



EDITORIAL

Desafíos en la formación de recursos humanos en salud

Challenges in the formation of human resources for health

Desafios na formação de recursos humanos em saúde

DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.2.1532>

La gestión de los Recursos Humanos para la Salud (RHS) siempre ha representado un reto trascendental en los sistemas de salud. Los retos de la gestión de los RHS estriban principalmente en que representan, en conjunto, al rubro mayor de gasto (entre 60 y 80 %) en cualquier sistema de salud. Además, son el único recurso en el sistema que tiene conciencia de sus actos y responsabilidades, así como de las consecuencias de cumplir o no con ellos.

Thomas Hall, epidemiólogo norteamericano, y Alfonso Mejía, médico colombiano, coincidieron en la Organización Mundial de la Salud a finales de la década de los 70. En colaboración publicaron el trabajo *Planeación de Recursos Humanos en Salud: Principios, Métodos y Temas*, un documento fundamental en la discusión sobre los beneficios y retos de planear los recursos humanos para la salud; el escrito ha servido como punto de referencia para muchos analistas a lo largo de los últimos 40 años¹.

El libro no solamente propone metodologías para hacer prospectiva de la disponibilidad de recursos humanos a través de diferentes estrategias, sino también

considera un conjunto de aspectos sociales, culturales y políticos que influyen en las decisiones sobre cómo entrenar o bien cómo realizar la gestión de los recursos humanos con una profundidad muy adelantada para su tiempo. La publicación data de los años previos a las reformas de los sistemas de salud, cuando todavía se vivía con la confianza en los estados y gobiernos como organismos capaces de tomar decisiones para cambiar el curso de los hechos en los sistemas de salud; por lo tanto, se consideraba que la planeación a mediano y largo plazo sí era posible.

Sin embargo, las reformas de los sistemas de salud de los años 90, implícita o explícitamente, plantearon que la asignación de recursos en el sistema de salud podría seguir la lógica de la oferta y demanda como en una estructura de mercado. Pero los sistemas de salud, por definición, son mercados imperfectos, los cuales deben ser regulados por el estado. Además, los mercados laborales presentan una naturaleza profundamente política, pues los individuos tienen necesidades e intereses que defender y buscan agruparse con otros individuos para ser capaces de influir en las decisiones que puedan afectarles desde la estructura de decisión institucional.

Este choque de perspectivas ha dado origen a la realidad de los recursos humanos en salud que hoy día observamos. En México, es importante destacar la falta de un plan de desarrollo de recursos humanos en salud, por lo que las fuerzas del *mercado*, es decir, las escuelas formadoras y las instituciones empleadoras, establecen metas a cumplir, según sus propios recursos o prioridades; además, no tienen acuerdos estratégicos sobre el volumen de recursos a producir ni sobre la orientación de su entrenamiento. Por tal motivo, es fundamental entender que, en la formación, la participación de las escuelas privadas es cada día mayor, tanto en

número de instituciones como en la cantidad de egresados. Una porción reducida de escuelas privadas entiende la formación de profesionales de la salud desde una visión de compromiso social, del cual se puede obtener un beneficio económico; pero en la actualidad, la gran mayoría lo entiende como un nicho de mercado conveniente, es decir, un negocio lucrativo.

En secundario a lo antes expuesto, tenemos la demanda de recursos humanos representada por las instituciones de salud. En México, la Ley Federal del Trabajo establece diferencias para la contratación de trabajadores de la salud vinculados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o a la Secretaría de Salud (SSA), así como a otras instituciones públicas. Los primeros gozan de beneficios como tener un contrato colectivo, prestaciones por encima de las establecidas en la ley laboral y una representación sindical, la cual negocia a nombre del conjunto de trabajadores; mientras que los segundos no gozan de esos beneficios o lo hacen de manera parcial. En los últimos 20 años, la Secretaría de Salud ha contratado personal a través de contratos temporales y sin beneficios de ley para cubrir las brechas de disponibilidad existentes.

Esta precariedad laboral se ha expandido entre los trabajadores de la salud; en el caso de enfermería, ha sido posible cuantificar los casos ². La precariedad implica tener una vinculación laboral en condiciones donde no se cumplen los lineamientos establecidos por la ley ni por la Organización Internacional del Trabajo. Se ha mostrado que la precariedad reduce la capacidad de los trabajadores para prestar servicios de calidad, así como la motivación de comprometerse con los objetivos institucionales y el cuidado de la salud de personas.

La pandemia de COVID-19 implicó para muchos países buscar mecanismos a fin de incorporar nuevos recursos humanos al sistema de salud, con el objetivo de reforzar la capacidad de la estructura de servicios para hacer frente a la demanda de atención generada a causa de la pandemia. De acuerdo a los datos del Banco Mundial, la disponibilidad de médicos por cada 1 000 habitantes en Dinamarca era de 4.2 y la de México de 2.4 previo a la pandemia³. En el caso del personal de enfermería la disponibilidad por cada 1 000 habitantes era de 10.5 en Dinamarca y la de México de 2.8⁴. La capacidad de cada país de responder a la pandemia estuvo relacionada con un sistema de salud adecuadamente financiado, que tuviera cobertura universal y con disponibilidad suficiente de recursos humanos. Las diferencias de dotación de ambos grupos son relevantes, pero de manera particular la diferencia entre los grupos de enfermería es enorme. Si bien se podría plantear que la disponibilidad de Dinamarca es demasiado alta, en México es posible que sea demasiado baja. Por lo tanto, llegar a tener un sistema de salud como el de Dinamarca implica, entre otras cosas, tener una dotación de recursos humanos conveniente.

La adecuada planeación de recursos humanos para la salud en el país enfrenta otros dos grandes retos relacionados a la estructura del sistema de salud. Por un lado, la segmentación y, por otro, la falta de un modelo de Atención Primaria a la Salud (APS). La universalidad de los servicios en el sistema de salud moderno mexicano inició en 1943 con la inauguración tanto del Instituto Mexicano del Seguro Social como de la Secretaría de Salud Federal. La segmentación implica que ambas instituciones cubren a distintos grupos de población y cuentan para ello con una

disponibilidad diferencial de recursos. La segmentación crea inequidades e ineficiencias sistémicas en el uso de recursos públicos.

La asignación de recursos humanos ha sido diferenciada desde los inicios de la creación del sistema, tal como se comentó líneas arriba. El mecanismo de contratación, la seguridad laboral y el paquete de beneficios siempre favorece al IMSS. Planificar los recursos humanos para todo el sistema a partir de este arreglo institucional resulta poco menos que imposible, porque si no se consideran las diferencias existentes, es posible terminar con la propuesta de un plan que las exacerbe.

De la misma manera, planificar recursos humanos en un modelo de atención que no está basado en la Atención Primaria a la Salud, plantea la necesidad de cuestionarse la concentración de recursos humanos en unidades hospitalarias y no en unidades de primer nivel de atención. Desde Alma Ata en 1978 hasta Astana en 2018, la Organización Mundial de la Salud ha insistido en que la forma más eficiente, costo-efectiva y sustentable de organizar los sistemas de salud es alrededor de un modelo tipo APS. Sin embargo, los países que más han consolidado este tipo de modelo son naciones con ingresos altos como Canadá, Inglaterra o Dinamarca; mientras que en América Latina, pocos países han logrado mover el sistema de salud en esa dirección. México no es uno de ellos.

Por lo antes expuesto, es importante formar recursos humanos en salud que puedan abordar y resolver situaciones de salud futuras; en la posibilidad de que el sistema modifique su estructura (tal vez se unifique) o bien cambie su modelo de atención. Los recursos humanos deben jugar un papel activo en la transformación

del sistema y quizá la siguiente reforma implique cambiar el modelo de atención, con la participación activa de los trabajadores de la salud.

Entre los modelos que Hall y Mejía¹ propusieron para planificar recursos humanos, se rescata el uso de las necesidades como criterio fundamental para iniciar dicho proceso. La propuesta vuelve a retomarse décadas después. En la actualidad existe el planteamiento de que el modelo de atención debe enfocarse en responder a las necesidades de salud de la población⁵. Las necesidades se han caracterizado en los últimos 25 años por delinear un perfil orientado en enfermedades crónicas, lo cual demanda un modelo preventivo, anticipatorio y recursos humanos entrenados en esta perspectiva. Los recursos humanos deben ser entrenados en áreas de especialidad de necesidades específicas, con una capacidad ampliada de acción en temas de gestión y liderazgo, propuesta que se ha buscado promover a través del modelo de Enfermería de Práctica Avanzada.

La formación de recursos humanos para la salud tiene una gran responsabilidad que asumir para anticipar estas necesidades y lograr convertir al egresado en un agente activo del desarrollo de un nuevo modelo de salud. No hay mucho que inventar, pero sí hay mucho que trabajar. La tarea es tomar las recomendaciones y experiencias existentes para adaptarlas a la transformación del sistema de salud de México.

G. Nigenda-López

ORCID [0000-0003-0067-0664](https://orcid.org/0000-0003-0067-0664)

Universidad Nacional Autónoma de México,

Facultad de Enfermería y Obstetricia,

Ciudad de México, México

Referencias

1. Hall TL, Mejía A. Health manpower planning: Principles, methods, issues. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1978. <https://bit.ly/3MXb6nE>
2. Aristizabal P, Nigenda G, Serván-Mori E. The precarization of the Mexican nursing labor market: A repeated cross-sectional analysis for the period 2005-2018. Hum Resour Health. 2019; 17: 87. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0417-x>
3. datos.bancomundial.org. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial; c2023. Datos: Médicos (por cada 1.000 personas)-Mexico, Denmark. <https://bit.ly/46n9t9H>
4. datos.bancomundial.org. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial; c2023. Datos: Enfermeras y parteras (por cada 1.000 personas)-Mexico, Denmark. <https://bit.ly/3sKENS6>
5. Murphy GT, Birch S, Mackenzie A, Rigby J, Langley J. An integrated needs-based approach to health service and health workforce planning: Applications for pandemic influenza. Healthc Policy. 2017; 13(1): 28-42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2017.25193>