

Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional

Daniel Maceira • Cintia Cejas

Como consecuencia de la fragmentación (múltiples subsectores) y descentralización (24 jurisdicciones) de su sistema de salud, la Argentina no ha logrado desarrollar políticas nacionales en materia de recursos humanos para el sector, ni coordinadas con las provincias para proveer condiciones equivalentes para el desempeño de la profesión en todo el país (ingreso por concurso, carrera ligada con el mérito y movilidad en el interior de todo el sistema de salud, entre otras cuestiones).

Por el contrario, existen diferentes sistemas de contratación y regímenes estatutarios provinciales, y se corrobora la presencia de multiempleo y empleo informal. Al no existir un marco federal, cada jurisdicción mantiene el gobierno de la matrícula de los profesionales de la salud y la certificación de la especialidad, que recae por lo general en los colegios de profesionales. Esta dispersión genera condiciones de inequidad, obs-taculiza la circulación de los profesionales, y fragmenta la información y el registro.

De esta forma, al no existir un registro centralizado de los recursos humanos del sector, y debido a que los ámbitos de concertación en la Argentina son acotados a determinadas áreas y temáticas, se dificulta la toma de decisiones informada y consensuada respecto de las estrategias de formación y desarrollo de los recursos humanos del sector.

En este contexto, y a partir del análisis de experiencias internacionales, **CIPPEC** recomienda al gobierno nacional incluir en la agenda sanitaria en materia de recursos humanos los siguientes temas: desarrollo de un sistema de información para el fortalecimiento de los mecanismos de planificación y formación de los recursos humanos del sector; redefinición de los equipos de salud con primacía de la Atención Primaria de la Salud; desarrollo de estrategias para fomentar una distribución de los profesionales de acuerdo con las necesidades de la población; establecimiento de un marco normativo nacional de carrera sanitaria, e implementación de estrategias coordinadas de formación en salud y educación, entre otros.

Finalmente, todas estas medidas debieran estar acompañadas por la sanción de una Ley Federal de Salud, que salde el vacío normativo actual y contribuya a disminuir la fragmentación del sistema.

Diagnóstico del problema

El modelo de desarrollo y gestión de recursos humanos de la salud está indisolublemente ligado con el modelo de sistema de salud adoptado por cada país. Por ello, muchas de las problemáticas que se presentan a continuación son consecuencia de la falta de coordinación de estrategias y de políticas de nivel nacional.

La Argentina posee un sistema de salud altamente segmentado, que se subdivide en tres subsectores: público, privado y seguridad social. En este contexto, resulta difícil establecer el predominio de alguno de los subsectores sobre el otro.

Desde su consolidación, el (sub)sistema argentino de salud adquiere sus dos principales características: heterogeneidad y fragmentación. Esta falta de unidad en aspectos estructurales se traduce en una falta de integración entre y en el interior de los distintos subsectores (Tobar, 1997).

Como resultado, la interrelación entre los subsectores se limita a una compleja estructura de contratos entre ministerios públicos, aseguradoras sociales y privadas, y prestadores de variada naturaleza, en general, sin coordinación entre sí.

Entre 2004 y 2007 se intentó revertir esta situación a partir de la implementación de una estrategia nacional, plasmada en el denominado **Plan Federal de Salud**. Sin embargo, esta iniciativa no logró más alcance que el de la gestión de gobierno que lo impulsó.

El **diagnóstico** que acompañó al Plan ya había marcado una señal de alerta respecto de la situación de los recursos humanos del sector. Puntualmente, sostenía: “La falta de metas y la indefinición de necesidades en la formación de grado y especialización de postgrado en el área de la salud, determinan saturación de oferta y oferta innecesaria desde la perspectiva sanitaria. La concentración de los recursos en torno a los centros de alto desarrollo tecnológico, el exceso de especialidades y subespecialidades, no consen-

suadas a nivel nacional, genera falta de recursos humanos en atención primaria con las consecuentes ineficiencias e incrementos del gasto por la demanda inducida”. A su vez, en la sección propositiva, expresaba: “No hay cambio posible si no transformamos casi en su totalidad el sistema de oferta y demanda de los presentes y futuros recursos humanos”.

Actualmente, la Argentina no cuenta con un marco legal de carácter universal que garantice las condiciones básicas para que todos sus ciudadanos puedan ver garantizado el derecho a la salud.

El sistema de salud argentino se encuentra descentralizado en 24 jurisdicciones pero, a diferencia de otros países federales y con sistemas descentralizados de salud, como Brasil y España, **la Argentina no ha logrado desarrollar políticas nacionales y coordinadas con las provincias**.

En consecuencia, en lo que atañe a la problemática de los recursos humanos del sector, no ha podido proveer condiciones de equidad en el desempeño de la profesión, ingreso por concurso, carrera ligada al mérito ni movilidad al interior del sistema, entre otras cuestiones. Por el contrario, coexisten diferentes marcos de contratación y regímenes estatutarios provinciales, con presencia de multiempleo y empleo informal.

Al no haber un modelo federal, cada jurisdicción tiene el gobierno de la matrícula de los profesionales de la salud, generalmente a través de los colegios de profesionales, por los que se establece la certificación de la especialidad, y sus condiciones. **Esta dispersión genera condiciones de inequidad, obstaculiza la circulación de los profesionales y fragmenta la información y el registro.**

La descentralización del sistema sanitario también dificulta la obtención de información. **Actualmente, el país no cuenta con un registro centralizado de información que permita tomar decisiones en relación con sus recursos humanos.** Los datos más actualizados corresponden al último Censo pobla-

cional realizado en 2001. Con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se creó el Observatorio Nacional Permanente de Recursos Humanos de Salud, pero su desarrollo es aún limitado, al punto que sólo cuenta con la cantidad de residencias y matrículas emitidas, con una serie de restricciones metodológicas que limitan su utilización.

Finalmente, los ámbitos de concertación, que permitirían consensuar pautas homogéneas en recursos humanos en la Argentina, son acotados a determinadas áreas y están fragmentados. **Se verifica la falta de espacios de discusión en los que podrían interactuar los referentes jurisdiccionales y los de formación del personal.** El diálogo con los representantes gremiales también está limitado por la fragmentación

de los interlocutores a nivel jurisdiccional, sobre todo entre los profesionales. **No se cuenta con representantes que tengan alcance nacional.**

Si bien se han conformado comisiones especiales para el tratamiento de diversos temas sanitarios (por ejemplo, la Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud y la Comisión Nacional de Evaluación Externa en Servicios de Salud), ninguna convocó a los actores representativos del ámbito de la formación, a las asociaciones profesionales y gremiales, ni a los responsables de la gestión de los servicios de salud (referentes provinciales, del sector de obras sociales y privado) a discutir políticas de desarrollo de recursos humanos de salud.

Evidencia internacional

España, país federal y cuyo sistema de salud es descentralizado, cuenta con mecanismos normativos para la coordinación de los sistemas locales de salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está conformado por el conjunto coordinado de los servicios de salud de la administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas (CCAA).

La Ley General de Sanidad (14/1986) determina la financiación pública, la universalidad y gratuitad de los servicios sanitarios en el momento del uso, así como los derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos. La norma también caracteriza la descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas, la prestación de una atención integral de la salud que procure altos niveles de calidad, que deben ser evaluados y controlados, y la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el SNS.

El órgano creado para la coordinación de todo el sistema es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Sus funciones se profundizan a partir de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Salud que rige desde el año 2003. El Consejo está constituido por el ministro de Sanidad y Consumo, y por los consejeros competentes en materia de sanidad de las comunidades autónomas.

Las competencias del Estado nacional establecen las normas que fijan las condiciones y requisitos mínimos de atención entre jurisdicciones, y su meta es perseguir una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Paralelamente, fija los medios para la creación de sistemas que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias.

En **Canadá**, el sistema sanitario que rige actualmente se consolidó en 1984, cuando se aprobó la Ley de Salud en respuesta a las inquietudes sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria. El propósito de la ley fue garantizar el acceso prepagado a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes del país.

Si bien la administración y la prestación de los servicios de salud son responsabilidad de cada provincia o territorio particular, el modelo se designa como un sistema de seguro de enfermedad “nacional” donde todos los planes de atención hospitalaria y de seguros médicos (provinciales y territoriales) están vinculados a través de la adhesión a principios nacionales establecidos a nivel federal.

¿Más médicos es mejor?

Si se analiza la composición de los equipos de salud en la Argentina, se identifica el **predominio de los médicos por sobre las enfermeras**.

Los datos del Censo 2001 establecen que hay 19 médicos por cada enfermero universitario en la ciudad de Buenos Aires y 10 médicos por enfermero para el total del país. Según datos del Ministerio de Salud, la relación médico/enfermero calificado es de 4 a 1 (Mera, 2007). En este sentido, **uno de los problemas más importantes del sistema de salud argentino es la estructura y composición de los equipos, en los que los médicos constituyen el grupo hegemónico** (Abramzón, 2005).

Cuadro 1. Dotación de profesionales de salud. Total país

Carrera	Cantidad de graduados	%	Densidad por 10 mil habitantes
Bioquímica	19.774	6,5	5,07
Enfermería *	12.614	4,2	3,23
Farmacia	21.177	7,0	5,4
Fonoaudiología	7.924	2,6	2,03
Kinesiología	11.908	3,9	3,05
Medicina	121.076	39,9	31,04
Nutrición	4.654	1,5	1,19
Obstetricia	3.986	1,3	1,02
Odontología	35.944	11,9	9,2
Psicología	46.931	15,4	12,03
Veterinaria	17.103	5,6	4,38
TOTAL	303.091	100	77,71

* Sólo con título universitario.

Fuente: Elaboración de CIPPEC sobre la base de Abramzón (2005); Censo 2001.

Asimismo, y como puede observarse en el **cuadro 1**, los profesionales médicos resultan la categoría predominante en el área

de salud: representan casi el 40% del conjunto seleccionado, seguidos por los psicólogos (15%) y los odontólogos (12%), respectivamente. Ninguna de las restantes profesiones logra superar una participación sobre el total del 7%.

Cuadro 2. Densidad de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes. La Argentina y países seleccionados

	Médicos	Enfermeras	Enfermeras/Médicos
Costa Rica	13 (2000)	9 (2000)	0,692
Brasil	12 (2000)	38 (2000)	3,167
España	33 (2003)	76 (2006)	2,303
Canadá	19 (2006)	101 (2006)	5,316
Argentina	30 (1998)	8 (1998)	0,267

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Evidencia internacional

Si bien no puede definirse un estándar único respecto de la cantidad de profesionales deseable según especialidad, la tendencia generalizada es que haya un mayor número de enfermeras en relación con los médicos.

La proporción real entre estas dos especialidades se definirá en relación con las características históricas, sociales, políticas y económicas de los sistemas de salud y en función del desarrollo de las profesiones en cada país. En este sentido, si se compara a la Argentina con países como **Costa Rica, España, Canadá y Brasil**, nuestro país se encuentra en una posición desfavorable: la relación entre estos dos tipos de recursos humanos es de 0,267 en nuestro país, en comparación con **Canadá** y **España**, en donde esta relación asume el valor de 5,3 y 3,2, respectivamente.

A su vez, si se analiza la distribución geográfica de los médicos se verá que existe una importante distorsión. En la **ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires se concentra el 55% de los profesionales**, mientras que la población en estas dos jurisdicciones no alcanza al 46%. Lo mismo ocurre

con la enfermería universitaria. En este caso, el 50% de los graduados ejerce la profesión en la ciudad y en la provincia de Buenos Aires. Esta situación corrobora una elevada concentración en los grandes centros urbanos, debido a las mayores posibilidades de inserción ocupacional y de desarrollo profesional que ofrecen las aglomeraciones de este tipo (Abramzón, 2005). Desde una perspectiva sanitaria esto no debería ocurrir: áreas geográficas más amplias y con población dispersa requieren de una dotación en recursos

humanos proporcionalmente mayor, a fin de garantizar su cobertura.

Enfermería: el predominio de los auxiliares

La enfermería constituye un grupo profesional heterogéneo, con diversas expectativas y concepciones respecto de lo que deben ser sus funciones, responsabilidades y campos de acción.

Evidencia internacional

Considerando la necesidad de rediseñar los equipos de salud del primer nivel de atención, es recomendable analizar las experiencias de **Brasil** y **Costa Rica**.

Durante la década de 1990, **Brasil** estimuló el fortalecimiento de la atención básica como estrategia para reducir la desigualdad de acceso y fomentar la reorientación del modelo de atención de la salud, que se encontraba excesivamente centrado en la atención hospitalaria. Los mecanismos más importantes utilizados para ampliar la cobertura y reducir las desigualdades interregionales fueron el Piso de Atención Básica (PAB), un mecanismo de transferencia de recursos sobre una base per cápita que constituye la base financiera del Sistema Único de Salud, y el Programa de Salud de la Familia (PSF).

El PSF ofrece atención sanitaria a una población definida, en un territorio determinado, mediante la asignación de pacientes a un equipo multiprofesional, compuesto por al menos un médico, un enfermero, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud (OPS, 2008).

En 2004, se instituyó la política nacional de Educación Permanente en Salud, como estrategia del Sistema Único de Salud (SUS) para la formación y el desarrollo de los trabajadores del sector. Una de sus principales propuestas fue que los procesos de capacitación del personal de la salud comiencen a estar estructurados a partir de la problematización del proceso de trabajo del que participan y que tengan como objetivo la transformación de las prácticas profesionales y la organización del trabajo (Pavanelli von Gal de Almeida y Ferraz, 2008).

Para el caso específico del personal de enfermería, en 2000 se formuló el Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería (PROFAE). Este proyecto es una iniciativa del Ministerio de Salud, a través de la Secretaría de Gestión de Inversiones en Salud, que se propone desarrollar una política más amplia de valorización profesional de los trabajadores de enfermería. El objetivo del PROFAE es mejorar la calidad de atención hospitalaria y ambulatoria por medio de una oferta de calificación profesional. En este sentido, se propuso reducir el déficit de enfermeros calificados y apoyar la dinamización del mercado de trabajo en el sector salud. Esta iniciativa fue, esencialmente, una política pública frente a un problema de gran magnitud y de alta prioridad para el SUS (Pavanelli von Gal de Almeida y Ferraz, 2008).

En **Costa Rica**, el primer nivel de atención proporciona servicios de cinco programas de atención integral a través de una red de 93 áreas de salud con 783 Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). Estos equipos están conformados por cuatro personas: un médico general, una auxiliar de enfermería, un auxiliar de registros médicos (una especie de secretaria) y un técnico en atención integral de salud (Rodríguez Herrera, 2008).

El desarrollo de los EBAIS en Costa Rica o el acceso al sistema de salud a través de los médicos generalistas son estrategias que no sólo contienen los costos sino que también mejoran los resultados de salud, y fortalecen la promoción y la prevención de enfermedades (Rodríguez Herrera, 2008)..

Los recursos humanos de enfermería en la Argentina están conformados por los licenciados en enfermería, las enfermeras que poseen tres años de estudios y son formadas en instituciones de educación superior universitaria o escuelas técnicas, y los auxiliares de enfermería, que sólo cuentan con un año de instrucción (formación a la que podía accederse hasta 2006 con educación primaria completa pero que partir de la sanción de la Ley Nacional de Educación comenzó a exigir la educación secundaria).

El nivel de profesionalización de los recursos humanos de enfermería es bajo, dada la prevalencia de auxiliares sobre el resto de las titulaciones. La distribución promedio según la titulación alcanzada en todo el país, con independencia del sector en el que se ejerce la profesión (público o privado), arroja un 7% de licenciadas/os, 30% de enfermeras/os profesionales y un 63% de auxiliares. Si se analiza la proporción de titulaciones en cada sector, se mantiene esta tendencia: según información provista por los Departamentos de Enfermería provinciales en junio de 2008, de 65.806 trabajadores de enfermería en el sector público, los licenciados/as de grado universitario representan el 7% (4.801); los enfermeros/as profesionales, el 30% (19.598), y los auxiliares en enfermería, el 63% (41.407).

Al analizar el peso relativo del personal de enfermería en el sector público por jurisdicción, si bien se corrobora la tendencia general (la mayoría de las provincias tiene un alto porcentaje de auxiliares), se detectan importantes diferencias entre jurisdicciones. Tales diferencias verifican un máximo de un 92%, para el caso de Santiago del Estero, y un mínimo de 35%, para la provincia de Entre Ríos.

De acuerdo con los fundamentos del proyecto de ley de Enfermería (Expediente: 0028-PE-2008), la situación es crítica en provincias como Corrientes, Catamarca, San Luis y la mencionada Santiago del Estero, con una alta proporción de auxiliares (90% promedio). Con porcentajes que superan el 80%, se hallan Misiones, Chaco, La Pampa y

La Rioja, y son seis las jurisdicciones que poseen valores por encima del 70%: Río Negro, Tucumán, Buenos Aires, San Juan, Formosa y Chubut. Por debajo del promedio nacional (63%) se encuentran, además de Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz, Jujuy, Neuquén, Santa Fe, ciudad de Buenos Aires y Córdoba.

¿Qué hay que cambiar en la formación de los recursos humanos?

La falta de un plan estratégico de salud a nivel nacional también repercute en la formación de los trabajadores, que no son capacitados de acuerdo con los requerimientos de los servicios y de las necesidades de salud de la población. Ello se traduce en una **falta de planificación de la matrícula universitaria en concordancia con las políticas de salud**. El crecimiento de las instituciones privadas en la década de 1990 complejizó las posibilidades de regulación de los perfiles de formación, aún cuando existen organismos de control de la calidad educativa en la cartera de educación.

La información para el año 2008, última disponible, indica que en nuestro país se encuentran funcionando 29 carreras de Medicina, de las cuales el 40% es de gestión estatal y el 60%, de gestión privada. En total, son 71.154 los jóvenes estudiantes de la carrera, y el 88% de ellos acude a universidades públicas. La Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires es la que concentra el mayor porcentaje de estudiantes de medicina, con el 40% del total del país (Galli, 2009).

La articulación entre el sistema de salud y las instituciones universitarias se realiza a través de acuerdos programáticos, es decir, modos de cooperación y trabajo conjunto para determinados programas de formación de profesionales que se llevan adelante en las distintas jurisdicciones. Para el caso de las residencias médicas, algunas provincias cuentan con acuerdos con las universidades para el dictado de los contenidos teóricos de la especialidad.

Por ejemplo, como parte del programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS), en 2004 se implementó el posgrado en Salud Social y Comunitaria. Los contenidos fueron desarrollados desde el Ministerio de Salud, y los cursos han sido dictados en conjunto por las Facultades de Medicina de todo el país. La oferta formativa está dirigida a profesionales que pretenden insertarse en los Centros de Atención Primaria (CAP), distribuidos en todo el país.

También existe en el marco del Ministerio de Salud una Comisión Interministerial Salud-Educación, en la que se propone una política de articulación entre ambos sectores, que oriente los procesos de formación técnica según criterios compartidos, y promueva una articulación entre el otorgamiento de validez nacional de los títulos y la emisión de la matrícula nacional para el ejercicio de la profesión. La Comisión trabaja desde 2002, a partir de un convenio que se estableció entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, y se encuadra en la normativa vigente (Ley Nacional de Educación, Ley de Educación Técnico Profesional y Ley de Educación Superior) (Duré, 2009b).

A su vez, se realizan actividades de formación continua desde distintas organizaciones, tales como universidades, sociedades científicas y colegios médicos. En líneas generales, se ofrecen cursos y se organizan jornadas de actualización en diversas especialidades, fundamentalmente ligadas con la actualización clínica. **Las propuestas de formación, sin embargo, no se encuentran integradas entre sí**, y es el profesional quien debe acreditar la formación ante el organismo que corresponda (Galli, 2009).

En los últimos años, también se observa un crecimiento de las propuestas de formación por medio de la modalidad de educación a distancia, que muchas veces cuentan con el aval de organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De la misma manera, se registran ini-

ciativas desde los Ministerios de Salud de las provincias, encuadradas en la noción de educación permanente, y que apuntan a fortalecer capacidades de gestión, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud. **El Ministerio de Salud de la Nación ofrece capacitación y actualización a través de sus programas pero de una manera fragmentada** (FEAPS-Remediar, Epidemiología, etc.).

En relación con la formación de posgrado, las residencias, como en muchos países, tienen un rol preponderante para la especialización médica. Si bien la Argentina cuenta con un sistema que regula su funcionamiento, generalmente la demanda excede a las plazas disponibles. Esta situación se agrava toda vez que los exámenes de ingreso a las residencias son jurisdiccionales y difícilmente puedan los profesionales presentarse en más de dos, por razones de simultaneidad. El funcionamiento del régimen de residencias también refleja la falta de planificación que afecta al sector en su conjunto.

Como sugiere Bonazzola (2008), **la coordinación entre educación y salud es fundamental para promover el equilibrio numérico de los graduados, la adquisición de las habilidades más apropiadas y la distribución territorial con llegada a las poblaciones más vulnerables. Asimismo, es clave para contribuir a desarrollar las condiciones de posibilidad de una educación continua de calidad en todo el territorio nacional**.

En esta línea, los organismos estatales encargados de la gestión sanitaria deben promover acuerdos para profundizar las reformas curriculares iniciadas en algunas Facultades de Medicina, a fin de incrementar la vinculación de la teoría con la práctica, la formación integral, el enfoque por resolución de problemas, el desarrollo del juicio crítico y la aptitud para el trabajo en equipo de los estudiantes.

A su vez, debe profundizarse el proceso de capacitación de profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención. En el marco de la estrategia de atención pri-

maría, el objetivo es alcanzar un punto de equilibrio entre la generalidad y la especialización en los sistemas prestadores, tal cual fue acordado en el marco de las Metas Regionales 2007-2015².

Finalmente, la mayoría de las prácticas asistenciales de grado y posgrado de universidades públicas y privadas se lleva adelante en efectores del sistema público de salud, siendo necesaria una interacción más estructural a partir de la cual se puedan capitalizar esas prestaciones para brindar a las universidades una mayor orientación en los contenidos de formación de grado y posgrado hacia las necesidades de los servicios.

Evidencia internacional

Desde 2002 existe en **Canadá** el Foro de Planificación de Recursos Humanos de Salud del Oeste y Norte. En él, los Ministerios de Salud y de Educación Superior de las provincias del Oeste y Norte del país exploran las oportunidades para la coordinación y la planificación de iniciativas conjuntas en el área de recursos humanos de salud. Desde su creación, el Foro ha llevado a cabo numerosos proyectos con fondos recibidos desde el programa Estrategia de Recursos Humanos de Salud de Canadá (un iniciativa dirigida a atraer, preparar, desplegar y retener profesionales de la salud altamente capacitados). Los proyectos financiados a través del Foro incluyen la elaboración de perfiles estandarizados para describir las competencias básicas para las enfermeras licenciadas, el mejoramiento de prácticas para la educación clínica, una red de colocación para las Ciencias de la Salud y un proceso de evaluación para los egresados médicos de otros países (Canadian Institute for Health Information, 2007).

² Las Metas Regionales en materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015 fueron acordadas por los países de la región en la 27º Conferencia Sanitaria Panamericana en octubre de 2007, con el objeto de orientar el desarrollo de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud. Se trata de 20 metas dirigidas a mejorar la cantidad, calidad y distribución de los trabajadores de salud, el desarrollo de capacidades orientadas hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), mejores condiciones de trabajo y regulación de las migraciones y fortalecimiento, y articulación de los sistemas formativos con las necesidades de salud pública.

Contratación de profesionales en el sector público: las consecuencias de la multiplicidad de regímenes

Existen distintas modalidades de contratación de recursos humanos en salud de acuerdo con las jurisdicciones e, inclusive, en su interior. Las tres formas principales son las siguientes:

- La denominada “planta permanente” del Estado, que otorga garantía de estabilidad en los cargos, a los que se accede por concurso. Para la carrera administrativa del personal de planta existen regímenes básicos, un sistema de escalafones, y algunos regímenes específicos, generalmente determinados por características sectoriales que implican las respectivas prestaciones laborales.
- A su vez, se utilizan con frecuencia regímenes de contratación periódicos, con protección social y garantías, tanto amparados en normas de empleo público como en la Ley de Contrato de Trabajo.
- Finalmente, están los regímenes de contratación sin relación de dependencia, sea que se efectivicen por medio de locaciones de servicios o bien como locaciones de obra.

La gran heterogeneidad de regímenes laborales dificulta la gestión y la regulación de los modos de contratación.

Sin embargo, existe un problema adicional: **el gran número de formas contractuales transitorias e informales en el sector público, lo que se corrobora con especial predominio entre los médicos** (Bonazzola, 2008). Según el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (2008), de acuerdo con datos obtenidos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) en el 2005, el sector salud alcanzaba en ese entonces un 24,3% de empleo no registrado.

Ahora bien, dentro del personal no registrado del sector, la incidencia de las formas contractuales informales es más elevada en el escalafón profesional (37,8%) que entre los no profesionales (18,9%).

Como un problema adicional, surge que el pluriempleo afecta a profesionales y no profesionales del sector. Sobre la base de datos de la EPH del año 2006, el Ministerio de Trabajo informa que, entre los profesionales de la salud, un 43% tiene dos o más empleos, mientras que en el resto de las profesiones del país (excluyendo al sector salud) ese número no alcanza el 14%. Esta misma tendencia se verifica entre los empleados no profesionales, y para el total del sector.

Las diferencias que existen en materia salarial y de condiciones de trabajo entre las distintas provincias incrementan los procesos de migración de los trabajadores más calificados hacia las jurisdicciones con mejores posibilidades de atracción y retención del personal de la salud, lo que refuerza las inequidades interprovinciales.

Ello genera subsidios entre provincias formadoras de recursos humanos y bajos salarios y provincias económicamente más desarrolladas pero que carecen de instituciones de formación sanitaria.

Un elemento clave para delinear un modelo sustentable institucionalmente es la implementación de carreras profesionales en las jurisdicciones. Sin embargo, también encontramos regímenes de diversas características:

- Regímenes de carrera que involucran sólo a los profesionales de la salud con grado universitario, que pueden ser exclusivos para médicos o incluir alguna o todas las disciplinas universitarias del equipo de salud.
- Regímenes de carrera dirigidos al equipo técnico profesional (“personal de blanco”), cuyo ámbito de aplicación incluye a los trabajadores con tareas relacionadas con la atención directa de la salud, y que exigen como formación de origen nivel superior universitario y no universitario.
- Regímenes de carrera que incorporan a todo el personal del Ministerio de Salud de la provincia, con independencia de la función,

incluyendo al personal administrativo y de servicios, y de mantenimiento.

- Trabajadores de la salud incorporados al régimen general provincial de empleo público, lo que implica que los trabajadores de la salud están incluidos en el estatuto del personal de la administración pública provincial.

En el Plan Federal de Salud, suscripto por todos los ministros de las provincias argentinas como un compromiso para el período 2004-2007, se preveían líneas estratégicas dirigidas a promover la aplicación de distintas instancias para efectivizar las carreras hospitalarias o de salud. Concretamente, se aspiraba a que “... el mérito profesional, la formación permanente y el aporte a la investigación y a la docencia sean los elementos que determinen el acceso a los cargos del sistema de salud de cada una de las jurisdicciones desincentivando la precariedad laboral”.

Al momento de formular el Plan, las particularidades locales dificultaban la concreción de la iniciativa. Actualmente, la situación no ha cambiado.

Evidencia internacional

En 2006, en **Brasil** se aprobaron las directrices nacionales para la institución de Planes de Carreras, Cargos y Salarios en el Sistema Único de Salud (PCCS/SUS). Las directrices del PCCS/SUS incorporan un conjunto de principios históricamente reivindicados en el ámbito del SUS: la universalidad de los planes de carrera; la equivalencia de los cargos o empleos; el concurso público de pruebas o de pruebas y títulos, como única forma de ingreso al servicio para el ejercicio de cargos o empleos y acceso a la carrera, con excepción de la selección pública para agentes de salud y endemias; la movilidad, entendida como la garantía de tránsito del trabajador del SUS por las diversas esferas de gobierno; la flexibilidad; la educación permanente; la evaluación del desempeño; el compromiso solidario, dado que el plan de carrera es un convenio firmado entre los gerentes y los trabajadores en pro de la calidad de los servicios; el profesionalismo y la adecuación técnica del profesional a las necesidades de los servicios de salud. En 2006, 12 secretarías estatales de salud ya poseían sus respectivos PCCS/SUS (OPS, 2008).

La regulación del ejercicio profesional: ¿más fragmentación?

Si bien aún se encuentra en vías de implementación, la Resolución MSAL 83/07 crea el **Sistema Nacional de Información Sanitaria**, que cuenta entre sus componentes a la Red Federal de Registros de Profesiones de Salud (Acta COFESA, 3-09). De esta manera, hasta tanto esta normativa no sea de aplicación general, la **matrícula profesional seguirá siendo otorgada por los distintos Ministerios de Salud o los colegios médicos de cada jurisdicción, sin que exista una instancia de coordinación de este registro** (Mera, 2007). Es decir, si bien la matrícula seguirá siendo otorgada por las provincias porque es parte de sus competencias, se debería unificar el registro.

En relación con la regulación del ejercicio profesional, la autoridad sanitaria nacional sólo ejerce jurisdicción efectiva en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires. En el interior del país se corroboran casos en los que los Ministerios provinciales ejercen esta potestad y otros en los que el gobierno local ha delegado esta función en entidades médicas de ley, habitualmente denominadas “colegios” (Mera, 2007).

Así, vemos que el interés por el control del ejercicio de la profesión médica no pertenece únicamente a los organismos del Estado. Ciertas cuestiones como la matrículación, la certificación, recertificación, y la acreditación, constituyen la llave de acceso al trabajo legal, y a la contratación con los efectores de salud. Debido a ello, diversas organizaciones corporativas profesionales (colegios profesionales y asociaciones de especialidades) ostentan un significativo y una gran responsabilidad por haber recibido de las autoridades provinciales la delegación de facultades para otorgar la matrícula profesional o la certificación de especialidad.

Como resultado de este sistema, en el que se carece de una autoridad nacional que regule el registro de los profesionales de la salud, **estos reconocimientos tienen validez**

solamente en la jurisdicción de origen, por lo que contribuyen con la fragmentación (Bonazzola, 2008).

Una debilidad adicional de la escasa normativa que regula el ejercicio de las profesiones en el campo de la salud en el país es su orientación por los lineamientos de la profesión médica, que se constituye en la trazadora de las prácticas del resto de los profesionales (Abramzón, 2008).

Siguiendo a Bonazzola (2008), una primera cuestión pendiente en la Argentina es la elaboración de una ley marco de las profesiones de salud. En este sentido, se podría profundizar la homogeneización del reconocimiento de profesiones de grado y especialidades para todo el país teniendo en cuenta las existentes en otros países y la compatibilización con los integrantes del MERCOSUR, tarea que ha empezado a desarrollarse desde el Subgrupo de Trabajo (SGT) N°11 "Salud" del Mercosur (Bonazzola, 2008). **En definitiva, la sanción de un marco integral de referencia permitiría evitar la dispersión normativa y, paralelamente, contemplar las necesidades derivadas de la integración regional.**

Evidencia internacional

España posee la Ley 44/2003 que regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio, a la estructura general de la formación de los profesionales, a su desarrollo profesional y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto de las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud. Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

Ante tanta fragmentación, se necesitan espacios de concertación

En la Argentina hay una carencia de espacios de concertación entre los distintos organismos de gobierno, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y otros actores del sector.

Los escasos ámbitos de concertación que existen son acotados a determinadas áreas y funcionan de manera fragmentada y no sistemática. En particular, se verifica la falta de espacios de discusión que reúnan a los referentes jurisdiccionales con los responsables de la formación de los recursos humanos del sector. El diálogo con los representantes gremiales también está limitado por la fragmentación de los interlocutores a nivel jurisdiccional, sobre todo entre los profesionales. De hecho, el sector no cuenta con representantes que tengan alcance nacional.

No obstante, podemos encontrar ejemplos de espacios de concertación destinados a trabajar sobre alguna de las cuestiones pendientes en el sector.

En 2002, los Ministerios de Salud y de Educación, Ciencia y Tecnología firmaron un

convenio a partir del cual fue creada una Comisión Interministerial (Resolución MSAL 296/02) con el fin de viabilizar proyectos de cooperación educativa. Su principal objetivo es normalizar las carreras de formación técnico-profesional en el sector salud, dada la fragmentación existente en la formación de los auxiliares y técnicos. Desde entonces, esta Comisión se propone articular entre ambos Ministerios los perfiles, alcances del título, bases de organización curricular y carga horaria mínima de las profesiones reguladas por el Estado, y los criterios y estándares que deben cumplir las instituciones que realicen ofertas de formación técnico-profesional, exceptuando las universitarias y la formación docente.

En 2006 se creó la **Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud** (Resolución MSAL 1.105/06), con participación, entre otros, de los Ministerios provinciales de Salud, los colegios médicos y la Academia Nacional de Medicina. Los objetivos de la Comisión están dirigidos a establecer, para todas las jurisdicciones del país, las profesiones de grado universitario y las especialidades que deben integrar el equipo de salud, con el fin de que estén enmarcadas en la

Evidencia internacional

Costa Rica cuenta con un ámbito de concertación, el Consejo Sectorial de Salud, que nuclea a las instituciones de gobierno involucradas con la planificación de los recursos humanos de salud –incluido el Ministerio de Planificación Económica y la Universidad de Costa Rica– y a la Federación de Consejos Profesionales. Con amplias funciones, el Consejo se ocupa de la elaboración de propuestas políticas, de planificación, investigación, información, capacitación y negociación en temas de recursos humanos.

En **Brasil**, la Mesa Nacional de Negociación Permanente del Sistema Único de Salud, con representación de la administración federal, los empleadores privados y las entidades de trabajadores, tiene un rol ligado con la gestión del trabajo y la resolución de conflictos, así como la atención de los planes de carrera y condiciones de trabajo del personal de la salud.

El Foro Marco para el Diálogo Social de **España**, dependiente de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, tiene un carácter y representación similar al de la Mesa Nacional de Negociación Permanente de Brasil. Es responsable de desarrollar las actividades de planificación y de diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud.

En **Canadá**, el ámbito de discusión y concertación es de carácter general para todos los aspectos involucrados en la salud y la asistencia sanitaria, y está presidido por el Primer Ministro. También existe un Foro de Planificación de Recursos Humanos de Salud del Oeste y Norte, que involucra a las carteras de Salud y Educación.

estrategia de Atención Primaria de la Salud y el Plan Federal de Salud (Ministerio de Salud, 2008). Desde entonces, esta Comisión trabaja en la definición de un listado de especialidades médicas, especialidades odontológicas y multiprofesionales. No obstante, resta analizar y definir un listado para otras profesiones de la salud, como por ejemplo bioquímica, farmacia, psicología, kinesiología y enfermería, y homogeneizar los mecanismos de certificación de las especialidades en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud, 2008).

Una última experiencia que merece ser mencionada es la creación del **Sistema Nacional de Acreditación de Residencias** en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución MSAL 450/06). Esta iniciativa responde a la falta, tanto por factores de organización como normativos, de armonización federal en la formación de los recursos humanos, de modo tal que se aseguren mínimos estandarizados sostenidos en el tiempo.

Recomendaciones

- **Trascender la mirada de corto plazo y debatir una Ley Federal de Salud** que defina derechos y responsabilidades, lineamientos, prestaciones comunes y espacios de concertación para el diseño de las políticas de salud y la formación de los recursos humanos del sistema.
- **Fortalecer el sistema federal de información de recursos humanos del sector salud y desarrollar un Observatorio de Recursos Humanos** que analice participativamente los requerimientos del sistema. Si bien se encuentra en marcha la construcción de un Sistema Nacional de Información de Salud, es fundamental que su implementación garantice el compromiso de todas las jurisdicciones con la provisión y difusión de la información.
- **Desarrollar un marco normativo para la regulación del ejercicio profesional** es un paso ineludible para lograr condiciones equi-
- valentes para el reconocimiento de las certificaciones en todo el país (de la misma manera que ocurre con las titulaciones de grado universitario). La formación técnica y la certificación de especialidades deberían alcanzar una armonización tal que permitiera la libre circulación en todo el país y el reconocimiento recíproco de certificaciones y titulaciones en las distintas jurisdicciones. Este objetivo requiere que los procesos de acreditación y de desarrollo curricular se realicen en forma conjunta entre las diferentes jurisdicciones y las autoridades educativas, para lo cual se deben ampliar las competencias de los ámbitos institucionales de consenso. Una ley marco de profesiones sanitarias aportaría un ordenamiento a la regulación, con independencia de si ella se implementa en los Ministerios o colegios profesionales, y permitiría reencauzar la responsabilidad pública de rectoría.
- **Redefinir nuevos equipos de salud**, que debieran constituirse de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria de la Salud. A este efecto, es requisito atender a la profesionalización de la enfermería para posibilitar una ampliación de sus responsabilidades formales en los servicios y en la comunidad. Para ello, los esfuerzos deben orientarse a redefinir estratégicamente las funciones específicas de cada profesional en los equipos, y a revalorizar las acciones de prevención y promoción de la salud.
- **Incrementar la cantidad de enfermeros** a efectos de revertir la tendencia vigente de primacía de médicos por sobre las restantes profesiones y, de este modo, cumplir con la relación médicos/enfermeros establecida en las metas regionales (1 a 1).
- **Desarrollar estrategias de distribución equitativa de profesionales** de la salud en todo el país, considerando las necesidades regionales. Para ello, el Estado nacional debería financiar un salario mínimo y un sistema de compensaciones dirigidos a los trabajadores que se inserten en áreas rurales o en centros de atención primaria (CAP).

- **Mejorar las condiciones laborales** a través de estrategias de carrera que incentiven la inserción principalmente en puestos vinculados con la Atención Primaria de la Salud. La definición de un marco de carrera sanitaria nacional para los profesionales de atención primaria, que favorezca al médico generalista, podría ser un punto de partida para otro marco que se extendiera a todos los profesionales de los restantes niveles de atención.

- **Converger a un modelo uniforme de contratación de recursos humanos** que garantece igualdad de derechos y responsabilidades por función, lo que contribuiría a garantizar niveles de cobertura acordes con las necesidades de la población.

- **Implementar estrategias coordinadas de formación entre provincias y subsistemas** que amplíen los espacios de consenso entre las áreas de salud y educación, y que incentiven la formación de los equipos. A este efecto, se sugieren las siguientes recomendaciones:

- **Formación de grado.** El trabajo intersectorial consolidado en la formación técnica debería extenderse a la formación de grado en forma progresiva. Para ello, se podría conformar una comisión interministerial que incluya instituciones del ámbito universitario. Si bien es importante repensar el perfil de formación de los médicos y enfermeras es necesario realizar este esfuerzo en conjunto con una redefinición de las otras carreras

que integran los equipos de salud. La meta, entonces, debería ser la integración interdisciplinaria desde el nivel de grado.

- **Formación de posgrado.** Dirigir esfuerzos a formar los equipos vinculados con los problemas prevalentes, tanto en el sector público como en el privado que presta servicios a través de la seguridad social. La lógica que guía este enfoque asume que los procesos de capacitación son una manera de integración de un sistema fragmentado.

- **Escuela de Salud Pública.** Una escuela de Salud Pública jerarquizada es necesaria para la formación de nuevos gerentes sanitarios y para la capacitación de los trabajadores de la salud. Es, en definitiva, un medio para que puedan llevarse adelante los cambios necesarios en nuestro fragmentado sistema de salud.

Recuperar esta institución dependiente del Ministerio de Salud, que supo ser líder en la formación de equipos sanitarios; redefinir los equipos de salud en línea con la estrategia de atención primaria de la salud; alentar estrategias coordinadas entre las jurisdicciones; promover marcos normativos que colaboren en el desarrollo profesional de los recursos humanos, y contribuir a articular los ámbitos de producción del conocimiento en salud pública permitiría la formación de profesionales consustanciados con las políticas sanitarias, una pieza ineludible para apuntalar el desintegrado sistema de salud argentino.

Bibliografía consultada

Abramzón, Mónica: *Argentina: recursos humanos en salud en 2004*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Buenos Aires, 2005.

Bonazzola, P.: "Argentina: Recursos Humanos en Salud: Contexto y Regulación", en Pierantoni, C. L.: *Trabalho e educação em saúde no Mercosul*, Brasília, DF: Ministério da Saúde; Editora Europa, Rio de Janeiro, 2008.

Canadian Institute for Health Information: *Canada's Health Care Providers*, 2007. Ottawa, Ontario, 2007.

Duré, Isabel (coord.): *Políticas de Salud. La carrera sanitaria en la Argentina*, Observatorio de Políticas Públicas del Cuerpo de Administradores Gubernamentales, Jefatura de Gabinete de Ministros, Buenos Aires, noviembre de 2009a.

Duré, Isabel: "Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: la situación en Argentina", en Pronko, M. A. y A. D'Andrea Corbo: *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL*, EPSJV, Río de Janeiro, 2009b.

Galli, A: "Situación actual de la educación médica en Argentina", en *Educación Médica*, Vol. 12, N°1, marzo de 2009.

García-Pérez, M. A. et ál: "Distribución geográfica de los médicos en España y su evolución temporal durante el período 1998-2007", en *Revista Española de Salud Pública*, N° 2, marzo-abril de 2009.

Maceira, Daniel: *Fragmentación e Incentivos en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe*, Working Paper N.335, Office of the Chief Economist, Inter-American Development Bank, Washington DC, USA, 1996.

Mera, J. (coord.): *Bases para un Plan de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud de la Nación*, Organización Panamericana de la Salud(OPS), Buenos Aires, 2007.

Ministerio de Salud, Actas COFESA, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud.: *Profesiones de Grado Universitario. Especialidades*, Buenos Aires, 11 y 12 de septiembre de 2008. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/anexo-8-03-08.pdf> .

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social: Situación Ocupacional de los Trabajadores del Sector Salud, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2008.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007 -2015*, Washington DC, EUA, 2007.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Perfil de los sistemas de salud. Brasil. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud*, Brasilia, D.F., Brasil, 2008.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Perfil del sistema de servicios de salud de Costa Rica*, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, San José, Costa Rica. 1^{ra} edición, 2 de febrero de 1999; 2^{da} edición, 27 de mayo de 2002.

Pavanelli von Gal de Almeida, L. y Ferraz, C. A.: "Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem", en *Revista Brasileira de Enfermagem*, jan-fev; 61, Brasilia, 2008.

Tobar, Federico (coord.): *Reforma de los sistemas de salud en América Latina*, Isalud, 1997.

Acerca de los autores

Daniel Maceira: director del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciado en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctor en Economía, Boston University. Investigador del CEDES/CONICET.

Cintia Cejas: coordinadora del Programa de Salud de CIPPEC. Licenciada en Ciencias Políticas con orientación en Procesos Políticos, Universidad Católica Argentina (UCA). Candidata a Magíster en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO).

Si desea citar este documento: Maceira, Daniel y Cejas, Cintia: "Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional", *Documento de Políticas Públicas/Recomendación N°82*, CIPPEC, Buenos Aires, julio de 2010.

Las publicaciones de CIPPEC son de distribución gratuita y se encuentran disponibles en www.cippec.org . No está permitida su comercialización.

La opinión de los autores no refleja necesariamente la posición de todos los miembros de CIPPEC en el tema analizado.

Acerca de CIPPEC

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente, apartidaria y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en la Argentina. Su desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de **Desarrollo Social, Desarrollo Económico, Fortalecimiento de las Instituciones, y Gestión Pública**, a través de los programas de Educación, Salud, Protección Social, Política Fiscal, Inserción Internacional, Justicia y Transparencia, Desarrollo Local, y Política y Gestión de Gobierno.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de Alliance for Health Policy and Systems Research (Alliance HPSR), World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Notas

