN EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS

Dos de las críticas más frecuentes en la revisión de la experiencia internacional realizada por los investigadores canadienses, y que son coincidentes con la más limitada experiencia latinoamericana, son la separación de la planificación de los recursos humanos de la planificación de los servicios y de programas de salud, y su focalización en la proyección cuantitativa de las necesidades de la fuerza de trabajo médica.

Entre otras, que se revisarán luego, hay dos condiciones básicas subyacentes que explican los problemas indicados. Una es la vigencia entre los años 60 y 80 de paradigmas del desarrollo de recursos humanos y de la atención sanitaria que reducían la producción de servicios a la contribución de la categoría profesional más poderosa en lo político y en lo técnico (la médica), y las posibilidades de su desarrollo a una mayor disponibilidad de dichos profesionales, lo que implicaba la necesidad de conocer su disponibilidad actual, las necesidades futuras para alcanzar una meta estandarizada internacionalmente y el ritmo de la formación por la escuelas de medicina.

La otra, es la confianza exagerada en las posibilidades de un plan técnicamente fundamentado, a despecho de una realidad política que negaba con demasiada frecuencia muchos de los supuestos del plan. La planificación era, en la ideología desarrollista del momento, una premisa esencial para la intervención estatal. Ambas condiciones eran expresiones de una ideología superada no sólo por otra ideología con status de "pensamiento único", sino por los propios cuestionamientos de una realidad mucho más compleja y dinámica de lo que se pensaba.

En el balance de los beneficios y perjuicios que trajeron las reformas, debe contarse entre los primeros la confrontación que debieron procesar el pensamiento y la investigación en el campo de los recursos humanos con la naturaleza del mismo. La complejidad, dinamismo, incertidumbre y complejidad de los problemas del campo del personal debieron ser asumidos y enfrentados como una expresión específica de la realidad, de la condición objetiva de los sistemas de salud como sistemas adaptativos complejos.¹⁵

Esa confrontación con la complejidad y el dinamismo de los procesos de desarrollo de recursos humanos trajo como consecuencia el desarrollo de una visión integrada del campo, que resaltaba no solamente la dimensión de la educación (definitoria de la oferta) sino también la del trabajo (que establece la demanda) y que se realiza en los servicios de salud (con lo que se hace evidente el vínculo orgánico entre ambas dimensiones del sistema), estableciendo entre educación y trabajo una relación tan compleja y conflictiva como las que se establecen al interior del sistema mismo. La visión del campo como lugar complejo se completa con la participación protagónica de actores y la interferencia de otras dimensiones de la realidad. Los actores significativos como sindicatos, las corporaciones profesionales, las universidades y las propias organizaciones de atención, se hacen visibles. Del mismo modo, los mercados laborales, los mercados educacionales y otros mercados subsidiarios en la economía política de la atención de la salud y los procesos políticos y sociales de profesionalización, se hacen mediadores de la interacción entre lo educativo y lo laboral. Ese campo complejo se refiere a toda la fuerza de trabajo y no sólo a la fuerza de trabajo médica.

Se sabe ahora que la atención de la salud es un producto igualmente complejo al que confluyen múltiples saberes e infinidad de tecnologías, y que también está sujeto a determinaciones tanto políticas y culturales, que se originan precisamente en la acción colectiva de las diversas agrupaciones y ocupaciones que se realizan en ese servicio social tan importante como inasible que es la atención de salud, como a determinaciones económicas y técnicas. Ese campo de recursos humanos en sus múltiples dimensiones y mediaciones requiere de intervenciones integrales e integradas para modular su desarrollo. Una constante en la revisión de las experiencias nacionales en el estudio canadiense es la necesidad de que la planificación contribuya a la definición de criterios para el desarrollo de equipos integrados de salud, según niveles de resolutivez y naturaleza de las acciones según programas.

De allí que no se pueda más pensar, que la planificación "realmente existente" como se le conoció y practicó por treinta años pueda seguir vigente. La visión de la planificación necesaria se integra en un conjunto de intervenciones de finalidades y posibilidades estratégicas conformadas por la definición de políticas, la acción regulatoria y la gestión de recursos humanos en las organizaciones de salud. Cada una de ellas tiene su propósito específico, su teoría de base y sus propios correlatos metodológicos y prácticos, pero en la práctica cotidiana muchas veces, y cada vez más, es difícil distinguir o separar esas cuatro intervenciones.

No hay posibilidades de que las políticas se ejecuten y generen los resultados buscados sin planes adecuados, que a su vez solo serán "papel impreso" sino existe la viabilidad que da la masa crítica de poder (político, económico y simbólico) para que se llegue a implementar. En el flexible y desregulado mundo actual, y no sólo en los sistemas de salud, la regulación ejercida por instituciones de la sociedad y el estado es necesaria para que los mercados imperfectos de la salud y la educación no agraven más los ya graves problemas del campo, y una buena parte de las posibilidades del plan se juegan en el campo de la regulación. Se podría decir, que aquí y ahora, y tal vez más tarde con mayor insistencia, la planificación necesaria requiere de una alta "composición orgánica" de regulación. Un ejemplo de esto son los sistemas de incentivos tan amplia y efectivamente utilizados en Brasil en el programa de salud de la familia¹⁶ para alcanzar metas de reclutamiento y desempeño del personal y para sumar las universidades al trabajo en el desarrollo del nivel básico de salud.

La gestión de recursos humanos y la planificación se basan en los mismos métodos, y usan la misma base de información, para definir criterios y estimar necesidades de personal de salud para su reclutamiento, distribución y ubicación adecuada. Se podría decir que la gestión tiene un momento de planificación que le es esencial. Lo mismo sucede con la educación del personal, que requiere de la planificación para identificar necesidades de capacitación y definir las competencias a ser desarrolladas en el proceso educativo.

LA VIABILIDAD POLÍTICA DE LAS INTERVENCIONES

Una de las condiciones evidentes en los análisis de la pasada experiencia de planificación, y un requisito cada vez más urgente en las actuales experiencias internacionales, tienen que ver con la participación de los actores y la consideración de los intereses de los diversos agentes actuantes en los sistemas de salud en la

formulación del plan y de sus estrategias. Como se mencionaba antes la viabilidad política del plan y la construcción del suficiente poder para ejecutarlo es una condición esencial de esta intervención y de cualquier otra en el campo de los recursos humanos.

Si antes, cuando el protagonismo del estado era decisivo, la viabilidad política fue un elemento crítico, lo es más en el contexto actual de reformas donde la definición política del actor más importante tiende a ser una más y donde la fragmentación de intereses y el juego competitivo de agentes hace más compleja y demandante la viabilidad del plan. Si a esto se le agregan los cambios en los sistemas de relaciones laborales que afectan el status social y profesional y las condiciones de desempeño del personal de salud, se comprenderá fácilmente cuán crítica se hace esta condición.

La viabilidad política del plan se asegura, en buena medida, con la participación de actores significativos (es decir con poder suficiente para hacer fracasar el plan o cuyos intereses pueden ser afectados por ser mayoritarios o por estar ligados a funciones claves del sistema). La experiencia indica que esa participación, siempre que sea posible, debe darse desde la definición de las cuestiones políticas a ser enfrentadas y no sólo en función de cuestiones de estrategia. Por ello, como se describe en la tabla 2, casi todos los países cuya experiencia se reseña, están desarrollando formas participativas de definir planes o intervenciones en recursos humanos, incluyendo a los principales actores y a representantes de las diversas categorías de los trabajadores.

Los procesos de reforma, como se ha mostrado antes, traen consigo importantes cambios en la situación y perspectivas futuras de la fuerza de trabajo. Las condiciones de la implantación de las reformas (y sus planes, si así se pueden llamar) casi siempre ignoraron los intereses y aspiraciones del personal, del más importante componente de las organizaciones de salud y no siempre se cuidaron de comunicar adecuadamente los fines y razones de los cambios. Por ello, las condiciones de viabilidad de muchos procesos de reforma fueron precarias y en otros casos los cambios fueron pasiva o activamente resistidos por los trabajadores de salud. Recientemente *Rigoli y Dussault*, han analizado la reacción colectiva de los trabajadores ante las reformas en diversos países mostrando que en todas las latitudes fue activa aunque con algunas diferencias entre los diversos actores según sus intereses, su posición o su capacidad de negociación. Ello se muestra en la tabla 4.

Tabla 4. *Reacciones colectivas ante las reformas en la década de los 90 en la Región de las Américas*

País	Categoría de la fuerza de trabajo	Acción colectiva
Argentina	Asociación Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención de salud
Brasil	Secretarías de salud de gobiernos municipales	Presión al gobierno por recursos para la contratación de personal y el tratamiento de medidas para enfrentar la flexibilidad de los de contratos de trabajo

Canadá (Alberta)	Personal de Lavandería	Movilización contra cortes de presupuesto y reorganización administrativa. Aunque fueron prohibidas las huelgas, fueron suspendidas las actividades de este personal
Canadá (Québec)	Médicos	La congelación de la modalidad de pago por servicios para procedimientos médicos en el proceso de reducción del déficit. Como resultado, fueron reducidas las horas de trabajo disponibles.
Chile	Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención de salud
República Dominicana	Médicos	Demostraciones debido a establecimiento de vinculación entre cambios de estructuras de pago y resultados de la atención pública
Perú	Médicos Enfermeras	Desarrollo de propuestas alternativas a la propuesta de reformas del sistema y movilización por mejoría de condiciones de trabajo
Venezuela	Médicos	Movilización contra propuestas interpretadas como privatización de servicios y contra las malas condiciones de los servicios de salud
Ecuador	Todas las categorías	Movilización contra propuestas interpretadas como privatización de servicios y contra las malas condiciones de los servicios de salud

Fuente: Elaboración sobre la base de *Rigoli y Dussault* ¹⁷

DESCENTRALIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La experiencia acumulada en planificación de recursos humanos ha sido por lo común desde ámbitos centrales nacionales y pretendiendo un alcance nacional. Ya se ha visto cómo los viejos problemas de concentración de personal en las grandes ciudades y los desequilibrios entre niveles de atención han persistido y han sido renuentes a políticas e intervenciones basadas en incentivos, si bien esporádicas y de dudosa efectividad. La descentralización de los sistemas de salud, impulsadas en casi todos los países replantea el escenario y las posibilidades para las intervenciones estratégicas. Ha significado importantes cambios, que entraña nuevas posibilidades y nuevos problemas, para la gestión de recursos humanos, las condiciones de trabajo y las posibilidades de mejores resultados en la atención.

Las implicaciones para la planificación derivan, en teoría, de la necesidad que las entidades descentralizadas y las redes de servicios tienen de asumir su responsabilidad de cubrir y atender a una población asignada, para lo cual han recibido atribuciones, recursos e instrumentos, en tanto expresión sanitaria del gobierno local. Si bien la realidad está con frecuencia distante de la teoría y más diversa de lo que siempre se prevé, lo cierto es que con las nuevas atribuciones y dependiendo del alcance de las mismas, en especial en lo referente a la gestión del personal, se requiere:

- Traducir en metas de recursos humanos (no solo cuantitativas, sino y tal vez más importante en términos de competencias y resultados de desempeño (como calidad y productividad), los objetivos sanitarios del gobierno local.
- Definir las necesidades de personal en los diversos niveles y servicios, para alcanzar los objetivos del gobierno local en salud, y planificar las acciones para lograrlo.
- Generar intervenciones para resolver los desequilibrios existentes y que provienen de la estructura de los servicios, pero también de la ineffectividad y limitaciones de la gestión centralizada, sus rigideces normativas, escasez de recursos y también de las distorsiones del juego político local.

Ello significa movilizar poder, recursos financieros y técnicos, para asegurar en el mercado local el personal que se forma en las instituciones autóctonas y está disponible. Del mismo modo se deberá competir en mercados de alcance nacional por recursos escasos pero necesarios (determinadas categorías de especialistas) así como exigir, tarea casi permanente, por los recursos financieros asignados y por mayor flexibilidad normativa para intervenir sobre problemas que impiden los cambios y avances.

Significa también coordinar y trabajar con las instituciones formadoras de nivel local para reorientar los perfiles de formación, modular los flujos de producción y utilizar las posibilidades locales para el desarrollo continuo de las competencias del personal de los servicios. Ejemplos de lo último son los Polos de Capacitación del Programa de Salud de la Familia, en Brasil.¹⁸

Una planificación de recursos humanos efectiva a nivel local, como la que tratan de desarrollar las experiencias de Australia, Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y también en Brasil; requiere contar con una clara política de recursos humanos que se define por y para la vigencia de un modelo de atención definido, con una capacidad técnica para usar métodos apropiados según sean necesarios, recursos financieros para generar incentivos y participación de los actores significativos.

¿QUIÉN PLANIFICA?

El actual escenario sectorial en general y del campo de recursos humanos se caracteriza por su complejidad, fragmentación y conflicto de intereses, de estrategias y de acciones de los agentes sectoriales. En sociedades democráticas de economía de mercado, el rol del estado se ha redefinido, y a pesar de que en las reformas de primera generación fuera casi descartado como agente clave del desarrollo sanitario y de la atención a la población; ahora, reconocidas las limitaciones e imperfecciones de los mercados en las áreas sociales, se le reconoce un rol protagónico, garante y promotor, un rol de rectoría sectorial.

En la compleja e inestable realidad regional, el estado nacional, con todas las mediatizaciones que le impone el orden global vigente; aunque ya no es el "único planificador", si es el más importante en la medida que posee un mandato y una legitimidad democráticas, es el promotor y garante de las políticas públicas que hacen viable e instrumentan el proyecto político elegido por la mayoría de la población.

La tabla 5 intenta reflejar esa complejidad. Muestra los principales agentes del campo de recursos humanos (hay otros que poseen tanta significación) y algunos rasgos de sus respectivos proyectos políticos y estrategias de acción.

El estado deberá generar condiciones y establecer el escenario y las reglas del juego, para modular la dinámica de intereses y las acciones colectivas de los diversos actores, tratando de orientarlas hacia el logro de objetivos de bien común y no solamente de beneficio de sectores sociales (o económicos) representados por los partidos y por los grupos de poder o corporativos con influencia en el gobierno de turno. Es decir, hay una acción importante de construcción de instituciones legítimas, estables y efectivas para la acción de gobierno en salud. En esa institucionalidad para la gobernabilidad se ubican, y se hacen efectivas, las intervenciones estratégicas en el sector salud y en el campo de recursos humanos.

La función de rectoría implica instituciones (normas, valores, pautas legítimas y aceptadas) y organizaciones (capacidades técnicas y políticas y sus efectividades resultantes) activas y efectivas en dos dimensiones:

- Una dimensión específica derivada de la naturaleza del campo y que se refiere a la responsabilidad y capacidad de generar políticas, de planificar, regular y gestionar los recursos humanos; de orientar hacia objetivos de equidad, efectividad y calidad de la atención, la educación y el desempeño laboral en Salud.
- Una dimensión genérica a toda acción política que implica sumar a los actores a un proyecto de bien común, legítimo y democrático. Y para ello requiere tener capacidad de orientar, convocar, negociar, concertar y controlar actores y agentes involucrados. Debe concertar planes y subordinarlos al plan que instrumenta la política pública. Debe hacer factible, viable y sostenible el proyecto político.

Tabla 5. *La complejidad política del campo de recursos humanos: actores y proyectos*

Actores	Proyecto
Estado	Objetivos de política pública Tensiones entre roles estatales: rol subsidiario vs rol garante del derecho ciudadano universal Logro de objetivos del sistema de salud, Rectoría sectorial: políticas de recursos humanos, planificación, regulación, gestión Funciones esenciales de la salud Pública RRHH: "principal componente de la atención" Principal empleador Regulación de la educación, el desempeño, las profesiones y los mercados de trabajo
Estado Gobierno Local	La descentralización le entrega responsabilidades jurisdiccionales de gobierno para cobertura de salud de poblaciones RRHH: " principal componente de la atención" Importante empleador Regulación jurisdiccional de la educación, el desempeño, las profesiones y los mercados de trabajo

Corporaciones profesionales	Defensa de intereses corporativos de asociaciones de profesionales legitimados por el monopolio de capital simbólico: saberes, tecnología Soberanía y autonomía de la profesión Participación, negociación, presión corporativa
Sindicatos	Defensa de intereses económicos de los trabajadores: salario, condiciones de trabajo Participación, negociación, presión social
Agentes económicos ligados a mercados de la atención	Objetivos económicos de ganancia en la llamada "industria" de la atención de salud Estrategias de mercado y gestión empresarial Captar clientela: profesionales, pacientes, asegurados Influir sobre mercados de trabajo
Ciudadanos	Sujetos de derecho a la salud: equidad, acceso, calidad Gran diversidad de intereses y expresiones organizacionales Expresión de sus intereses intermediados por partidos, asociaciones y diversas formas sociales. No siempre presentes en los espacios nacionales de participación. Mayores posibilidades a nivel local
Agentes políticos: parlamentarios	Responsables de formalizar en instituciones legales y jurídicas las políticas Intermediarios interesados de otros actores y agentes del campo, incluyendo a la población
Actores educacionales	Formación de profesionales y técnicos Desarrollo de conocimiento Autonomía institucional, fortalecimiento institucional y sobrevivencia en entorno poco regulado y muy competitivo

Fuente: OPS-OMS. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 2002.

LA CUESTIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN Y LAS DECISIONES

El nuevo contexto de planificación (como intervención estratégica y muy vinculada a la gestión, descentralizada y con participación de múltiples actores) requiere de un tipo específico de información que le dé sustento. Sin embargo, en esta situación la información sistematizada y amplia es un requisito necesario pero no suficiente¹⁹ para crear una base común de evidencias que le permita a los actores planificar sobre bases coherentes. Si por ejemplo, las tendencias evidenciadas muestran que la cantidad total de médicos por habitante crece en forma desproporcionada, esto debe ser una indicación para las universidades, los colegios profesionales y los empleadores que algunas acciones deben ser programadas. Si los datos del sistema de información señalan que la concentración de especialistas o de enfermeras en las capitales o grandes ciudades sigue aumentando en desmedro de las zonas alejadas, los sistemas de servicios se verán obligados a planificar programas de incentivos a mediano plazo o a diseñar perfiles de carreras funcionales que reviertan esta tendencia.

Por esta razón, disponer de una plataforma de información cobra mayor importancia, dadas las características de mercado imperfecto de este recurso, que necesita la implementación de un sistema emisor de señales muy poderoso para no oscilar

erráticamente (y muchas veces simultáneamente) de la abundancia a la escasez,^{20,21} como ha ocurrido frecuentemente.

Esta plataforma debería estar constituida por un set de datos básicos, mantenidos por información de fuentes primarias regulares (registros permanentes, fuentes estadísticas),²² que sea al mismo tiempo alimentada y usada por los actores principales del sistema.

Existe una interacción permanente entre los principales objetivos de la planificación y las necesidades de información. Un problema detectado a priori precisa datos para ser cuantificado, pero a la inversa, un relevamiento de información amplio puede cuantificar problemas que hasta el momento no habían sido considerados prioritarios. Por esta razón, los sistemas de información precisan estar orientados a problemas, pero recoger en forma permanente datos básicos de tendencias generales que monitoreen el panorama y adviertan de futuros desequilibrios.

La extensión de las bases de datos informatizadas para el pago de salarios, cobro de matrículas, registro de actividad profesional y otros procedimientos administrativos, así como la extensión del uso de las nuevas clasificaciones ocupacionales en los censos y encuestas nacionales, permiten suponer que un adecuado uso de estas fuentes de datos permitirá gradualmente la construcción de "almacenes de datos" (datawarehousing) tal como los construidos por la Secretaría de Salud de México, el Consejo Nacional de Recursos Humanos de Ecuador o la Universidad de Antioquia en Colombia. Estas bases de datos están disponibles a través de internet y constituyen la base de trabajo de los Observatorios de Recursos Humanos en esos países.

Los sistemas de información toman en cuenta características específicas del recurso humano, tales como:

- La brecha de tiempo entre el proceso de toma de decisiones y el logro de los resultados.
- El creciente entrecruzamiento entre las diferentes funciones profesionales y sus consecuencias.
- Las implicancias de género en la fuerza laboral, sus características, debilidades y oportunidades.
- Los límites imprecisos del conocimiento de la relación entre las necesidades de salud las necesidades de servicios de salud y los recursos humanos exigidos para satisfacerlos.²³

La característica de *plataforma de información compartida* es de suma importancia. El contexto antes descrito muestra un proceso de planificación imbricado en la gestión y marcado por la descentralización y el poder compartido. El esfuerzo de los sistemas de información es apoyar este proceso con la difusión amplia de datos básicos, intentando crear una base de evidencias que sustente la interacción de valores e intereses²⁴ de los actores educativos, empleadores, sindicales y de gobierno.

LA CUESTIÓN METODOLÓGICA

Existe consenso sobre la necesidad de que la planificación necesaria en el escenario actual requiere del uso de un amplio espectro de metodologías combinadas en la medida

de las necesidades y problemas a resolver. No obstante, en la medida en que subsisten algunos cuestionamientos sobre la idoneidad de algunas metodologías cuantitativas usadas ampliamente en la experiencia previa, la cuestión de la pertinencia de los métodos requiere un análisis cuidadoso.

Los métodos para determinación de oferta, necesidad y demanda de la fuerza de trabajos, a la luz de la experiencia internacional, tienen un conjunto de problemas,²⁵ entre los cuales se deben señalar:

- El marco implícito de utilización de estos métodos ha sido una visión de futuro susceptible de ser previsto por medio de la extrapolación de los rasgos del presente.
- Otra visión que se demostró errónea suponía que los criterios de calidad técnica del plan y la exactitud de sus métodos eran condición necesaria y suficiente de factibilidad del plan. Las variables políticas (poder) y económicas (recursos) aunque previstas en el modelo, fueron ignoradas en la práctica.
- Dichos métodos fueron utilizados bajo un criterio de que la planificación era una función aislada, separada del resto de la gestión de servicios de salud. Por lo común, la planificación de recursos humanos se realizaba después de completada la planificación de servicios. Con ello, el cálculo de necesidades y su proyección tenía un fin en sí mismo y no se orientaba a contribuir al logro de objetivos de los servicios.
- Existió, y aún existe, una tendencia a la aplicación acrítica y estricta, de normas y estándares internacionales, que aunque fueron desarrollados como simples aproximaciones o criterios indicativos y flexibles, fueron (y son) usados casi como dogmas.

Con la experiencia acumulada, estas limitaciones y supuestos erróneos están siendo superados. Con las reservas y garantías epistemológicas y metodológicas del caso es posible y necesario seguir usando dichos métodos cuantitativos de manera flexible e indicativa. Es de resaltar que ante las limitaciones de información existentes para usar métodos de mayor sofisticación, muchas veces estos métodos de cálculo de necesidades ayudan mucho a perfilar mejor una intervención en la gestión de recursos humanos en los servicios de salud a nivel local.

Los métodos de estimación de necesidades de personal basados en la opinión de expertos, por los cuales se definía un número de profesionales (por lo general médicos) necesarios para resolver un determinado problema o tratar una determinada condición patológica, se basaban en un criterio de eficacia de las intervenciones que luego se demostró dudosa o errónea. Sin embargo, ahora se utilizan estimaciones de la utilización actual de servicios como un indicador proxy de requerimientos de profesionales de salud.²⁶

Las estimaciones suelen ser de mucha utilidad siempre y cuando se ajusten al ritmo de la actualización permanente de la información y se tomen en consideración las diversas modalidades de comportamiento de los profesionales según las modalidades de pago (capitación o pago por servicios). Es necesario que la utilización de métodos para estimar necesidades y demanda basados en utilización de servicios considere los cambios en las modalidades de gestión de servicios y la expansión de los sistemas de atención gerenciada, los fenómenos de elasticidad de la práctica médica (o inducción de

la demanda), la introducción de formas de trabajo en equipo y en algunos países, la utilización de técnicos, asistentes, auxiliares o agentes comunitarios.

Parecen ser promisorios los resultados que se vienen obteniendo con la utilización de métodos de *benchmarking*, basados en una experiencia exitosa (asumida como modelo) de sistema local o regional, hospital, red de servicios o plan de salud. Esta experiencia proporciona orientación en base a resultados reales y posibles de ser alcanzados. Sin embargo, debe considerarse que tales experiencias pueden tener sus limitaciones, ya que las condiciones de acceso, cobertura, equidad, pueden no ser equivalentes o extrapolables. Además es necesario asegurar información disponible (costos, uso, cobertura), muchas veces muy superior a la que de manera rutinaria se cuenta en los servicios, para la toma de decisiones.²⁷

Actualmente se usan con frecuencia técnicas para establecer dotación de personal en instituciones de salud, basadas en el análisis de cargas de trabajo.²⁸ En general se estima la dedicación profesional y no profesional en horas, de acuerdo con la demanda estadística y la productividad de cada unidad de producción de la institución. Los parámetros (indicadores óptimos) para dotación, definidos por la comparación de estos indicadores de demanda vs. productividad son revisados según el criterio de expertos en los niveles deseables de composición y distribución de personal, respecto al patrón de servicios a ser ofertados. Normalmente estos indicadores constituyen un referente que permanentemente debe ser ajustado según las necesidades de la organización para ajustarse a las exigencias de la oferta y demanda de servicios de salud, tanto en aspectos de cobertura como en la complejidad de servicios a ser ofertados.

A pesar de las dudas que existen en cuanto a la aplicación de normas de dotación, es importante subrayar la necesidad de establecer una propuesta para la composición del equipo humano de una institución de salud y sobre todo, de considerar la dotación de personal como una tarea de permanente ajuste con la política de la organización.

CONCLUSIÓN PROVISIONAL Y SÍNTESIS

A pesar de la escasa vigencia de la planificación de recursos humanos en América Latina durante la última década, a diferencia de otros países de mayor desarrollo relativo que sí la usaron, la situación tiende a cambiar, en la medida en que las cuestiones de recursos humanos cobran mayor relevancia en las agendas de cambio sectorial. Existe una amplia experiencia que ha sido recuperada y analizada recientemente y que permite reubicar con mejores evidencias, el papel de esta importante intervención estratégica para el desarrollo de los recursos humanos de salud.

Luego de una década de ausencia de políticas explícitas de recursos humanos, de vaciamiento técnico y de escasa prioridad política de las instancias responsables de recursos humanos en muchos gobiernos, una nueva agenda de problemas se ha configurado, en parte por la persistencia de viejos problemas estructurales del sector y en parte por las nuevas condiciones, situaciones y objetivos impuestos por los cambios de reforma sectorial. En ese contexto se requiere fortalecer la función rectora del estado en este campo para ajustar los procesos de recursos humanos a los objetivos trascendentes de las reformas y para enfrentar la nueva y compleja agenda.

Es la hora de las políticas de recursos humanos, de planes y proyectos que permitan su ejecución y realización, de regulaciones modernas y efectivas que modulen los procesos esenciales (educación y desempeño) y los comportamientos de agentes y actores en un entorno mercantil imperfecto que promueve la flexibilidad del trabajo y permite la precarización del empleo y de la educación. Es la hora de un cambio radical en los modelos y prácticas de la gestión de recursos humanos para el tiempo que asegure objetivos de calidad, productividad y efectividad de la atención, asegure también buenas condiciones y trabajo decente. Esta es la esencia de la función rectora que se hace efectiva mediante un conjunto de intervenciones estratégicas integradas. Es decir, en esta hora, la planificación de recursos humanos es una función estratégica en apoyo a las políticas y a la gestión de recursos humanos y que se combina y potencia con los marcos y mecanismos de regulación. En ese camino se ubica el mandato recibido por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS del 43 Consejo Directivo de la OPS-OMS en septiembre del 2001, que se refleja en la resolución CE 128.R3.). Por primera vez en 20 años, el Consejo se refiere de manera explícita y amplia al tema de Políticas y Gestión de Recursos Humanos en Salud, convocando el interés y la voluntad política sectoriales para dar mayor prioridad a las políticas de recursos humanos en general, y de manera específica, impulsar un mayor desarrollo y fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en los servicios de salud. Se insta además a promover la participación multiprofesional y a impulsar activamente la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos, facilitando la participación de las dirigencias sectoriales y otros actores sociales relevantes alrededor del tema.

Basándose en las experiencias acumuladas, los análisis de los procesos existentes y la consideración de los elementos contextuales derivados de los cambios ocurridos en los sistemas de salud, es necesario y posible perfilar una planificación necesaria a la nueva función de rectoría indispensable como criterio de gobernabilidad sectorial y de orientación estratégica del campo de recursos humanos de salud. El artículo, que en buena parte es una reflexión de la práctica de la cooperación técnica en el campo de recursos humanos en América Latina, presenta una serie de elementos basados en la experiencia y la literatura existente para contribuir a perfilar esa necesaria planificación estratégica de recursos humanos de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS-OMS. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector Salud. Documento Oficial CD43-9. 43° Consejo Directivo de la OPS, Washington DC:2001.
2. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Rev Panam Salud Públ. 2000; 8:43-54.
3. Ibidem
4. Ibidem
5. Hall TL Mejía A. Planificación del personal de salud: principios métodos, problemas, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1979.
6. Ibidem
7. Health Canada (2002). Steady State. Finding a Sustainable Balance Point. International Review of Health Workforce Planning. Ottawa. Canada
8. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC. OPS; 1993(Serie Desarrollo de Recursos Humanos 96.)

9. Ministerio de Saúde-Brasil. Programa de Saúde da Família: <http://portalweb01.saude.gov.br/pits/>, y <http://saude.gov.br/psf/programa/index.asp>
10. Health Canada (2002). *Steady State. Finding a Sustainable Balance Point.* International Review of Health Workforce Planning. Ottawa. Canada
11. *Ibidem*
12. Soteras L, Fernández B, Serrano M, Antúnez P, Castro D, Planificación de los recursos humanos para la salud. *Educ Méd Salud* 1993;27:160-77.
13. Department of Health (1998). *Working Together. Securing a Quality Workforce for the NHS.* <http://www.open.gov.uk.doh/newnhs/hustrat.html>. September.
14. Dussault G Dubois C, Human resources for health policies: A crucial component in health services. 2002. Comunicación personal.
15. Plsek P. Greenhalgh T, Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;23:625-8.
16. Ministerio da Saúde-Brasil. Programa de Saúde da família: <http://portalweb01.saude.gov.br/pits/>, y <http://saude.gov.br/psf/programa/index.asp>
17. Rigoli F Dussault G. The interface between sector reform and human resources in Health. 2002. Comunicación personal.
18. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. Capacitación del personal de los servicios de salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. OPS; 2002 (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud 3.)
19. Bach, S. (2001)., " HR and new approaches to public sector management: improving HRM capacity", World Health Organization Workshop on Global Health Workforce Strategy, Annecy, France <http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/papers/HR.pdf>
20. CIHI (2000); " From Perceived Surplus to Perceived Shortage: Canadá Physician Workforce <http://ecomm.cihi.ca/ec/product.asp?dep%5fid=9&sku=CANPHYWORKFORCE>
21. Zurn, P, Dal Poz, M., Stilwell, B., Adams, O. (2002); " Imbalances in the health workforce". Briefing paper OMS. <http://www.who.int/health-services-delivery/imbalance/Imbalances.pdf>
22. Brito, P., Granda, E. (2000): Observatorio de los Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Quito. http://observatorio_rh.tripod.com/observatorio-rh/id1.html
23. Dussault G, Dubois CA. (2001): Human resources for health policies: a crucial link in health policies. Working paper
24. Muir-Gray J. *Evidence-Based Healthcare.* Churchill Livingstone, Glasgow; 1998
25. Edmonson J. Integrated workforce planning: The acid test for the education commissioning consortia?. *J Manag Med* 1999; 13(1):33-40
26. Health Canada (2002). *Steady State. Finding a Sustainable Balance Point.* International Review of Health Workforce Planning. Ottawa. Canada
27. O'Brien Pallas L, Birch S, Baumann A, Tomblin Murphy G. (2000). Integrating workforce planning, human resources, and service planning. A report prepared for the World Health Organization, October 2002.
28. Shipp P. " Workload indicators for staffing needs: a manual for implementation" WHO/HRB/98.2 World Health Organization, Division of Human Resources Development and Capacity Building, Geneva: WHO; 1998.

Recibido: 24 de noviembre de 2002. Aprobado: 26 de noviembre de 2002.

**** Una breve referencia sobre lo que aquí se entiende por plan es necesaria. El plan, en esta perspectiva, es la indicación sistemática de los resultados que se esperan obtener mediante el desarrollo de estrategias y acciones concretas que realizan los actores involucrados en el desarrollo de los recursos humanos del sistema de salud como un todo. Ejemplos de tales resultados son: el número y perfil competencial de profesionales que se forman en un período dado por las universidades, el tipo y número de plazas de residencia médica, el número y el perfil a ser alcanzado por las auxiliares de enfermería que serán calificadas profesionalmente para mejorar la calidad del cuidado a los pacientes, la composición del equipo de atención primaria en las áreas rurales y la necesidad de las diversas categorías profesionales, así como los incentivos a ser asegurados para su radicación; las formas de pago que se deben implementar para los profesionales, etc.). Este plan debe contar con metas establecidas en el corto y mediano plazo y la especificación de indicadores apropiados para evaluar y monitorear los avances y tendencias de las acciones concertadas. El plan, al establecer no sólo metas sino también estrategias, es también el marco para la negociación y concertación con actores y agentes**

1Especialista del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud.

[Índice Anterior](#) [Sigiente](#)