

### Panorama de la Reforma / 4

El impacto de la descentralización sobre la fuerza laboral del sector salud: Perspectivas de los administradores, los trabajadores y los líderes nacionales  
Riitta Liisa Kolehmainen-Aitken

•  
El desperdicio de médicos en México en el ámbito educacional y el mercado laboral  
Gustavo Nigenda/José Arturo Ruiz/  
Rosa Bejarano

•  
Proyecto de profesionalización de los trabajadores del área de enfermería: resultados y desafíos  
Rita Sório

•  
Regulación profesional de la práctica médica en Nicaragua  
Gustavo Nigenda/  
María Helena Machado

### Monitor de la Salud / 13

Personal de salud en países seleccionados de América Latina y El Caribe

### Páginas de la Reforma / 14

### Noticias / 15

### Citas con la Reforma / 16

## La interfase entre la reforma del sector salud y los recursos humanos en salud

**Felix Rigoli**

**Consejero Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS/OMS, Washington, D.C.**

**Gilles Dussault**

**Especialista Señor en Salud, Instituto del Banco Mundial, Washington, D.C.**

### Antecedentes

*La Reforma del sector salud: objetivos, estrategias y efectos*

Los sistemas de salud de la mayoría de los países, ricos y pobres, han pasado por procesos de reforma estimulados por la creciente preocupación por la pobre correlación entre el volumen de los recursos invertidos y los resultados en la salud. Estas reformas han estado generalmente incluidas dentro de un conjunto de reformas de los gobiernos orientadas hacia el mejoramiento de la eficiencia, la equidad en el acceso y la calidad de los servicios públicos en general.

Sin embargo, en muchos casos estas reformas enfocaron sólo un objetivo macroeconómico, la reducción de los costos de operación del gobierno y la reducción de los déficit presupuestales, sin poner mucha atención a los otros objetivos.

Si bien el proceso de reforma de cada país tiene sus propias especificidades, los "objetivos declarados" del sector salud suelen expresarse en términos de mejoramiento de la equidad en el acceso a los servicios, la efectividad de la atención, el uso eficiente de los recursos, la satisfacción de los usuarios y la sustentabilidad.

### Efectos de la reforma del sector salud sobre los recursos humanos

Los objetivos de las reformas se traducen en cambios que tienen profundas implicaciones para la configuración de la fuerza de trabajo, la cual, a su vez, produce respuestas positivas o negativas por parte de ésta.

Las estrategias para el mejor uso de recursos escasos, como respuesta al diagnóstico de una utilización dispendiosa asociada a las burocracias centralizadas, llevaron a muchos gobiernos a transferir la administración de los servicios de salud a las autoridades locales. En los casos en los que la descentralización incluyó la transferencia de recursos humanos, las autoridades locales tuvieron que jugar un nuevo papel como empleadores, a veces sin tener las capacidades técnicas ni el financiamiento necesarios para hacerlo.

En los hospitales y otros servicios terciarios el objetivo de reducir o detener el crecimiento de los costos fijos a menudo llevó a la sustitución de la provisión interna de algunos servicios por la contratación en el



exterior. Esta medida provocó cambios en la cantidad de personal permanente y relaciones contractuales flexibles y menos predecibles con una parte cada vez más grande de la fuerza de trabajo.

Las estrategias diseñadas para promover la equidad generalmente se orientan hacia la ampliación de la cobertura de las poblaciones no atendidas dando acceso a un "paquete esencial" de servicios definido de acuerdo con criterios de costo/beneficio o de costo/eficacia. Esto implica la disponibilidad de recursos humanos con capacidades y la orientación hacia la atención primaria en áreas rurales y empobrecidas, lo cual, a su vez, crea nuevas formas de contratación y adscripción de los profesionales de la salud en áreas y servicios en donde las condiciones no se perciben como atractivas.

El esfuerzo para obtener una mejor calidad técnica y percibida generalmente se traduce en una elevación de la calificación y en el esfuerzo por cambiar la actitud de los principales proveedores de salud, así como en la introducción de nuevas formas organizativas de los equipos de trabajo, especialmente a través del entrenamiento. Las actividades de entrenamiento tienen como objetivo armonizar los valores y actitudes de los trabajadores con los objetivos declarados del proceso de reforma.

### Reacciones individuales de la fuerza de trabajo a la reforma del sector salud

#### Respuestas a los sistemas de nuevos incentivos

Muchas intervenciones de las reformas introducen cierta liga entre la paga y el desempeño a través de arreglos que buscan cambiar de costos fijos a variables. Pocos de estos esquemas han sido evaluados de manera completa, pero se ha constatado el fracaso para alcanzar los resultados deseados y, en muchos casos, efectos muy diferentes a los previstos.

Los resultados paradójicos de los nuevos sistemas de incentivos en la modificación de la conducta de los médicos muestra que éstos pueden reaccionar de formas distintas a lo predicho por la teoría económica. Incluso los mecanismos más sofisticados de pago a los médicos apenas atenúan y no eliminan el tratamiento excesivo, el tratamiento insuficiente y otras conductas indeseables creadas por los métodos de pago por servicio, capitación y los métodos mixtos de pago. Incluso esto crea patologías propias. Los límites de los mecanismos de pago explican la importancia de métodos no ligados al precio para motivar una conducta adecuada, tales como filtrado y selección, prescripción explícita del desempeño deseado, monitoreo de la obediencia y el uso de nuevas normas y las expectativas culturales.

Por lo que respecta a los empleados técnicos no médicos, quienes generalmente reciben un salario fijo y cuyas perspectivas son menos atractivas, la ausencia de incentivos más sofisticados puede llevarlos a abandonar el sector salud. En la medida en que se le percibe como conservador, no innovador y extremadamente burocrático, el sector salud tiene dificultades para atraer y retener buen personal. Al tiempo que otras partes de la economía están creciendo a un ritmo más rápido, la resistencia del sector salud para incorporar nuevas tecnologías lo obligarán a pagar salarios altos, elevando los costos que ya se consideran altos y ampliando las diferencias internas dentro de un rango de distribución del ingreso de por sí desequilibrado.

### Impacto de las nuevas condiciones de trabajo sobre la motivación

La medida en la que los trabajadores aceptan compartir los cambios propuestos institucionalmente parecen afectar su motivación. Hay dos tendencias psicológicas interrelacionadas que operan en el proceso de motivación del trabajo:

- La medida en la que los trabajadores adoptan las metas organizativas.
- La medida en la que los trabajadores efectivamente movilizan sus recursos personales para alcanzar las metas conjuntas.

La congruencia entre las metas organizativas, el sistema de incentivos y los valores de la reforma es muy importante en los servicios públicos de salud. Los profesionales de la salud que han interiorizado una ética de servicio público pueden resistirse a las medidas de eficiencia y recorte de costos pues las perciben como contrarias a sus valores.

### Consecuencias en el “contrato psicológico”

La liga entre los objetivos de la organización y la motivación personal es el “contrato psicológico” que tácitamente se establece entre el individuo y la organización. Nuevos papeles profesionales y condiciones de trabajo pueden romper ese contrato entre las instituciones de salud y su fuerza de trabajo.

Los contratos flexibles, los despidos resultado de recortes presupuestales y los mecanismos de pago ligados al desempeño han tomado el lugar de la ética del trabajo duro, de la seguridad y la permanencia en el empleo. En un ambiente en el que ya no hay una garantía de permanencia de largo plazo en el empleo han surgido diferentes actitudes de los empleados que se caracterizan por un mayor énfasis en la protección del interés personal incluso por vías legales.

### Respuestas colectivas

Casi por definición, los sindicatos y asociaciones profesionales son actores clave en la economía política de las reformas. Generalmente se considera que los intereses de los trabajadores del servicio público no deben contraponerse a los de los ciudadanos. Se supone que los trabajadores de los sectores sociales aceptan códigos de ética y reglas que definen sus derechos y obligaciones al mismo tiempo que mantienen su derecho a ser representados por asociaciones que llevan a cabo las negociaciones colectivas en su nombre. Las medidas de recortes, que son un aspecto básico del paquete básico de reforma, implican una amenaza directa a la situación de los empleados del sector público, creando tensión en esas expectativas. Sorprende poco, pues, el que el modelo de reforma del sector público haya encontrado una resistencia decisiva por parte de los empleados.

### Respuesta de las asociaciones profesionales

Los profesionales de la salud, y en especial los médicos, no suelen participar en los sindicatos que representan a los otros trabajadores del sector público, sino en asociaciones que siguen modelos diferentes de conducta y organización. En su caso, ya no se asume que se ciñan a una ética de servicio público. Más bien se les

percibe como grupos de interés y cabildo muy activos que actúan en su propio beneficio.

A pesar de los cambios recientes, los profesionales de la salud aún tienen una influencia considerable en la regulación de la atención a la salud a través de la definición de los estándares de la práctica y mediante la participación formal o el cabildo en los procesos de definición del marco legal y administrativo del sector salud. Como resultado, los intereses profesionales tienden a dominar sobre el bienestar general, creando mercados de trabajo protegidos que pueden tener consecuencias negativas en la eficiencia y la equidad.

### Respuesta de los trabajadores no profesionales de la salud

En un contexto de restricciones fiscales, los trabajadores no profesionales de la salud suelen temer el efecto de las reformas sobre su ingreso y sus condiciones de trabajo, así como sobre la estabilidad de su empleo y posibilidades de promoción. Dado el carácter especial de los servicios de salud, la cooperación de estos trabajadores es vital para el mejoramiento de su desempeño, de modo que sus organizaciones se vuelven actores claves dentro de la economía política de las reformas. La tasa relativamente alta de sindicalización en el sector público de América Latina y otras regiones facilita la organización de la acción colectiva. Los empleados del sector público de la salud generalmente trabajan en el sector formal y en servicios no intercambiables. Junto con las cláusulas de estabilidad laboral, estos dos factores reducen el riesgo que corren de sufrir presiones por la competencia y los hacen más flexibles ante el efecto moderador del desempleo sobre su lucha salarial. Sin embargo, las presiones de las reformas de los servicios públicos ciertamente han tenido un efecto de reducción en las tasas de sindicalización. Todavía no está muy claro si los cambios se deben a las tendencias

generales de la sindicalización o a las reformas del sector salud.

En casi todos los países de América Latina los conflictos laborales han sido un factor limitante en la capacidad de los gobiernos para reorganizar al sector público de la salud. Incluso reformas bien planeadas, como la de Costa Rica, enfrentaron conflictos entre los trabajadores y la Administración del Fondo del Seguro Social, cuando los



representantes sindicales señalaron que la nueva reglamentación laboral era ilegal e inconstitucional.

En 1998, una investigación de la Organización Internacional de Trabajo describió diferentes reacciones colectivas ante la ola de reformas de la década anterior. Si bien algunas de esas reacciones pueden haber contribuido de manera positiva en la implementación de los cambios, otras tuvieron claros efectos negativos, como el bloqueo de la ampliación de la cobertura de atención primaria en Israel.

## Factores intermedios que influyen en los efectos de las reformas y las respuestas de los Recursos Humanos

Hemos tratado de identificar algunas de las más importantes interrelaciones entre las intenciones de los reformadores y las estrategias de quienes deben implementarlas. En cierta medida, todas las reformas y la nueva configuración de los servicios que resulta de ellas son remodeladas, de un modo u otro, por las acciones de los trabajadores implicados en la provisión de atención y la puesta en marcha de la regulación. La pregunta para los diseñadores de políticas es cómo influir en la dirección de esta remodelación a fin de hacerla congruente con los objetivos y necesidades de salud.

La literatura apunta hacia ciertos factores intermedios que pueden influir tanto sobre el efecto de las intervenciones como sobre la respuesta de la fuerza de trabajo:

- La importancia del factor recursos humanos no puede ser soslayada en la planeación estratégica y la implementación de los procesos de reforma, aún cuando los tiempos de las reformas estén limitados dejando poco espacio para una amplia consulta a los interesados.
- Hacer que los trabajadores se involucren en el diseño y la implementación de la reforma es importante. Sin embargo, como sustituto de la participación, muchos proyectos entrenan a los trabajadores sobre el modo de seguir los nuevos procedimientos y logran alcanzar el objetivo de crear un verdadero compromiso. La participación de los representantes de los trabajadores es necesaria pero no suficiente.
- La clara definición de los objetivos de eficiencia, equidad y calidad también es crucial para reducir el riesgo de que el proceso de participación se desvíe hacia los intereses particulares de los trabajadores.



- Un alto grado de coherencia entre los valores culturales e institucionales, los objetivos de los instrumentos de la reforma y las herramientas y tiempos de la implementación facilita el compromiso de los trabajadores con el proceso de reforma.
- Las dificultades que implica la promoción de la participación evitando que la reforma se convierta en un proceso guiado por los intereses de sus proveedores exigen un nuevo papel de las autoridades de salud fundado en una nueva visión de las organizaciones públicas de salud y de actividades críticas tales como la planeación de los recursos humanos, los sistemas de información de políticas, el diseño desde la base de políticas y la administración del personal.
- El proceso de implementación es tan importante como cualquier buen diseño técnico. Muchas transformaciones bien planeadas fallaron porque las herramientas administrativas o financieras no estaban bien adaptadas a los cambios propuestos, creando descontento y oposición entre los trabajadores.
- La influencia de las condiciones de trabajo (estrés, flexibilidad, contratación externa) sobre la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), en busca de evidencias de la disminución de la calidad como resultado del cambio en las condiciones de trabajo en contextos diferentes de los hospitales y el personal de enfermería.
- La manera en que el poder de los sindicatos y las organizaciones profesionales cambia el nivel del empleo del sector salud durante el proceso de reforma.
- Caracterización de los principales factores intermedios que determinan respuestas "paradójicas" ante los incentivos financieros destinados a modificar la práctica de los médicos.
- Identificación de las "mejores prácticas" para equilibrar la participación de la fuerza de trabajo y la consecución de los objetivos en las experiencias reales.

## Implicaciones para el diseño de políticas

Dos agendas se traslapan en los países donde se está llevando a cabo una reforma del sector salud. La "vieja agenda" corresponde a los temas generados por un modelo de relaciones laborales estables y protegidas basadas en una carrera de toda la vida. La segunda agenda es nueva y flexible y corresponde a un nuevo modelo regulatorio caracterizado por la flexibilidad del empleo y la contratación. La vieja agenda incluye problemas persistentes que no han podido ser resueltos y la nueva se refiere a situaciones que surgen de las reformas.

Muchos países, especialmente en el mundo en desarrollo, han acumulado problemas para resolver las restricciones que impone la vieja agenda. Sin embargo, los procesos de reforma han añadido nuevos temas que se han convertido en una carga demasiado pesada que limita su capacidad para resolver los retos del traslape. La implementación de algunas "prescripciones" de la nueva agenda, como la descentralización o la introducción de un nuevo sistema de incentivos, ha movilizado mucha atención de los administradores de los recursos humanos y los diseñadores de políticas, dejando poco espacio para seguir atendiendo los problemas preexistentes como el fortalecimiento del sistema de información.

La transición hacia la nueva agenda al tiempo que se atiende lo dejado por la vieja requiere de un concepto integrado del papel de los factores de los recursos humanos en el sistema de salud en su totalidad. Este concepto debe dar una visión clara de la forma en la que los desequilibrios de los recursos humanos afectarán la configuración propuesta de los servicios y cómo actuar para resolver esto. Al mismo tiempo, esta visión integrada debe poder modelar la política de recursos humanos, en coherencia con los valores y los objetivos de la reforma, pero con la flexibilidad necesaria para introducir los incentivos y los ajustes que requiere la fuerza de trabajo para seguir involucrándose en el proceso.

La estrategia de recursos humanos debe ser un componente vital del diseño y la planeación de las políticas de reforma. Es preciso otorgar el papel de especialista en la fuerza de trabajo a un consejero político y estratégico que sea parte del equipo encargado de conducir la reforma.

Estos consejeros deberán ser capaces de:

- Construir sistemas de información para medir los temas y tendencias presentes y futuros de los recursos humanos.
- Ganar la confianza para atraer la participación de los representantes de la fuerza de trabajo para alcanzar los objetivos claramente definidos de salud de la población.
- Proponer maneras innovadoras y flexibles para implicar a los trabajadores en los nuevos procesos que deberán ser coherentes con los valores y objetivos del sistema de salud.
- Mantener un canal bidireccional de comunicación entre los diseñadores de políticas y los representantes de quienes las implementan.

La construcción de estas capacidades es una tarea tanto urgente como de largo plazo que no puede apresurarse, pero tampoco retrasarse.

# El impacto de la descentralización sobre la fuerza laboral del sector salud: perspectiva de los administradores, los trabajadores y los líderes nacionales\*

Riitta-Liisa Kolehmainen - Aitken, MD, DrPH  
Management Sciences for Health, Boston, MA, EUA

La descentralización, en sus diversas formas, es hoy uno de los rasgos comunes de las reformas de los países desarrollados y en desarrollo. Sin embargo, rara vez es la única reforma que emprende un país determinado, frecuentemente está acompañada por cambios profundos en la manera en que se financian los servicios públicos y se administran los recursos humanos, financieros y materiales. En cualquier caso, la experiencia de los países muestra que el conocimiento técnico en salud no ha sido adecuadamente utilizado en estas reformas. Lo cual es particularmente cierto en los países en donde el ímpetu por transferir el poder fuera del centro surge de preocupaciones más políticas que ligadas al sector salud.

La reasignación de los papeles y las responsabilidades siempre afecta a la fuerza laboral y la forma en que se la administra independientemente del grado en que los líderes del sector salud pueden influir en la forma de las estructuras descentralizadas y los sistemas de administración. Entre los administradores y los trabajadores de la salud hay una creciente preocupación respecto al impacto de la descentralización sobre los recursos humanos en salud y su administración. Sin embargo, fuera del propio sector salud, no se ha prestado atención a este tema.



## Complejidad analítica

Muchos factores influyen sobre el impacto de la descentralización, lo mismo que sobre la respuesta del sector salud. El primero, y el más obvio, es el tipo de descentralización que se implementa en cada país. En segundo lugar, la asignación de la responsabilidad sobre el presupuesto de salarios de los trabajadores de la salud tiene un gran peso sobre la manera en que los afecta la descentralización. El tercer conjunto de factores tiene que ver con la forma en que las reformas abordan el sistema de servicio civil y la participación de los trabajadores de la salud dentro de él. Entre otros factores importantes se encuentran los siguientes:

- El tamaño del país
- El estatus socioeconómico del país
- La rigidez legal y regulatoria del sistema de servicio civil
- La importancia del sector público como empleador dentro del sector salud
- El poder de los sindicatos
- La influencia de las asociaciones profesionales
- Los patrones históricos de organización y administración de los servicios de salud

## Tipos de descentralización

Las opciones de descentralización adoptadas por los diversos países incluyen:

- Desconcentración a los niveles más periféricos dentro de la estructura de un ministerio nacional
- Delegación a organismos semi-autónomos, como hospitales o comités locales de salud
- Devolución a gobiernos locales autónomos
- Privatización a ONGs o organizaciones lucrativas

Generalmente se encuentran varios tipos de descentralización dentro del mismo país y la descentralización puede cubrir todos o sólo parte de los programas y servicios que provee el sector público. Además, la asignación de los nuevos papeles y responsabilidades suele expresarse en términos bastante generales. Esta falta de precisión y claridad abre las puertas a diversas interpretaciones por parte de los administradores en los diferentes niveles del sistema de salud.

## Responsabilidad sobre el presupuesto de salarios y la determinación del pago

En términos generales, los sistemas para determinar el pago a los recursos humanos están muy centralizados en la mayoría de los países. No obstante, el presupuesto para salarios puede estar:

- Determinado a nivel central para todo el personal y transferido a las unidades descentralizadas como un presupuesto especial separado para salarios
- Incorporado en una cantidad asignada por el gobierno nacional a las unidades descentralizadas
- Determinado centralmente y transferido a las unidades descentralizadas como presupuesto para salarios para los servidores públicos contratados centralmente, y determinado y financiado por las unidades descentralizadas para las contrataciones locales

## Opciones del servicio civil ante la descentralización

La rigidez del servicio civil administrado centralmente, incluyendo la inflexibilidad en las estructuras de pago, es una preocupación en todo el mundo. Sin embargo, la naturaleza y la medida de los procesos de reforma determinan si la

\* Versión resumida de un artículo por aparecer en *Human Resources for Health Journal*, OMS

descentralización se acompaña de la intención de modificar la incorporación de los trabajadores de la salud al servicio civil. De este modo, la descentralización de los poderes dentro del sistema de salud puede acompañarse o no de la descentralización de las responsabilidades administrativas sobre los recursos humanos.

Los países han definido el personal descentralizado dentro del sector salud en lo referente a su status en el servicio civil en cuatro maneras principales:

- **Conservación de un servicio civil nacional uniforme:** Los trabajadores de la salud son asignados o transferidos a unidades descentralizadas bajo términos definidos centralmente (p. Ej. Papua Nueva Guinea y Filipinas)
- **Descentralización del servicio civil:** Los trabajadores de la salud son transferidos a unidades descentralizadas, lo mismo que los procesos del servicio civil, dentro de nuevas comisiones de servicio público a nivel local (p. Ej. Uganda)
- **Modelo mixto:** Los antiguos empleados son asignados a unidades descentralizadas bajo los términos del servicio civil nacional centralizado. Las nuevas contrataciones las hacen las unidades descentralizadas bajo términos definidos localmente (p. Ej. Jamaica)
- **Exclusión de los trabajadores de la salud del servicio civil nacional:** Todos los trabajadores del sector público de salud se convierten en empleados del "servicio nacional de salud" con sus propios términos y condiciones de trabajo (p. Ej. Ghana) o el personal transferido se "desvincula" de él con términos y condiciones de trabajo locales (p. Ej. Zambia).

### Perspectiva de los administradores de salud locales

Los administradores locales tienen una variedad de responsabilidades de acuerdo con el poder que ha sido descentralizado hacia ellos. En el caso de la devolución, son responsables ante la autoridad política local. En el caso de la delegación, el administrador local puede ser responsable ante un comité de salud de distrito o ante el comité de un hospital. Sin embargo, en especial al inicio de la descentralización, la autoridad nacional de salud

suele continuar dando directivas a los administradores locales.

Independientemente de la magnitud de sus responsabilidades, los administradores locales tienen tres preocupaciones principales en cuanto al manejo de los recursos humanos:

- a) Tener el personal adecuado (en cantidad y calidad) para sus instalaciones o servicios;
- b) El desempeño correcto y productivo de sus empleados; y
- c) Contar con sistemas rutinarios de administración de personal que funcionen bien a fin de mejorar la eficiencia y minimizar los conflictos laborales.

Para cumplir con sus responsabilidades, los administradores locales necesitan de una fuerza laboral adecuada en cantidad y calidad y a un costo financiable. Para ello, deben revisar la estructura de personal existente, dotarla con el mejor personal posible y mantener la nómina bajo control.

Todas estas funciones encuentran obstáculos de acuerdo con los niveles de responsabilidad que han sido efectivamente descentralizados, del control central que se ejerce sobre las posibilidades de contratación de nuevo personal y sobre las habilidades para la planeación disponibles a nivel local, entre otras cosas. La capacidad para transferir al personal entre áreas geográficas e instalaciones de salud, de acuerdo a las necesidades, también es importante. Las restricciones al reclutamiento y la contratación de recursos humanos cuyos techos financieros y controles legislativos están controlados centralmente son preocupaciones comunes entre los administradores locales.

Además, la descentralización puede modificar la naturaleza del mercado de trabajo creando más competencia entre el personal de las unidades descentralizadas, de modo que una de las preocupaciones de los administradores de las áreas más pobres será la falta de mecanismos disponibles para atraer y conservar a su personal.

Para lograr el mejoramiento del desempeño y la productividad de los trabajadores de la salud, los administradores locales deberán evaluarlos, supervisar a los empleados y responder adecuadamente los problemas identificados. Atender a todos los temas relacionados con esto es



un reto considerable en el contexto de escasez de recursos y de la experiencia necesaria para administrar los recursos humanos.

La descentralización trae consigo la necesidad de nuevas habilidades, especialmente en áreas de administración, pero la capacidad local para responder a estos retos por medio del entrenamiento está restringida por la falta de fondos y las posibilidades de implementar los programas a nivel local.

En la mayoría de los países en desarrollo los administradores locales de salud no cuentan con el personal bien entrenado ni los sistemas adecuados para la administración de los recursos humanos. Los administradores mal entrenados y los malos sistemas de personal dificultan lidiar con la mayor complejidad que implica la descentralización.

### Perspectiva de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud responden de manera positiva a la demanda de recursos humanos de una unidad descentralizada cuando buscan empleo en ella, aceptan un puesto en ella cuando se les ofrece y permanecen en el servicio. Su capacidad y disposición para responder a las demandas locales dependen de varios factores. Entre ellos están la situación familiar y económica del trabajador, el salario y otras

condiciones de trabajo, las oportunidades de desarrollo profesional, las alternativas dentro del mercado laboral y su nivel de motivación.

La mayoría de los trabajadores de la salud valora mucho la seguridad en el empleo. Sin embargo, la descentralización y los procesos de reforma que la acompañan han creado una creciente inestabilidad en el empleo. En América Latina la "racionalización" del personal del sector público ha provocado una reducción masiva de personal mediante el despido, el retiro prematuro, la fusión de puestos, etcétera. La descentralización también ha cambiado el nivel de protección brindado por el servicio civil y, en los casos en que los gobiernos locales han recibido más poder, los trabajadores están más expuestos a presiones políticas. Bajo la privatización, los trabajadores de la salud quedan sujetos a las leyes laborales correspondientes y pierden la protección que les brindaba el servicio civil. Por último, la motivación del personal se ha visto afectada por el rápido cambio y la percepción de los trabajadores de la salud de que sus compensaciones y condiciones de trabajo han sido afectados por la descentralización.

### Perspectiva de los líderes nacionales

El papel y las responsabilidades de los líderes de salud nacionales en relación con los recursos humanos cambian cuando las decisiones claves al respecto son transferidas a un nivel descentralizado. El viejo papel del ministerio nacional de salud estaba enfocado hacia la administración rutinaria del personal y el entrenamiento dentro de los servicios. Al transferir estas funciones a niveles periféricos, el nivel central debe asumir las nuevas funciones vitales de definición de políticas, planeación, normatividad y regulación. En el ámbito de los recursos humanos aparecen cuatro áreas críticas:

- Planeación estratégica de largo plazo de la administración de la fuerza laboral de salud

- Regulación de la admisión al entrenamiento profesional, de su conducción y de la práctica profesional
- Vigilancia de la equidad en la asignación de personal entre las unidades y
- Protección legal del personal.

Para ejercer estos papeles, el ministerio nacional de salud requiere de una gran capacidad en conceptos modernos de administración de recursos humanos y debe desarrollar buenas relaciones y mecanismos funcionales de cooperación con los principales interesados. La literatura ofrece poca evidencia de que los países que han descentralizado hayan captado la importancia global de las cuatro responsabilidades referidos arriba para asumirlas de manera eficaz.

### Conclusiones

Quienes están involucrados en el diseño de la descentralización suelen provenir de fuera del sector salud, de modo que tienen una comprensión limitada de los temas que incumben a la fuerza laboral de la salud. Aún quienes participan del sector salud rara vez ponen tanta atención a los recursos humanos que a los temas como el financiamiento de la salud y administración de las finanzas. Influencias tales como la globalización y la devastadora epidemia de VIH/SIDA están llevando a los recursos humanos a un nivel prominente en las discusiones nacionales e

internacionales. Pero la evidencia demuestra que el poco interés puesto en el tema ha provocado la emergencia de varios retos que impiden la creación de una fuerza laboral bien distribuida, entrenada y motivada. Esos retos preocupan a los administradores locales, a los trabajadores de la salud y a los líderes nacionales, y su resolución requiere de una acción concertada en varios frentes.

Tres temas exigen pronta atención:

- El primero es la urgente necesidad de definir la política la planeación y las capacidades administrativas esenciales que deben poseer los administradores nacionales de recursos humanos que trabajan en países descentralizados.
- El segundo tema es el efecto negativo de la descentralización sobre la equidad en la distribución del personal.
- Por último, la motivación y el desempeño de los trabajadores de la salud requieren de atención urgente. Es preciso identificar los factores que impactan sobre la motivación y el desempeño de los trabajadores, al igual que es necesario documentar y compartir las mejores prácticas costo-efectivas para mejorarlos.

# El desperdicio de médicos en México en el ámbito educacional y el mercado laboral

**Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz, Rosa Bejarano**  
**Centro de Análisis Social y Económico, FUNSALUD**

## Introducción

La fuerza de trabajo médica ha sido estudiada desde diversos puntos de vista utilizando una amplia variedad de metodologías y con distintos niveles de profundidad. Sin embargo, en una primera revisión de la literatura especializada disponible se encontraron pocos estudios que trataran de manera sistemática el tema de la incapacidad de las personas entrenadas en el campo de la salud para poner en práctica su conocimiento en la producción de servicios de salud.

En muchos países se genera una oferta de médicos sin ninguna planeación y, con mucha frecuencia, sin regulación. Los médicos son formados en escuelas que les otorgan un diploma profesional, y sin embargo pueden enfrentar problemas para encontrar trabajo. Este problema relaciona el desperdicio de fuerza de trabajo calificada con una configuración específica del mercado. Pero además existe otra fuente de desperdicio que aparece durante el proceso educativo mismo y que se refleja en la demanda de educación médica, en la cantidad de deserciones y en las tasas de eficiencia final a nivel nacional al igual que en la organización y la localización de las escuelas de medicina.

El problema del desperdicio académico tiene varias facetas que no son fáciles de identificar, estudiar y resolver. Ninguna nación puede minimizar la importancia de estos recursos económicos desperdiciados, especialmente en el mundo en desarrollo.

El estudio pone un énfasis especial en la participación de las mujeres en la medida en que su inscripción en las escuelas de medicina ha crecido de manera importante en los últimos 15 años, pero participando en el mercado de trabajo de manera distinta que los hombres.

## Desperdicio durante la educación

Muchos estudios en México se han ocupado de los problemas de deserción, eficiencia final, repetición, exclusión, efectividad y eficiencia de las instituciones educativas. Sin embargo, tanto a nivel nacional como internacional, se ha hecho poco para estudiar el problema de profesiones específicas de manera integral para definir en detalle las causas y los efectos del desperdicio de recursos humanos y económicos durante el proceso educativo.

Los datos presentados fueron obtenidos principalmente de la Asociación Nacional de Universidades e Institutos de Enseñanza Superior (ANUIES), una agencia no gubernamental que durante más de 35 años ha sido responsable de recabar y sistematizar información proveniente de 138 instituciones públicas y privadas. La estabilidad de este proceso de

recopilación de datos hace que la información obtenida de esta fuente sea altamente confiable.

En el estudio utilizamos las siguientes definiciones de conceptos:

*Deserción.* Estudiantes que voluntaria o involuntariamente interrumpen sus estudios de manera definitiva sin haber cubierto el plan de estudios de su carrera.

*Graduados.* Estudiantes que han completado los créditos y/o procedimientos (p. Ej. tesis) incluidos en el plan de estudios y que han recibido un diploma o certificado de grado.

*Eficiencia final.* El número de personas que se gradúan de un programa de estudios de una institución en un año específico, dividido por el número de personas que se inscribieron al mismo. Se calcula por año escolar o por el total de años de la carrera.

*Deserción temporal.* Las personas que no cumplen con los tiempos y no completan las etapas correspondientes del plan de estudios de una institución en un año determinado.

## Desperdicio en el mercado laboral

Existen muchos factores que afectan el mercado laboral que son difíciles de identificar y aún más de cuantificar. El tema del desempleo y sus variadas manifestaciones en tiempo y forma lo convierten en un tema polémico al tratar las variaciones a lo largo del tiempo. A pesar de que a nivel internacional se han establecido parámetros para medir el desempleo esto no ha permitido contar con información oportuna para comparar entre países e incluso entre regiones y estados de un mismo país. En el caso de los grupos profesionales, no basta con la cuantificación del desempleo para entender los desequilibrios del mercado de trabajo.

Como parte de las definiciones metodológicas y conceptuales de este estudio proponemos construir un indicador de la tasa de desperdicio de

los médicos que incluye todas las situaciones en las que una persona graduada de una escuela de medicina no pone en práctica el conocimiento que ha obtenido en la producción de servicios médicos. Algunas situaciones como el desempleo son fáciles de considerar como parte del desperdicio, pero otras (p. Ej. Las personas que trabajan menos de 20 horas por semana) son difíciles de incluir. Cuantificamos el desperdicio a partir de la cantidad de individuos que entran en categorías en las que su actividad laboral no se ajusta de manera apropiada a su entrenamiento.

Para los fines de este estudio, consideramos los siguientes conceptos:

*Empleo.* Graduados que trabajan como médicos generales o como residentes en un programa de especialización. También médicos especializados con una posición laboral acorde a su grado dentro de instituciones de salud. Médicos dedicados a la investigación y/o la enseñanza o en puestos administrativos.

*Desempleo.* Personas sin empleo, incluyendo a los que esperan respuesta a una solicitud de trabajo, a los que ya no buscan empleo y a los que lo están buscando.

*Subempleo.* Personas que terminaron sus estudios y realizan actividades completamente diferentes a su entrenamiento, fuera del sector salud o en actividades no directamente relacionadas con la producción de servicios de salud.

*Actividades domésticas.* Personas que se dedican de tiempo completo a actividades del hogar.

*Inactivos no disponibles.* Grupo de personas retiradas, pensionadas o que sufren de una incapacidad permanente.

*Desperdicio laboral.* Recursos humanos calificados que no practican actividades relacionadas con su educación porque no están empleadas (incluyendo a las dedicadas a actividades domésticas) o porque llevan a cabo actividades que no corresponden a su entrenamiento.

## Metodología

Para calcular el desperdicio en la educación de los estudiantes de medicina se establecieron las siguientes fórmulas:

$$\frac{\text{Total de deserciones por generación de graduados}}{\text{Total de estudiantes de nuevo ingreso de la generación}} = \text{tasa global de deserción}$$

$$\frac{\text{Total de graduados pertenecientes a la misma generación}}{\text{Total de estudiantes de nuevo ingreso de la generación}} = \text{tasa de eficiencia final}$$

En lo que se refiere al desperdicio en el mercado de trabajo, se exploró la base de datos del *XII Censo General de Población y Vivienda 2000* en busca de información sobre las siguientes variables: sexo, edad, nivel educativo y personas que habían estudiado la carrera de medicina. La base de datos del censo ofrece información limitada acerca de los especialistas. Por ello decidimos enfocar nuestro análisis hacia los médicos generales.

Por cuanto a estos últimos, se intersecaron los códigos del censo para descubrir el estatus de su actividad (relacionada o no con sus estudios) y de su ocupación (explicitando si se dedicaban a actividades domésticas), y si estaban desempleados, retirados, pensionados o incapacitados de manera permanente.

Los códigos usados para clasificar el área de actividad fueron tomados del North American Industry Classification System (NAICS), mismo que utilizó el XII Censo en el 2000. Los códigos utilizados para clasificar el nivel educativo corresponden a una clasificación desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Una vez procesada esta información, se elaboraron las siguientes fórmulas:

$$\frac{\text{Empleados}}{\text{Total de graduados - estudiantes - inactivos}} = \text{tasa de empleo}$$

$$\frac{\text{Desempleados + dedicados a actividades domésticas}}{\text{Total de graduados - estudiantes - inactivos}} = \text{tasa de desempleo}$$

$$\frac{\text{Desempleados + actividades domésticas + otros trabajos}}{\text{Total de graduados - estudiantes - inactivos}} = \text{tasa de desperdicio}$$

## Resultados

### *Desperdicio durante la educación*

En general, en los últimos 25 años la matrícula de la carrera de medicina en México ha mostrado un comportamiento no lineal. A principios de la década de los noventa mostró una tendencia a caer, principalmente debido a la política oficial iniciada a mediados de los ochenta que trataba de detener la elevada demanda. Sin embargo, en promedio, la matrícula creció en 22.8% entre 1990 y 2001.

En el periodo mencionado la participación proporcional de las mujeres mantuvo un crecimiento constante. De acuerdo con el Anuario Estadístico

de la ANUIES, el porcentaje de mujeres inscritas en medicina pasó de 43.9% en 1990 a 50.4% en 2001.

Para calcular la tasa de deserción en la carrera de medicina se realizó una serie para cada grupo de graduados desde la primera inscripción en 1977 hasta la generación 1997-2001. En la serie completa se pudo ver que el nivel más bajo de deserción se dio en el periodo 1985-1989 con una tasa de 165.0 por mil estudiantes, mientras que el nivel más alto se dio en la generación 1990-1994, con una tasa de 493.5. A lo largo del periodo no fue posible observar un comportamiento homogéneo pues se dieron altibajos considerables de una generación a la otra.

Otro indicador que nos permite observar el desperdicio es la tasa de eficiencia final en la carrera de medicina a nivel nacional. Para ello se construyó la serie de generaciones y se vio que la más alta eficiencia final se obtuvo en la generación 1985-1989 con una tasa de 834.9 por mil estudiantes.

Aunque es cierto que la eficiencia final varía de una escuela de medicina a la otra no hay duda de que a nivel nacional los datos registrados son preocupantes, dada la cantidad de estudiantes que no han terminado sus estudios.

También se calculó la proporción de estudiantes de nuevo ingreso en relación con el total de graduados de medicina en México durante el periodo 1977-2001. El resultado para el primer año fue de 21.9 y para el segundo de 21.8. Sin embargo en ciertos periodos la proporción decreció

(13.9 y 14.0 en 1986 y en 1982) y en otros creció, como en los años 1997 y 1998, con 23.6 y 23.3, respectivamente.

La proporción de deserciones del periodo 1990-1994 es la más alta de todas (50%), similar a la de 1977-1981 y 1978-1982. Sin embargo, el volumen de nuevos ingresos en estos dos periodos fue 40% más grande.

Una vez que se incluye la variable de sexo, la información sobre deserciones, graduados y eficiencia final no muestra grandes diferencias. Sin embargo, como sólo se cuenta con información por sexo para dos generaciones dentro del periodo de estudio, no se pueden extraer conclusiones definitivas al respecto.

### **Desperdicio y el mercado laboral**

Del total de médicos generales en el año 2000, 50% trabajaban en servicios de salud y 18% estaban estudiando. Desde la perspectiva de género, 6% del grupo de hombres no trabajaba y 9% de las mujeres estaban inactivas, mientras que el porcentaje de hombres y mujeres trabajando en medicina era de 55.6% y 41% respectivamente.

De la población con formación de médico general que se dedicaba a actividades domésticas, sólo 0.1% eran hombres, mientras que 13% eran mujeres. En cambio hay más hombres inactivos que mujeres, lo cual indica que hay menos mujeres retiradas y pensionadas.

Usando las fórmulas expuestas más arriba se llegó a los siguientes resultados:



Tasa de empleo = 630 x mil médicos  
Tasa de desempleo = 170 x mil médicos  
Tasa de desperdicio = 370 x mil médicos

### Conclusiones

A pesar de que el diagnóstico del fenómeno se puede hacer con mayor precisión cuando se dispone de datos, podemos afirmar que el desperdicio de recursos humanos en el sector salud en México es un problema grave. En el año 2000, de cada mil estudiantes de nuevo ingreso 203 no terminaron su entrenamiento.

El desperdicio de recursos humanos altamente calificados sin duda tiene un efecto negativo en la economía de cualquier país. Los sistemas de salud, incluyendo a sus componentes educativos, deben buscar la manera de reducir el desperdicio a fin de aumentar la eficiencia del sistema en su conjunto.

El desempleo y la tasa de desperdicio entre las mujeres son mucho mayores que entre los hombres. Esto resume una situación laboral injusta que se suma a una serie de desventajas basadas en una estructura social prevaleciente en México que está centrada en los hombres.

Es claro que el desperdicio de médicos es parte de una cruda paradoja que impide a millones de personas contar con acceso efectivo a atención profesional. En las zonas remotas del país aún faltan médicos, mientras que el desperdicio en las zonas urbanas es flagrante.

En México y América Latina el desperdicio de recursos humanos en el sector salud es un problema que todavía no ha sido estudiado a profundidad y al cual no se han encontrado respuestas institucionales.

### Recomendaciones

Es preciso sensibilizar a los estudiantes de las áreas urbanas para que vayan hacia las zonas menos saturadas. Por otra parte, las políticas de salud deben fortalecer los incentivos (mejor paga, posibilidades de mayor entrenamiento) para que los médicos lo hagan.

El análisis propuesto puede reproducirse en otros países en donde se cuente con una base de datos o un Censo de Población. La OMS debería estimular a los países para que estimen las tasas de desperdicio médico (y de otros grupos ocupacionales) a fin de encontrar la manera de reducir el fenómeno y obtener el máximo de la inversión social y privada.

Estimular el vínculo y la interacción entre el entrenamiento y las instituciones de servicios de salud con el objetivo de estimular una mejor planeación acorde con las características del país. Parece conveniente revisar el caso de México, en donde desde hace treinta años existe una Comisión Inter-Institucional para el Entrenamiento de Recursos Humanos para la Salud, una entidad creada por las más altas autoridades educativas y de salud.

Es preciso estudiar el desperdicio de recursos durante la etapa de entrenamiento de los médicos a fin de poder hacer una estimación del costo económico que representa a nivel individual, familiar y social.

Se requiere del apoyo de los más altos niveles de toma de decisiones para diseñar y llevar a cabo estudios que permitan conocer a fondo los temas de desperdicio laboral a fin de producir recomendaciones de políticas que pongan el acento en la necesidad de una participación institucional amplia y coordinada.

La metodología empleada para calcular el desperdicio tanto educativo como en el mercado laboral demostró ser la adecuada para apoyar ese tipo de ejercicio. Por tanto, sería posible reproducir la experiencia en otros países tomando como base la información obtenida del censo de población y el manejo de variables similares. Con ello se podrían hacer estudios comparativos y complementarios para conocer el problema más a fondo y formular políticas alternativas dentro del sector salud.

Esta metodología podría aplicarse sin mayor dificultad en la exploración de la situación prevaleciente en el desarrollo y en las condiciones laborales de otras categorías ocupacionales tales como la enfermería y la odontología.

## Proyecto de profesionalización de los trabajadores del área de enfermería: resultados y desafíos\*

Rita Sório

Gerente General del PROFAE/MS de enero de 2000 a mayo de 2003



El Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería (PROFAE) de Brasil es el resultado de una lucha de décadas, de un proceso histórico-social que se ha venido construyendo a lo largo de los últimos años hasta convertirse en una política pública de educación profesional en salud. Esa lucha ha seguido un curso coherente con la propia historia del sistema de salud brasileño y relacionada con toda una serie de personas e instituciones que han dejado su marca en la historia de la enfermería, del PROFAE y del Sistema de Salud.

Los resultados alcanzados no serían los mismos si estos sólo fueran el fruto de una fuerza y una orientación gubernamentales, surgiendo de una directriz vertical o únicamente gracias a la existencia de los recursos financieros necesarios para ejecutar el proyecto. En realidad esos resultados han sido posibles gracias a la implicación completa, absoluta y comprometida de millares de personas que creen en este proyecto y ayudan a construirlo.

El PROFAE forma parte de un movimiento de sensibilidad y solidaridad. Se une a las políticas solidarias interesadas en promover a los individuos, en incluir a los trabajadores –corrigiendo desigualdades– en la mejoría de los sistemas de salud. Sin embargo, hay un tema que nos inquieta: ¿qué posibilidades tiene la propuesta del PROFAE de convertirse en una política pública permanente de formación profesional en salud? Esta pregunta por un lado nos inquieta, pero por el otro es lo que nos mueve. Se trata de un desafío permanente para los equipos que trabajan en el Ministerio de Salud, para las Agencias regionales, las Operadoras, las Ejecutoras nuestros Núcleos de Apoyo a la Docencia, las Secretarías de Salud y los institutos de investigación que están apoyando al PROFAE. Y esta inquietud está siendo respondida con el constante perfeccionamiento del proyecto.

Partiendo de la premisa de que los resultados alcanzados por el PROFAE apuntan en la dirección de su constitución en una política permanente de formación profesional en salud, me gustaría llamar la atención hacia algunos temas importantes:

- La gran capacidad de cobertura alcanzada por el PROFAE en dos años de ejecución para realizar cursos de formación y escolarización en todo el país es un hecho único en la historia del sector salud. El PROFAE logró alcanzar a un gran contingente de personas en una inmensa extensión territorial. En diciembre de 2002, con poco más de dos años de existencia, el proyecto calificó a 780 mil trabajadores y poseía 130 mil matriculados en sus diversos cursos dentro de 2000 municipios.
- La gran movilización de actores diversos. Aun siendo un proyecto que inicialmente trabajó con un segmento de los trabajadores, el PROFAE consiguió movilizar un conjunto enorme de actores sociales, inclusive con intereses diferentes. Esto puso nuevas cuestiones en la agenda para todos nosotros, por ejemplo la importancia de comunicar y articularse con la implementación de otras políticas públicas tanto en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) como fuera de él. Y más que pensar en qué manera fue concebida la política, lo importante es comprender cómo se transforma en la realidad. Es el acompañamiento de esa implementación lo que hace que el proyecto esté vivo, con toda la intensidad que imponen los desafíos para su implementación. Ya no es únicamente un proyecto, un modelo o una propuesta, ni un Acuerdo de Préstamo. Quiero decir que lo que hace que el PROFAE se consolide cada vez más para transformarse en una política pública permanente del SUS es su capacidad para movilizar actores, articular instituciones, trabajar con conflictos de intereses y opiniones distintas con distintas asociaciones.

- De manera relevante, el PROFAE ha puesto en la agenda de los administradores, la cuestión de la formación de los recursos humanos, tal vez debido a su carácter nacional y por estar constituido por grandes redes institucionales y grandes asociaciones. El PROFAE está haciendo emerger con gran fuerza una temática muy importante para el sector salud, pero que, paradójicamente, fue dejada un poco al margen de los temas centrales en la discusión sobre los recursos humanos: la cuestión de la formación del personal técnico de la salud. El PROFAE está superando esta dificultad. Lo cual significa que se está superando la práctica institucional de invertir exclusivamente en los entrenamientos de emergencia, que no le dan al individuo posibilidades de irse construyendo como sujeto y como ciudadano y que tampoco lo habilitan para sobrevivir en un mundo laboral cuyas transformaciones son rápidas y que exigen, cada vez más, el acceso a bienes culturales y educativos.

Pienso que gran parte de los resultados que se pueden señalar deriva de la sintonía que existe entre el proyecto y los principios del Sistema Único de Salud. Es evidente que los resultados que implican a un conjunto tan grande de individuos y colectividades imponen grandes desafíos. Además, los grandes desafíos caracterizan a la construcción de proyectos políticos cuyos horizontes están abiertos. Y este proyecto está siendo construido, es una política que depende de todos nosotros, de nuestra marca, de nuestro deseo. Por lo tanto, al estar viviendo los resultados, estamos luchando con los desafíos. Entre todos los desafíos destaco:

- La ampliación del PROFAE a otros segmentos de trabajadores. Para esto es fundamental

\* Tomado de la ponencia presentada en el Primer Foro Nacional del PROFAE y publicada en la Relatoría General del Foro por el Ministerio de Salud de Brasil, Brasilia 2003.

comprender que el PROFAE no existe aislado, sino que existe en el contexto en el que se firmó la nueva Ley de Directrices y Bases de la Educación, y que está en curso una reforma de la educación profesional; lo cual es bastante prometedor. El PROFAE nació en un momento de transformaciones de la sociedad brasileña en lo que se refiere a la formación profesional. En este sentido, se apoya en las nuevas perspectivas que van surgiendo en la educación profesional, las nuevas perspectivas de la reafirmación y del respeto por el trabajo técnico, del reconocimiento de la educación profesional como nivel diferenciado y específico de formación que debe estar vinculado con el mundo del trabajo, de la perspectiva de la construcción y el diseño de currícula profesionales que no excluyan la posibilidad de que el trabajador retorne a formarse en cualquier momento de su vida. En este momento estamos viviendo un contexto social que posibilita que la educación profesional en salud alcance nuevos niveles, pues ya no está al margen de la legislación brasileña, o sea que no es una acción marginal y voluntaria de quienes en el pasado lucharon por promover la formación para la salud a partir de los intereses del sector salud. Por lo tanto, es necesario que se promueva, cada vez más,

el dialogo entre el sector educativo y el sector salud, a fin de no retroceder en lo que hemos conquistado. Es preciso estrechar el debate intersectorial, recordando siempre la prerrogativa constitucional del ordenamiento de los recursos humanos. En el ámbito del PROFAE, se dieron varios pasos en busca de soluciones conjuntas a fin de legitimar nuestras necesidades: la discusión sobre la articulación entre calificación profesional y formación técnica, estableciendo los requisitos de escolaridad a partir de la clientela del SUS; la articulación que se hizo en torno a la consolidación, creación y expansión de la red de escuelas técnicas del SUS, por mencionar sólo algunos pasos con un impacto mayor en las acciones del proyecto.

- Otro desafío tiene que ver con la pregunta planteada sobre la posibilidad de convertir el PROFAE en una política pública permanente. Como resultado de la respuesta afirmativa a esa pregunta se ha ido reforzando el apoyo a las escuelas técnicas del SUS, las cuales pasaron a tener un papel bastante diferenciado en la formación. O mejor, podemos decir que el PROFAE, articulado con las políticas educativas, apostó a que las escuelas técnicas podrían ir mucho más allá que los centros para ofrecer cursos, apostó a que esas escuelas podrían ser un espacio de mediación entre el mundo del trabajo y el mundo de la educación. Por lo tanto, es necesario decir que el SUS, al reconocerse como un sistema que se fortalece para encargarse de las desigualdades, no puede echar mano de ese aparato, pues jamás existirá un trabajador que tenga su formación definitivamente concluida en un contexto dinámico y de transformaciones como el nuestro. El trabajador se va a formar y va a seguir regresando a los procesos educativos para garantizar su actualización permanente. El PROFAE invierte en la

perspectiva de la defensa del derecho del trabajador para ir y enterarse, de rehacerse y de recalificarse, sin que eso signifique su exclusión del mercado de trabajo en salud. Dado que los diferentes saberes de la salud también se modifican, es preciso considerar a los sujetos que realizan esas actividades, sin convertirlos en piezas obsoletas debido a las nuevas tecnologías y las constantes innovaciones del sistema de salud. Esa es la esencia del desafío referido. Otro aspecto del mismo es que la escuela del SUS necesita estar articulada con la dinámica del mercado de trabajo, sea público o privado. Es preciso invertir en estudios, en investigación y en procesos pedagógicos innovadores.

- La alianza entre la universidad y las escuelas técnicas demuestra el reconocimiento del PROFAE como actor en el proceso de formación del trabajador en salud, ya sea en el nivel superior o en el nivel medio. La promoción de este tipo de articulación es fundamental para fortalecer el proceso de asociación, pero es imprescindible reconocer que el trabajador técnico de salud tiene especificidades distintas de las del trabajador de nivel superior. Este reconocimiento es fundamental para entender la defensa de las escuelas técnicas del SUS.
- La implementación de más de cuarenta núcleos universitario en Brasil, comprometidos con la formación del educador para las profesiones técnicas, representó la superación de un gran desafío. Sin embargo, otro desafío aparece como réplica de aquel: ampliar la misión de los Núcleos de Apoyo a la Docencia, los NAD, más allá de la formación de enfermería. La pregunta es: ¿cómo? Pienso que un camino puede ser tratar de que las universidades se fueran apropiando e implicándose en el debate sobre la articulación entre enseñanza media y enseñanza superior. Pueden ampliar sus núcleos y ayudar a la implantación de nuevos núcleos en otras universidades.
- Entre algunos otros desafíos que también forman parte de la agenda del PROFAE tenemos: la reforma de las currícula y la elaboración de currícula por competencias, el reforzamiento de las capacidades institucionales, el registro de las experiencias y por ende la mayor visibilidad de las mismas, la contribución académica de la discusión del tema de la Educación Profesional en Salud y, finalmente, otro gran desafío, hacer emerger las cuestiones referentes a la regulación sectorial en el área de recursos humanos, como por ejemplo las cuestiones ligadas a la carrera y el ascenso en las funciones. Todo esto sólo es posible debido a que por fin se ha expresado una demanda que estaba por completo reprimida socialmente y que, hoy en día, representa a un gran contingente de profesionales de la salud que poseen un mayor poder de lucha frente a las necesidades de cambio.

Así es como el PROFAE se va consolidando en el mundo real. Y pienso que así es cómo se consolidan las políticas, no como fruto de iluminados, por decreto o mediante manuales. Muy por el contrario, las políticas sólo se fortalecen a medida que van enfrentando los conflictos, superando los desafíos e implicando a actores importantes y diferenciados.



## Regulación profesional de la práctica médica en Nicaragua\*

Gustavo Nigenda, María Helena Machado

El marco legal de regulación de la práctica médica en Nicaragua es relativamente débil. Algunas regulaciones no pueden ser consideradas legales, pues no han sido formalmente aceptadas por las autoridades de salud, sin embargo tienen un impacto significativo sobre la práctica médica. Desde 1968, los estudiantes de medicina están obligados a realizar un servicio social en áreas rurales durante un periodo que va de seis meses a dos años. Una vez terminado el servicio social, reciben su grado universitario y pueden practicar legalmente.

A partir de la administración sandinista, en los años ochenta, la práctica profesional estuvo regulada por el Ministerio de Salud a través del "sistema unificado de salud". En 1986 el Ministerio de Salud y la Unión de Trabajadores de la Salud acordaron condiciones contractuales a fin de garantizar el empleo de todos los estudiantes al obtener su diploma y para todos los internos al recibir su diploma de especialistas.

El papel del gobierno en la atención a la salud cambió radicalmente durante los años noventa. La estrecha relación entre el Ministerio de Salud (que sigue siendo el mayor empleador de médicos del país) y la Universidad de Nicaragua empezó a deteriorarse. Mientras el Ministerio implementaba una política de reducción de médicos contratados, la Universidad creó una nueva escuela de medicina en Managua, aumentando la oferta. De acuerdo con el Secretario General de la Federación de los Trabajadores de Salud (FETSALUD), desde 1991 más de 3,000 trabajadores han salido de la nómina del Ministerio de Salud, entre los cuales se incluye a 1,000 médicos. Desde 1993, los internos ya no son considerados como empleados, sino como estudiantes que reciben una beca de Ministerio.

Los gobiernos post-sandinistas también han tratado de reinstalar los servicios proveídos por el Instituto Nacional de Seguridad Social. Las instalaciones de salud que anteriormente eran propiedad del sector de seguridad social fueron integradas al sistema unificado de salud por el gobierno sandinista. Los fondos de la seguridad social pagan a hospitales privados y a centros de salud para que provean servicios para la población no asegurada. Más aún, han surgido nuevas instituciones del sector público pero ninguna de ellas entra en el Convenio Colectivo y cada empleado tiene que firmar su propio contrato con el empleador.

Otra política que modifica la práctica médica es la búsqueda de nuevas fuentes de financiamiento para los servicios públicos. En 1995, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa creando los llamados "servicios diferenciados", el cual permite a las unidades de atención a la salud el cobro de cuotas a los usuarios. Dentro de este programa el paciente escoge si paga o no por los servicios. En caso de hacerlo, recibe a cambio un conjunto especial de servicios. El centro de salud puede cobrar por los servicios proveídos, lo mismo que los médicos, quienes pueden cobrar igual que lo hacen en su práctica privada.

En 1990 se publicó un decreto en torno a la Ley de los Ministerios de Estado en el cual se impone al Ministerio de Salud la responsabilidad de "evaluar la práctica de las profesiones médicas". Sin embargo, a partir de este decreto, no se han promulgado regulaciones específicas en relación

con la profesión médica, sino sólo para los profesionales de la optometría y la enfermería.

### El mercado laboral

De acuerdo con un estudio generado por el Ministerio de Salud y el Banco Mundial, en 1996 había un total de 3,500 médicos en Nicaragua. La mayoría de ellos (85%) trabajaban para el Ministerio de Salud y un 40% del total combinaban dos o más trabajos, generalmente en los sectores público y privado. Las mujeres representan el 40.5% de esta fuerza laboral, la cual también está caracterizada por la presencia de los jóvenes (73% de los médicos tienen 40 años o menos). La fuerza de trabajo médica está altamente especializada (52% tiene alguna especialidad clínica). Las condiciones de trabajo dentro del sector público están reguladas por un Convenio Colectivo, pero no existe ninguna regulación para la práctica privada. Debido a que muchos médicos combinan la práctica pública y privada, casi la mitad de ellos (47%) trabajan más de 40 horas por semana, que es la cantidad de horas establecida como tiempo completo dentro del Convenio Colectivo. Sin embargo, muchos médicos dedican sólo tres o cuatro horas al día a los servicios públicos a fin de justificar su salario, usando el resto del tiempo para su práctica privada. El Ministerio de Salud nunca se ha preocupado mayormente por este asunto, pues reconoce tácitamente que los salarios de los médicos están por debajo de las tarifas del mercado. El salario mensual promedio en el Ministerio de Salud es de alrededor de 100 dólares US por mes.

### Organizaciones profesionales

Durante muchos años los médicos se han interesado por la creación de organizaciones para defender sus intereses profesionales y laborales. Si bien han disfrutado de un prestigio social como grupo, de cualquier modo deben negociar sus condiciones de trabajo como cualquier otra profesión del país. Cuando los sandinistas llegaron al poder a finales de los setenta, la elite médica dejó el país debilitando significativamente a la profesión. Durante el periodo sandinista los

médicos perdieron su posición en el nivel más alto de la jerarquía médica y recibieron un trato similar al de todos los demás trabajadores de la salud. A pesar de que se formó un sindicato médico, FETSALUD, este estaba controlado por el gobierno realmente a los médicos.

Antes del régimen sandinista se había formado un Colegio de Médicos, pero el gobierno nunca lo consideró como verdadero representante de los intereses de los miembros de la profesión. En años recientes, el Colegio ha sido más activo en la movilización del apoyo destinado a ejercer un papel más importante en la regulación de la práctica médica. Su primer objetivo es asegurar el registro obligatorio de los médicos dentro del Colegio. A través de esta estrategia, el Colegio pretende:

- regular la práctica médica al otorgar un registro o licencia
- introducir un código ético obligatorio entre los médicos
- introducir un sistema de jerarquías entre los médicos según sus capacidades, calificación y experiencia
- regular la manera en que los médicos anuncian sus servicios.

Los sindicatos de atención a la salud no han recibido mucho apoyo de parte de los médicos y muchos se quejan de que los sindicatos conocen mal el proceso de trabajo y las presiones que viven. A pesar de la política implícita del gobierno destinada a desalentar a los organismos profesionales pequeños, algunos otros profesionistas han conseguido cierta representatividad. Los farmacéuticos, por ejemplo, han negociado el control del registro de practicantes que lleva el Ministerio de Salud. La regulación de la profesión médica en el país tiene que ajustarse a los cambios sucedidos recientemente en el sistema de salud a fin de que su participación promueva la calidad de la atención y la posibilidad de otorgar servicios a las poblaciones más necesitadas.

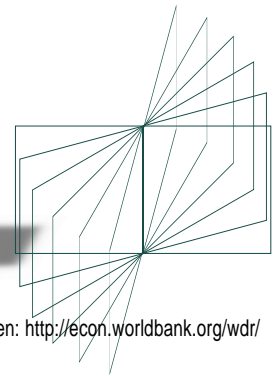
\* Adaptado del Capítulo 1 (The impact of health care reform on the professional regulation of physicians in Latin America) del libro *The New public/private mix in health: exploring the changing landscape*, Neil Söderlund, Pedro Mendoza-Arana y Jane Goudge, editores. Ginebra, Suiza: Alliance for Health Policy and Systems Research, 2003.

**Personal de salud en países seleccionados de América Latina y El Caribe**

País	Tasa por 100,000 habitantes / año					
	Médicos		Enfermeras		Dentistas	
Argentina	268.4	1992	76.8	1994	66.2	1997
Barbados	125.4	1993	330.3	1993	16.1	1993
Belice	54.8	1996	82.0	1996	10.6	1996
Bolivia	129.9	1997	69.4	1997	21.1	1997
Brasil	127.2	1996	41.3	1996	85.1	1996
Canadá	229.1	1995	897.1	1996	58.6	1997
Chile	110.3	1994	47.2	1996	41.5	1996
Colombia	116.0	1997	48.3	1994	40.3	1994
Costa Rica	141.1	1997	109.1	1997	39.4	1997
Cuba	530.4	1997	677.6	1997	84.5	1997
Dominica	49.3	1996	415.5	1996	5.6	1996
República Dominicana	215.6	1997	29.9	1997	23.4	1997
Ecuador	169.6	1997	70.1	1997	63.9	1997
El Salvador	107.1	1997	34.9	1997	35.6	1997
Granada	49.5	1997	367.7	1997	8.6	1997
Guatemala	93.3	1997	27.0	1997	13.0	1997
Guyana	18.1	1997	84.2	1997	3.8	1997
Haití	8.4	1992	10.7	1997	1.2	1992
Honduras	83.2	1997	25.5	1997	16.8	1997
Jamaica	140.1	1996	64.5	1996	9.0	1994
México	186.4	1990	86.5	1995	65.9	1990
Nicaragua	85.6	1997	91.9	1997	18.6	1997
Panamá	166.8	1995	144.1	1997	83.8	1997
Paraguay	109.8	1997	23.9	1997	22.8	1997
Perú	93.2	1997	115.2	1997	39.6	1997
Santa Lucía	47.3	1997	263.0	1997	6.2	1997
Suriname	25.2	1996	156.3	1996	.9	1996
Estados Unidos	279.0	1995	972.0	1996	59.8	1996
Venezuela	236.3	1997	64.4	1997	57.1	1997

Datos tomados del sitio web de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>

# Páginas de la Reforma



- Banco Mundial. Making Services Work for Poor People - World Development Report 2004 Banco Mundial. Septiembre, 2003. Disponible en Internet en: <http://econ.worldbank.org/wdr/wdr2004/>
- Dal Poz, Mario, Pedro Galin, Marta Novick y Thereza Varela. Relaciones Laborales en el Sector Salud. Fuentes de información y métodos de análisis. Quito: OPS/OMS, 2000. Disponible en internet en: [www.opsecu.org/orhs-ecuador/publicaciones/laboral.pdf](http://www.opsecu.org/orhs-ecuador/publicaciones/laboral.pdf)
- Das Gupta, Monica y Peyvand Khaleghian Public Management and Essential Public Health Functions. Washington, D.C., E.U.A. Banco Mundial, Development Research Group, Working Paper No.: 3220 Febrero, 2004. Disponible en Internet en: [http://econ.worldbank.org/files/33192\\_wps3220.pdf](http://econ.worldbank.org/files/33192_wps3220.pdf)
- Docteur, Elizabeth, Howard Oxley, Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. París, Francia: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Diciembre 2003. Disponible en Internet en: <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>
- Guagliardo, Mark F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. Washington, D.C., E.U.A.: The George Washington University School of Public Health and Health Services, International Journal of Health Geographics 2004, 3:3 Febrero, 2004. Disponible en Internet en: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/pdf/1476-072X-3-3.pdf>
- Gupta, Neeru, Pascal Zurn, Khassoum Diallo y Mario R Dal Poz. Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries International Journal for Equity in Health. Diciembre 2003, 2:11. Disponible en Internet en: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-2-11.pdf>
- Hauck, Katharina, Peter C. Smith y Maria Goddard. The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review. Gran Bretaña: Centre for Health Economics Universidad de York, Banco Mundial, Noviembre 2003. Disponible en Internet en: [http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs\\_Discussion/Hauck-The%20Economics%20of%20Priority-whole.pdf](http://www1.worldbank.org/hnp/Pubs_Discussion/Hauck-The%20Economics%20of%20Priority-whole.pdf)
- Hutubessy, Raymond, Dan Chisholm y Tessa Tan-Torres Edejer. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2003, 1:8, Diciembre, 2003. Disponible en Internet en: <http://www.resource-allocation.com/content/1/1/8>
- Murray, Christopher J.L., David B. Evans, editores. Health systems performance assessment : debates, methods and empiricism. Washington, E. U. A.: Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en Internet en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562455.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle income countries. Ginebra, Suiza: World Health Organization - ISBN 92 4 154607 7 – 2003. Disponible en Internet en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales, Propuesta interagencial OPS-CEPAL-OIT, 2000. Disponible en Internet en: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR01/libro1-obsrrh.htm>
- Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de la Salud. *Observatorio de Recursos Humanos de Salud* En: 38.A Sesión Del Subcomité De Planificación Y Programación Del Comité Ejecutivo, Washington, D.C.: OPS/OMS, 2004. Disponible en Internet en: [www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp38-05-s.pdf](http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp38-05-s.pdf)
- UNFPA. Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability Population and Development Strategies. United Nations Population Fund (UNFPA), Series number 8, 2003. Disponible en Internet en: [http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/191\\_filename\\_PDS08.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/191_filename_PDS08.pdf)

## Estrategias del desarrollo de recursos humanos para la salud

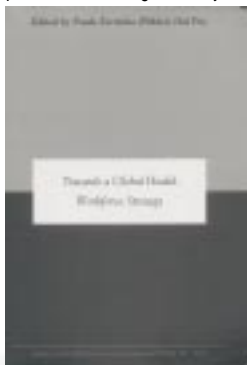
Esta obra ofrece una colección de importantes documentos presentados en diciembre de 2000 en Annecy, Francia en una reunión que impulsó la agenda de análisis y desarrollo de recursos humanos para la salud en todos los niveles.

Como lo indican en el prefacio Orville Adams (OMS) y Gilles Dussault (World Bank Institute): "Los documentos presentados en el libro cubren las principales áreas del Desarrollo de Recursos Humanos en salud: planeación y administración de la fuerza de trabajo, educación y entrenamiento, incentivos y condiciones de trabajo, administración del desempeño del personal y políticas necesarias para asegurar que las inversiones en recursos humanos produzcan los beneficios que merecen las poblaciones que invierten."

Adams y Dussault afirman que aunque "Los autores escriben desde perspectivas profesionales, regionales y culturales diversas, existe un alto grado de consistencia en su diagnóstico de los problemas y en la proposición de estrategias para enfrentarlos."

Por otra parte, tanto las interrogantes consideradas como las estrategias propuestas hacen que los documentos presentados en esta obra sean igualmente relevantes para los países desarrollados y para los que están en vías de desarrollo.

**Towards a Global Health Workforce Strategy**  
**Paulo Ferrinho y Mario Dal Poz, editores**  
**Antwerpen, Bélgica: ITGPress, diciembre 2003. 488 pp.**



## El desempeño de los sistemas de salud bajo la lupa

Partiendo de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud de los 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 (*World Health Report, 2000*), en primera instancia, esta obra hace una minuciosa presentación de los esfuerzos llevados a cabo por la OMS para brindar una base científica a los lineamientos de políticas destinadas a impulsar el mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud.

Además de servir de referencia sobre los esfuerzos actuales para la evaluación de los sistemas de salud, su objetivo es contribuir al desarrollo de los métodos y las técnicas necesarios para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en la consecución de sus metas más importantes a nivel mundial.

La obra está organizada en cinco grandes secciones: I. Las metas de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud; II. Perspectivas regionales de la evaluación del desempeño; III. Reportes de consultores científicos sobre temas relacionados con la evaluación del desempeño; IV. Métodos y empiricismo del marco de trabajo de la evaluación del desempeño; V. Reporte del Grupo Científico de Pares sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.



**Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism**  
**Christopher J. L. Murray y David B. Evans, editores**  
**Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2003. 927 pp.**

## Nulo avance en la salud de las poblaciones nativas en el mundo

Un interesante estudio realizado en la London School of Higiene and Tropical Medicine (Fina Bristow, editora. *Indigenous peoples' health and well being*, LSHTM, 2003) revela que al llegar al final de la Década de las Poblaciones Nativas del Mundo en vez de haber mejorado, la salud de los pueblos nativos ha empeorado.

Esta clasificación incluye a más de 350 millones de personas con más de 5,000 lenguas y culturas en más de 70 países. Esos seres humanos mueren prematuramente, no tienen acceso a servicios de salud y son cotidianamente discriminados por trabajadores de salud insensibles a sus necesidades y peculiaridades.

Se puede tener acceso al estudio completo en Internet a través de la siguiente dirección:  
[http://www.healthunlimited.org/aboutus/HU\\_IPbooklet\\_final\\_b+w.pdf](http://www.healthunlimited.org/aboutus/HU_IPbooklet_final_b+w.pdf)

## Iniciativa de aprendizaje conjunto

Con el patrocinio de la Fundación Rockefeller, Sida/Suecia y la Fundación Gates y el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial el año pasado se puso en marcha la *Iniciativa de Aprendizaje Conjunto sobre Recursos Humanos para la Salud y el Desarrollo*. La iniciativa tiene como objetivo determinar cuál es la situación actual de esos recursos humanos, lo mismo que evaluar y recomendar alternativas y estrategias para mejorar su situación a nivel tanto nacional como global.

La Iniciativa constituye una red de más de cien miembros organizados en siete grupos de trabajo. Durante el año 2003 los grupos de trabajo realizaron investigaciones en todo el mundo y comisionaron más de 50 estudios, entre los que se incluían las opiniones de los propios trabajadores de la salud.

Los resultados de un año de trabajo de la Iniciativa han permitido corroborar la enorme importancia de los Recursos Humanos para poder alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio (MDGs). Por ejemplo, se ha visto que pocos países alcanzan una cobertura de 80% en vacunación contra la viruela sin una densidad mínima de 1.5 trabajadores de salud por 1,000 habitantes mientras que se requiere alrededor de 2.5 trabajadores para brindar atención profesional al nacimiento, un importante indicador de mortalidad materna.

En su reciente reunión en Tailandia (febrero 2004), el Grupo de Trabajo sobre Administración de la Demanda elaboró una importante serie de recomendaciones sobre temas tan relevantes como la reforma del sector público, la descentralización, la reforma financiera del sector salud, los tratados internacionales de comercio y servicios, la migración internacional, el desperdicio y el mejoramiento del uso de los recursos humanos en salud, la proyección de la demanda, los incentivos, la distribución de capacidades y del personal y la mezcla público-privada de proveedores de servicios de salud.

## Nominaciones para premios interamericanos en salud pública 2004

La Fundación Panamericana para la Salud y la Educación, colaboradora de la Organización Panamericana de la Salud ha lanzado una convocatoria para el otorgamiento de tres importantes premios correspondientes al año 2004.

- ▶ Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en Salud Interamericana
- ▶ Premio Fred L. Soper a la Excelencia en Literatura en Salud
- ▶ Premio Manuel Velasco-Suárez en Bioética

Los ganadores recibirán un premio en efectivo y un certificado de honor y en el caso de los premios Horowitz y Velasco-Suárez también serán acreedores a un viaje pagado a Washington D.C.

Para mayores informes dirigirse a: [foundation@paho.org](mailto:foundation@paho.org)  
o visite la página: [www.paho.org/English/PAHEF/awards.htm](http://www.paho.org/English/PAHEF/awards.htm)

## Un portal en Internet sobre sociedad y medicina [www.socialmedicine.org](http://www.socialmedicine.org)

Un sitio destinado promover los principios y la práctica de la medicina social. Su objetivo es poner a los lectores en contacto con colaboraciones de especialistas internacionales interesantes para los activistas de la salud y para quienes se ocupan de la interacción entre salud y sociedad.

El portal ha sido desarrollado por el Departamento de Familia y Medicina Social del Albert Einstein College of Medicine (EUA).

# Citas con la Reforma

## International Health Economics Eight-Week Intensive Course

### Curso Intensivo de Ocho Semanas sobre Economía de la Salud Internacional

Mayo 3 - Junio 25, 2004

Centre for Health Economics, University of York, Gran Bretaña  
[www.york.ac.uk/inst/che/intemat.htm](http://www.york.ac.uk/inst/che/intemat.htm), [che.ip@york.ac.uk](mailto:che.ip@york.ac.uk)

## AcademyHealth 2004 Annual Research Meeting, Reunión Anual de Investigación 2004 de AcademyHealth

Junio 6 - 8, 2004

San Diego, California, E.U.

## Health Equity Research To Action Short Course Curso corto: De la Investigación a la Acción en Equidad en Salud

Junio 7 - 9 o Junio 15 - 17

Durban, Sudáfrica, The Global Equity Gauge Alliance

## International Society for Equity in Health 3<sup>rd</sup> International Conference

### Pathways to Equity In Health: Using Research for Policy and Advocacy

### Tercera Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud

### Caminos hacia la equidad en Salud: Usar la Investigación para Políticas y la Defensa

Junio 10 - 12, 2004

Durban, Sudáfrica

## VI Congreso Brasileño de Epidemiología

Junio 19 - 23, 2004

Recife, Brasil

## Primer encuentro de Enfermedades Crónicas de las Américas y el Caribe "Uniendo Puentes de Comunicación para la Acción"

Junio 21 - 25, 2004

San Juan, Puerto Rico

<http://www.salud.gov.pr/Divisiones/Encuentro.htm>

## Programa de Formación en Salud Internacional

Junio 31, 2004

Washington D.C., EUA

<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/pfsiacerca.htm>

## European Conference of Public Health Observatories: Making the Most of International Comparisons

### Conferencia Europea de los Observatorios de Salud Pública: Beneficiarse al Máximo de las Comparaciones Internacionales

Julio 8 - 9, 2004

Universidad de Durham, Gran Bretaña

# Informando & Reformando

## Boletín trimestral del NAADIIR

Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información  
sobre Iniciativas de Reforma



Banco  
Interamericano  
de Desarrollo



Fundación  
Mexicana  
para la  
Salud



Instituto  
Nacional de  
Salud  
Pública  
México



Organización  
Mundial de  
la Salud

## Directorio

### Comité Directivo

Anne Mills • Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres

Celia M. de Almeida • Fundación Oswaldo Cruz

Miguel Angel González • Organización Mundial de la Salud

Enis Baris • Banco Mundial

Christina Zarowsky • International Development Research Centre

### PROSyPS

Jaime Sepúlveda / Mario Bronfman • Instituto Nacional de Salud Pública, México

Guillermo Soberón • Fundación Mexicana para la Salud

### Staff del NAADIIR

Gustavo Nigenda • Coordinador Ejecutivo

María Teresa de Mucha • Coordinadora Administrativa

### Informando & Reformando

Gustavo Nigenda • Director

Víctor Becerril • Editor

Carlos Oropeza-Abúndez • Asesor Editorial

Explore la base de datos del NAADIIR  
<http://www.insp.mx/ichsri>