La formación de recursos humanos para la salud

CUAUHTEMOC VALDES OLMEDO
Y RICARDO FERRARI GLEASON

1. CAMBIO ESTRUCTURAL DE LA SALUD

En los últimos cinco años, México lleva a cabo una profunda reforma en su sistema de salud connotada, en su aspecto más amplio, en el llamado *cambio estructural de la salud*. Este se concibe como la adecuación de funciones de los diferentes elementos que constituyen el Sistema Nacional de Salud, para deslindar responsabilidades y estar así en posibilidad de promover el bienestar integral del individuo y de la comunidad.

El cambio estructural de la salud se ubica en dos niveles:

El *nivel macro*, que se refiere a la definición del marco social, económico, político, legal y cultural en que se da la prestación de servicios de salud. Aquí se incluyen las grandes concepciones sobre el papel del Estado en la atención

a la salud, el sitio que le corresponde a la salud en el desarrollo socioeconómico, la contribución del sistema de salud a la equidad y justicia social, y la participación relativa de distintos sectores sociales y niveles de gobierno.

El nivel macro del cambio estructural se ha dado a través de cinco estrategias para consolidar el Sistema Nacional de Salud: sectorización, descentralización, modernización administrativa, coordinación intersectorial y participación de la comunidad.

El *nivel micro* del cambio estructural se refiere a la organización específica de recursos para la prestación de servicios; no involucra al sistema de salud en su conjunto, sino que se da primordialmente al interior de cada establecimiento encargado de la producción de servicios de salud; esto es, en los escenarios mismos donde población y sistema de salud entran en contacto.

El cambio a nivel micro involucra aspectos

críticos como la formación, reclutamiento, motivación y supervisión de los recursos humanos para la salud; el desarrollo de tecnologías adecuadas a los patrones epidemiológicos predominantes; la introducción de sistemas ágiles de información; el desarrollo de estructuras concretas para garantizar la calidad de la atención; la implantación y otros insumos para la atención a la salud; la creación de órganos efectivos de gestión y participación de la comunidad; el diseño y aplicación de mecanismos de financiamiento que atiendan no sólo la generación de mayores recursos económicos, sino, primordialmente, la redistribución de servicios con un sentido de equidad y, finalmente, la investigación de fórmulas alternas de organización para identificar la configuración de recursos y servicios que mejores resultados produzca en beneficio de la población.

Así, los recursos humanos constituyen un elemento fundamental del cambio estructural de la salud, toda vez que se puedan tener funciones y estructuras idóneas, pero si éstos no cuentan con los recursos humanos adecuados no podrán generar los resultados que se esperan de ellos.

En este contexto, el sector salud ha actuado en dos grandes direcciones en relación a los recursos humanos: 1) Mejorar la formación de los recursos humanos para la salud con el consenso de las instituciones educativas y en función de las necesidades del Sistema Nacional de Salud, y 2) Adecuar los recursos existentes a los nuevos requerimientos del Sistema Nacional de Salud.

En lo primero ha sido fundamental el de-

sarrollo y operación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; en lo segundo lo ha sido el proceso de homologación salarial y funcional.

2. FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

En México es impostergable superar el problema que se connota como el *desequilibrio de la fuerza de trabajo para la salud*; desequilibrio en cuanto al número de profesionales y de otros trabajadores de la salud, a sus perfiles profesionales y al tipo de personal que se requiere y al que es posible emplear con los recursos financieros disponibles.

El problema del desequilibrio de los recursos humanos en México se ha dado por diversos factores:

- a. Crecimiento acelerado de la demanda educativa y en consecuencia de la población escolar, principalmente de medicina y odontología. El número de estudiantes de medicina pasó de cerca de 30 mil en 1973 a poco más de 90 mil en 1980. A partir de entonces se observa una baja en la demanda y en la población escolar, debida a la aplicación de medidas para limitar el ingreso y para mejorar el rendimiento académico.
- b. Aumento acelerado del número de escuelas de medicina, de enfermería y de odontología, principalmente. Por ejemplo, a principios de siglo había nueve escuelas de medicina en todo el país, para 1950 el número se había duplicado y entre 1971 y 1975 se crearon 19 más; hoy existen 59 escuelas.

- c. Deterioro del proceso educativo, que se manifiesta en alta retención, en baja eficiencia terminal, inadecuación de planes y programas de estudio. Como ya se refirió, desde la década de 1970 se vienen impulsando programas y acciones de superación académica para salvar esta situación.
- d. Falta de correspondencia entre demanda y oferta de trabajo, lo que ocasiona subempleo y desempleo profesional. Puede decirse que si en 1971 prácticamente todo egresado tenía una plaza, en 1984 de cuatro que egresaban sólo había plaza para uno de ellos. Adicionalmente, hay insuficiencias para generar empleo médico tanto en el sector público como en el privado.
- e. Predomina una tendencia a la especialización y se manifiestan presiones sobre los estudios de posgrado en medicina. Entre 1980 y 1986 hubo un promedio de 11,200 aspirantes por año a este nivel de estudios, de los cuales se aceptaron, también en promedio, 2,800 cada año.
- f. Desequilibrio entre las proporciones de profesionales de salud. La relación de médicos a enfermeras es inversa a la que debe ser.
- g. La formación de los recursos humanos tiene una distribución no coincidente con la demanda; ciertas regiones y estados tienen una formación excedente de algunas categorías de personal y escasez de personal de nivel técnico. Otros no forman el personal suficiente.

En México se ha superado la época de los reproches mutuos entre las instituciones de salud y las educativas; por el cual, las primeras reclamaban que estas últimas no formaban ni la cantidad ni el tipo de personal que requería el Sistema Nacional de Salud y, a su vez, las instituciones educativas replicaban que las de salud no conocían sus necesidades.

La conciliación de la capacidad formativa de los recursos humanos para la salud con los requerimientos numéricos y cualitativos del Sistema Nacional de Salud, ha sido un problema que carecía de una instancia formal de solución y cuyas respuestas se han dado mediante la creación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, con el propósito de identificar áreas de coordinación entre las instituciones educativas y de salud en el proceso de formación de recursos humanos; propiciar la orientación en la formación de los recursos humanos conforme al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y promover la adecuada distribución de los recursos humanos en formación.

La comisión es copresidida por los secretarios de Salud y de Educación Pública y se integra con representantes de la Secretaría de Salud, de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de las instituciones del sector salud, de nueve universidades con representación regional,¹ el secretario ejecutivo de la

¹ Estas instituciones son: el Instituto Politécnico Nacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Guadalajara, la Universidad de Sonora, la Universidad de Yucatán, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad Autónoma de Puebla, la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y la Universidad Veracruzana.

Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior, de la Academia Nacional de Medicina, de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud y del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica.

La comisión cuenta con tres comités: de pregrado y servicio social; de posgrado y educación continua, y de programación de recursos humanos.

Entre los logros alcanzados por esta comisión están: la expedición de un reglamento para la instrumentación del servicio social de las carreras del área de la salud; la emisión de normas básicas para la enseñanza de la enfermería y para el internado de medicina; la definición de criterios generales para la elaboración de los planes de estudio de las especialidades médicas, para la admisión de estudiantes a la carreras de la salud y para la acreditación al personal de salud de las actividades de enseñanza continua y de capacitación; la definición de requisitos para la apertura de escuelas en el área de la salud y, por último, la instrumentación anual del examen para la selección de aspirantes a las residencias para la especialización.

Algunos resultados obtenidos son los siguientes: se desconcentró hacia los estados la operación del servicio social, del internado de pregrado y de las residencias para especialización y se consolidó la función normativa de la SSA; se redujo del 23 al 4 el porcentaje de pasantes a los que se les permite realizar el servicio social en el medio urbano; desde 1985 funciona un amplio programa de superación profesional y técnica, a fin de elevar la calidad de servicios y la productividad; se esta-

bleció en 1986 la residencia en atención primaria a la salud; en enero del presente año se creó el Instituto Nacional de Salud Pública, mediante el cual se unifican en una sola institución la Escuela de Salud Pública de México, el Centro de Investigaciones en Salud Pública y el Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas. En particular el Instituto ofrece un medio idóneo para culminar la modernización de esta escuela, lo cual permitirá contar en México con un sitio de alto nivel para formar a las nuevas generaciones de directivos, maestros e investigadores desde una perspectiva propiamente biomédica, de identificación de necesidades de salud y de mejoramiento de los sistemas de servicios de salud; finalmente, se vienen conformando grupos estatales para la programación de recursos humanos en cada uno de los estados de la República.

3. HOMOLOGACION SALARIAL Y FUNCIONAL

Desde los primeros años de la presente administración se puso de manifiesto que, a pesar de la afinidad operativa y funcional de las instituciones que integran el sector salud, éstas contaban con sistemas heterogéneos de remuneraciones a sus trabajadores, lo cual repercutía en importantes diferencias en la política salarial de cada una de ellas. De una parte, el IMSS se rige por el apartado A del artículo 123, por lo que las prestaciones económicas y sus condiciones laborales se establecen a través de un contrato colectivo de trabajo y disposiciones complementarias al mismo. De otra, el resto de las instituciones del sector se rigen por el apartado B, por lo que las prestaciones

económicas y sus condiciones laborales se determinan dentro del marco de la política salarial del gobierno federal.

Fue así que se hizo necesario aplicar políticas salariales similares entre los trabajadores de la salud y terminar con la divergencia que existía entre los sueldos que cada una de las instituciones pagaba a sus empleados, así como tender a uniformar la calidad en los servicios de salud a la población; esto es, homologar no sólo salarialmente, sino también funcionalmente al personal de salud.

La *homologación salarial* implica la nivelación del monto mensual de las percepciones para el personal con funciones similares en cada una de las instituciones del sector. Como complemento a la homologación salarial, la *homologación funcional* contempla la igualdad de requisitos de ingreso, ocupación o promoción de puestos, uniformidad en las jornadas de trabajo; equivalencia en controles de asistencia, puntualidad y permanencia en el trabajo, así como el establecimiento de indicadores uniformes de productividad para cada puesto.

Así, el secretario de Salud sometió, en 1985, a acuerdo del presidente de la República el Proyecto de Homologación Salarial y Funcional, a fin de establecer el equilibrio funcional en la prestación de los servicios de salud a la población e implantar el servicio civil de carrera en las ramas médica, paramédica y afines.

Como corolario a esta iniciativa, el Gabinete de Salud decidió integrar un comité ejecutivo del proceso de homologación, formado por un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, los oficiales mayo-

res de las instituciones involucradas y, como secretario técnico, el director general de Administración de Personal de la Secretaría de Salud. Como resultado de sus trabajos se concertó, en junio de 1985, un convenio que ordenó y calendarizó las acciones a desarrollar durante el proceso de homologación.

El primer paso para lograr el acercamiento salarial con el IMSS se dio por los aumentos otorgados a los llamados nueve puestos críticos en abril y agosto de 1984; un segundo paso ocurrió en agosto de 1984, en el que se otorgó un nuevo incremento salarial a personal de la rama médica, paramédica y afines, a los llamados 23 puestos prioritarios tanto de la SSA como de los institutos nacionales de salud.

El convenio de homologación estableció lo siguiente:

1. Otorgar, a partir de julio de 1985, un incremento equivalente de 12 por ciento de los sueldos originales en promedio; con esto se redujeron las diferencias existentes en esa fecha contra los sueldos del IMSS en 40 por ciento.
2. Aplicar un incremento, con vigencia a enero de 1986, por el cual se redujeron las diferencias salariales existentes a esa fecha en un 50 por ciento, a partir del 1.º de mayo del mismo año dar otro aumento por el que se redujo en otro 30 por ciento las diferencias salariales y, finalmente, otorgar un tercer incremento el 1.º de octubre de 1986, con lo que se logró la homologación total de salarios otorgando el 20 por ciento restante en ese año.

3. Llevar a cabo la homologación salarial en forma proporcional al número de horas de la jornada diaria, tomando como base el que los sueldos del IMSS son equivalentes a ocho horas de trabajo diarias.
4. Integrar un catálogo de puestos único y operable para todas las entidades del sector, a fin de determinar los sueldos tabulares correspondientes a cada puesto. Este quedó integrado por 144 puestos. El nuevo catálogo se estructuró en función del modelo de atención a la salud, con objeto de establecer una congruencia entre las estructuras orgánicas, las plantillas tipo y los puestos, ámbitos de responsabilidad, tramos de control, requisitos de escolaridad y experiencia, funciones e indicadores de productividad.
5. Homologar al personal médico y paramédico que desarrolla sus actividades en áreas no necesariamente clínicas y que se relacionan con la atención a la salud.
6. Establecer un mecanismo para mantener actualizados los tabuladores de sueldos, en virtud de las diferentes fechas en que se aplican los incrementos salariales en las entidades del sector salud, derivadas de las condiciones jurídico-laborales en las mismas.

En su conjunto, el proceso de homologación salarial ha beneficiado a 77,138 trabajadores del sector salud, con un costo total de 28,659.5 millones de pesos, de acuerdo a lo siguiente:

	Plazas	Monto (millones de pesos)
S S A	51 734	18 879.8
I S S S T E	16 412	6 859.7
D D F	7 067	2 788.0
D I F	1 925	132.0
	<u>77 138</u>	<u>28 659.5</u>

4. CAPACITACION

La homologación funcional se estructuró en dos etapas; la primera de ellas tendiente a lograr esquemas de operación de la administración de recursos humanos similares a las de las instituciones del sector que rigen sus relaciones laborales por el apartado B del artículo 123 constitucional; y la segunda tendiente a mejorar en forma directa la eficiencia en la prestación de servicios, ampliando la capacidad de trabajo de los servidores públicos, promoviendo a su vez su desarrollo profesional y técnico, así como estableciendo parámetros de productividad que permitan evaluar con precisión la eficiencia de las unidades de servicio y de los trabajadores que las integran. Para lograr que la homologación salarial y funcional repercuta positivamente en un incremento en la eficiencia en los servicios de salud, la superación profesional y técnica adquiere importancia relevante.

Así, por acuerdo del secretario de Salud, en abril de 1987 se estableció el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.

Con esto se avanza en la homologación funcional del sector, toda vez que las dependen-

cias e instituciones ubicadas en el apartado B del artículo 123 del sector salud unen sus capacidades, experiencias y recursos para sustentar los programas de capacitación bajo normas, criterios y procedimientos homogéneos.

En efecto, el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud tiene por objeto uniformar políticas y criterios, y lograr los apoyos interinstitucionales entre las dependencias y entidades del sector salud regidas por el apartado B del artículo 123 constitucional, para el diseño, emisión y aplicación de las normas, metodologías y procedimientos necesarios y acordes con las que en la materia dicte el gobierno federal, así como programar, concertar y evaluar la ejecución de las acciones que en materia de capacitación y desarrollo lleven a cabo las unidades administrativas y establecimientos de las dependencias y entidades que integren el propio sistema, para incrementar la eficacia, eficiencia y productividad de los servicios y funciones de salud.

El sistema de capacitación está integrado por la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia; los Institutos nacionales de salud y los Comités nacionales mixtos de capacitación de las dependencias y entidades integrantes del sistema; incluye también, por invitación, un representante de la Secretaría de Programación y Presupuesto, de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado y del Departamento del Distrito Federal, a través de su Instituto de Servicios de Salud.

Se pretende con el sistema de capacitación y desarrollo:

- Diseñar, aprobar e implantar las normas, políticas y criterios uniformes para el sector en materia de capacitación y desarrollo de personal.
- Verificar que sean atendidas las orientaciones que en materia de capacitación y desarrollo se deriven de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; de la Comisión Intersectorial del Servicio Civil y de los Comités nacionales mixtos de capacitación de las dependencias y entidades que integran el sistema.
- Promover la coordinación y los apoyos recíprocos de las dependencias y entidades del sistema en las acciones y eventos de capacitación, desarrollo y adiestramiento del personal del sector, tendiendo a un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a tales efectos.
- Evaluar las acciones de capacitación y desarrollo que se emprendan en el marco del sistema, así como recomendar las acciones necesarias para su mejor desempeño.

En congruencia con el sistema, el secretario de Salud expidió un acuerdo de fecha 13 de mayo de 1987, por el que se establece el Centro de Capacitación y Desarrollo de la SSA.

La formalización del centro mediante este acuerdo, permite vigorizar e integrar los esfuerzos de capacitación que realiza la dependencia, toda vez que se contempla tanto lo

relativo a la rama administrativa como la sustantiva. Además, hace recaer en esta unidad la responsabilidad de aplicar los lineamientos y criterios que emanen del sistema de capacitación y desarrollo, así como la certificación institucional de la capacitación.

Adicionalmente a las medidas anteriores, en marzo del presente año se reactivó el Comité Nacional Mixto de Capacitación de la SSA, tal como lo establecen las condiciones generales de trabajo de la dependencia.

Finalmente, en el conjunto de apoyos que organiza la Dirección General de Descentralización y Modernización Administrativa, se participa en el diseño de sistemas de capacitación y desarrollo para los servicios estatales de salud.

5. CONCLUSIONES

La formación de los recursos humanos en las cantidades, perfiles y tipos que requiere el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de los recursos humanos en servicio no puede limitarse a un mero ejercicio cuantitativo. Los

recursos humanos son influidos por un amplio conjunto de factores y circunstancias culturales, sociales, económicas y políticas que desbordan al terreno de la salud y son la resultante de la manera como funciona un sistema de salud; pero, a su vez, deben ser factor para el cambio estructural de la salud.

Son varios los requerimientos para ordenar y orientar la formación y el desarrollo de los recursos humanos para la salud: 1) Tener una perspectiva clara respecto a cómo va a ser el sistema de salud a largo y a mediano plazos en distintos futuros posibles (escenarios) nacionales, estatales y municipales; 2) Conjugación de las instancias políticas y técnicas para orientar y concertar las acciones, tales como: la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud y el proceso de homologación salarial y funcional, y 3) Propiciar la infraestructura y los elementos coadyuvantes idóneos para el desempeño del ejercicio profesional.

Toda esta actividad tiene un solo fin: consolidar el cambio estructural de la salud que el gobierno mexicano se ha planteado para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.