

Recursos humanos para la salud en el contexto de la reforma sanitaria en México: formación profesional y mercado laboral

Gustavo Nigenda¹, Laura Magaña-Valladares^{2*} y Doris Verónica Ortega-Altamirano¹

¹Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; ²Secretaría Académica, Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen

Se plantea el papel que los recursos humanos para la salud deberían desempeñar en las próximas etapas de la reforma del sistema de salud mexicano a través de las siguientes dimensiones: la orientación de la formación, las instituciones responsables de esta formación, las formas de vincular a los trabajadores a las instituciones y las formas en las que los trabajadores de la salud deben responder a los cambios en marcha. Los cambios requeridos deben estar basados en una propuesta de planificación estratégica sustentada en acuerdos institucionales, que defina objetivos comunes así como procedimientos claros para cumplir las metas.

PALABRAS CLAVE: Sistema de Salud. Recursos Humanos para la Salud. Formación. Condiciones laborales. Reforma del Sistema de Salud. México.

Abstract

The role that human resources for health should play in future stages of the Mexican Health System reform is discussed. The following dimensions are considered to guide the discussion: the orientation of training, the institutions responsible for training, the mechanisms to link graduates to health institutions and the ways health workers should respond to the current managerial modifications. Changes should be based on a pre-defined strategic planning exercise based on institutional agreements which allow defining common objectives as well as clear procedures to attain those objectives.

(Gac Med Mex. 2013;149:555-61)

Corresponding autor: Laura Magaña Valladares, lmagana@insp.mx

KEY WORDS: Health Care System. Health Personnel. Training. Health Care Sector. Health Care Reform. Mexico.

Introducción

Los recursos humanos para la salud (RHS) son un componente fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud (SS). Se entiende por RHS el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud

personales y poblacionales, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación. La planeación de los RHS debe considerar sus formas de entrenamiento y participación laboral. Sin embargo, los RHS tienen la particularidad de que son el único activo con preferencias y capacidad de control sobre los procesos de diseño, planeación y ejecución de políticas en salud¹.

Las reformas sanitarias en América Latina y el Caribe (ALC) han sido sumamente ambiciosas en la modificación de estructuras y funciones² de los SS con el fin de lograr objetivos sistémicos. Las reformas han modificado los esquemas de financiamiento, la rectoría del sistema y la prestación de servicios. Algunas de

Correspondencia:

*Laura Magaña Valladares
Secretaría Académica
Instituto Nacional de Salud Pública
Avda. Universidad, 655
Col. Santa María Ahuacatitlán, C.P. 62100, Cuernavaca, Mor.
E-mail: lmagana@insp.mx

Fecha de recepción: 02-04-2013

Fecha de aceptación: 24-06-2013

ellas incluso han modificado por completo la estructura previa del sistema para lograr una mayor integración y con ello mejorar la equidad y la eficiencia. En estas reformas, el papel del recurso humano frecuentemente es subestimado. Por lo tanto, es posible plantear que existen rezagos importantes tanto en su formación como en su vinculación institucional³.

Uno de los objetivos fundamentales de las reformas de los SS es poder enfrentar de manera exitosa las grandes transformaciones demográficas y epidemiológicas. Tanto la migración, como el envejecimiento y el incremento de las enfermedades cronicodegenerativas en las poblaciones llaman a importantes ajustes en la asignación de recursos y la prestación de servicios. En esta última función se requiere de la participación de nuevas categorías de personal de salud (técnicos en salud, especialistas en promoción y prevención de la salud, entre otros) distintas a las tradicionales y con capacidad de adaptarse rápidamente a los requerimientos institucionales. Se ha planteado insistentemente que la estrategia de atención primaria a la salud (APS) es el mecanismo que tienen los sistemas para lidiar exitosamente con la demanda generada por los cambios demográficos como el envejecimiento y las enfermedades cronicodegenerativas con el fin de dar respuesta efectiva y con calidad a estas necesidades y preservar su sustentabilidad financiera⁴.

En las últimas dos décadas en el campo de la educación también ha habido importantes cambios. Entre las ocupaciones de la salud dos cambios que destacan son el incremento en la formación bajo el marco conceptual del estructuralismo para el desarrollo de competencias y de otros enfoques innovadores. El segundo es un aumento acelerado en la oferta de escuelas privadas para la formación de trabajadores de la salud de nivel profesional y técnico⁵. Este último fenómeno ha sido documentado a lo largo de la región de ALC⁶. También preocupa la incapacidad que han mostrado las escuelas, tanto públicas como privadas, para producir egresados con una formación orientada a la APS.

En el contexto anterior, el presente artículo se centra en identificar los aspectos clave tanto en la formación de RHS como en su incorporación a la producción de servicios en el contexto de la reforma del sector salud en México. Se plantea un análisis que incluye las categorías profesionales y las técnicas. Se revisan aspectos específicos de la formación tales como tendencias educativas y la orientación de la formación. Del lado de la demanda institucional se revisan aspectos relativos a la capacidad de las organizaciones para el reclutamiento de personal, las condiciones laborales y

el mercado laboral. El artículo finaliza con una propuesta para llevar a cabo un ejercicio de planificación estratégica de RHS a partir de los fenómenos que las instituciones del país tienen que enfrentar en el futuro cercano y también de la posibilidad de que el SS se mueva a la siguiente fase de la reforma, es decir, a la integración.

La formación de recursos humanos para la salud

México comparte muchas de las tendencias regionales con ALC en la formación de RHS. Tres aspectos considerados clave para la exploración del tema y los cuales requieren respuesta urgente en el país son los siguientes.

¿Formación pública o privada?

El incremento del número de escuelas que forman distintas categorías de RHS ha sido impresionante en los últimos 20 años. Esta es una tendencia claramente identificada en otros países de ALC, como en el caso de Brasil, que actualmente cuenta con alrededor de 800 escuelas para la formación de enfermeras⁷. Un elemento explicativo de este fenómeno es el papel que las escuelas privadas han desempeñado en la conformación de esta tendencia. Un primer punto de discusión es el hecho de que estas se centran en satisfacer una demanda social y no necesariamente la demanda de las instituciones de salud, por lo que estamos generando una oferta excesiva expresada en empleos precarios, subempleo y desempleo.

En México también existe un claro repunte del número de egresados de las escuelas, públicas y privadas, de medicina y enfermería. Este último grupo, el de enfermería, ha entrado en una dinámica extraordinaria de crecimiento, no para satisfacer la demanda interna, sino la de los mercados internacionales como su principal impulsor⁸.

Otro punto fundamental es la calidad con la que estos estudiantes se están formando; ha tomado más de una década de esfuerzos a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) acreditar a las escuelas del país. El proceso es voluntario, por lo que cualquier escuela puede operar sin acreditación. Se ha observado que algunos grupos de escuelas públicas, pero principalmente las privadas, se han resistido a cumplir este proceso⁹. No obstante, cambios en la normatividad han incentivado a las escuelas privadas, las que al acreditarse obtienen el derecho a ubicar a sus estudiantes en campos clínicos. En este punto hay tres aspectos que son fundamentales

de atender: a) la reglamentación para abrir nuevas escuelas; b) la capacidad de las escuelas para producir egresados con niveles óptimos de formación, y c) la obligatoriedad para que estas escuelas se acrediten de manera continua.

Por otra parte, la formación de RHS de nivel técnico se da en una gran multiplicidad de instituciones, esta carece de regulación y certificación. Lo anterior se suma a otros aspectos laborales relevantes que históricamente ha enfrentado el personal técnico: salarios bajos en las instituciones de salud, su estricta asignación para satisfacer los requerimientos de programas preventivos y comunitarios y, finalmente, al igual que los de nivel licenciatura, a las gruesas filas del desempleo^{10,11}.

¿Formación orientada a la atención primaria para la salud?

En los últimos años, las instituciones de salud mexicanas han realizado esfuerzos importantes por desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud, dirigidas a la población¹². Sin embargo no existe evidencia suficiente que demuestre que estas acciones en sí mismas representen la implantación de un modelo de atención hacia la APS. Esta representa una estrategia mucho más compleja, y los RHS deben participar en la promoción de estilos de vida que reduzcan los riesgos a la salud y en garantizar una atención continua a lo largo del ciclo de vida¹³. Otro aspecto fundamental es el cambio del papel del médico, quien, en el modelo de prestación vigente, participa de manera tangencial en tareas de promoción y educación para la salud. De esta forma, el médico atiende a los enfermos y aplica el método clínico estableciendo diagnósticos y tratamientos. El resto de las acciones de APS como las de educación, promoción, prevención (inmunizaciones) y el control y seguimiento del paciente en la comunidad son ejecutadas por personal de salud formado en áreas técnicas de enfermería, nutrición, psicología, entre otros¹⁴.

En el aspecto educativo, se requiere que todos los estudiantes de las carreras del área de la salud conozcan el modelo de APS y el papel que cada uno de ellos puede desempeñar en dicho modelo, sin que ello implique limitar o no adquirir conocimientos de las áreas clínicas, las cuales también son necesarias para preservar la salud de la población. Desafortunadamente, a la fecha, muy pocas escuelas incluyen contenidos de APS en sus currículos, y en aquellas que lo hacen solo representan un porcentaje menor del total de créditos de la carrera. La APS, como modelo de atención,

demanda de los egresados no solo capacidades y habilidades técnicas, sino también conocimientos sobre las formas en las que operan los servicios de salud para atender a las poblaciones con distintas necesidades y no solo a pacientes. La formación de especialistas en salud pública, tanto de nivel profesional como técnico, es fundamental para la operación de un modelo de APS. Esta formación se ha incrementado en los últimos años pero es todavía insuficiente.

¿Formación basada en competencias?

Hace ya un siglo de la publicación del informe Flexner (1910) y de los manuscritos de Welch-Rose (1915) y Goldmark (1923)¹⁵, que establecieron los cimientos para la educación formal de médicos, enfermeras e ingenieros en salud pública. La formación de los RHS requiere en la actualidad de replanteamientos profundos para enfrentar los retos de los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y económicos de un mundo cada vez más interconectado, globalizado, así como la ampliación, diversificación y obsolescencia de los saberes.

Además del problema de falta de personal adecuado para atender los requerimientos del SS, existe en ellos falta de competencias laborales para enfrentar los retos actuales.

Las instituciones educativas están alejadas de los SS, por lo que han quedado desfasadas de las necesidades y demandas del sector. Los programas educativos fragmentados, estáticos y poco pertinentes requieren colocar en el centro de su currículo la atención de los egresados hacia los usuarios¹⁶. Es necesario que el nuevo profesional sea capaz de colaborar en equipos de trabajo multidisciplinarios, basar su práctica en evidencia científica e incorporar la mejora continua de la calidad como parte inherente a su práctica profesional cotidiana¹⁷.

Las instituciones educativas y los SS operan y formulan políticas desde lógicas distintas, y no existen puentes que permitan una coherencia en materia de formación de RHS. La interdependencia de los sectores de salud y educación es de la mayor relevancia para lograr la eficiencia, la efectividad y la equidad en salud. El puente puede ser el consenso para crear un modelo de atención al cual ceñirse, obligadamente, para tomar decisiones en materia curricular para la formación de profesionales de la salud. Las instituciones educativas son elementos cruciales para la transformación de los SS¹⁶.

Sin embargo los RHS se siguen formando con modelos curriculares predominantemente clínicos y

centrados en la atención curativa e individual, más que en un modelo que privilegie la APS y que favorezca la prevención de enfermedades. Además de que el currículo de las universidades y centros de enseñanza se encuentra fragmentado, es excesivamente especializado. Los profesionales no desarrollan las competencias básicas que todo profesional de la salud debe tener para contribuir a alcanzar la salud y bienestar de la población¹⁸.

En las escuelas de medicina las plantillas académicas se dedican principalmente a la actividad clínica y en menor proporción al trabajo de investigación, al comunitario y a la prevención. Aunado, se encuentra la ausencia de políticas públicas que enfaticen la APS, y tampoco se cuenta con un modelo de prevención rector en el SS.

Es urgente integrar en el currículo las «competencias para la vida», de modo que los egresados sean competentes para el trabajo en equipo, la comunicación efectiva, la toma de decisiones, el liderazgo proactivo, el trabajo multidisciplinario. Todas estas, competencias esenciales para garantizar un alto nivel de calidad en los servicios de salud.

Los modelos educativos tradicionales, memorísticos y sobresaturados de contenidos teóricos ya no son pertinentes ni efectivos para la formación de RHS. Es necesario implementar programas que favorezcan el desarrollo de competencias a través de estrategias de enseñanzas activas, participativas, centradas en el alumno y en la construcción de sus propios saberes. Favorecer la reflexión crítica, la búsqueda de evidencias, el trabajo colaborativo, la innovación y la creatividad para solucionar problemas, así como la formación de actitudes que lleven a un actuar ético, responsable, comprometido con cerrar las brechas de iniquidad que aún persisten¹⁹.

La inserción del quehacer educativo en salud en el contexto de la globalización

En las condiciones actuales de los países de la región y del orbe, las alianzas, los consorcios y las redes académicas son una fortaleza que debemos impulsar para robustecer el desarrollo de más y mejores cuadros de profesionales y técnicos.

Es fundamental el crear bienes públicos regionales, compartir recursos educativos y docentes, que además de consolidar las instituciones académicas, coadyuve a formar profesionales con una perspectiva global, con capacidad para responder a las complejas necesidades de la sociedad; lo anterior demanda una

sólida capacidad rectora del Estado para implementar las reformas del sector salud.

Las grandes transformaciones que urgen en el ámbito de la formación de los RHS exigen, por parte de los gobiernos de ALC, un compromiso mayor del que actualmente otorgan. Solamente el 2% del gasto social a nivel mundial se destina a la educación, y una fracción aún menor para la formación de RHS¹⁶. No obstante, para tener un mayor impacto es insuficiente elevar el presupuesto; se requiere, además, de la acción colaborativa, decidida e integrada de los SS, de las instituciones educativas y de la participación de otros actores estrechamente vinculados con la salud: las empresas farmacéuticas, los proveedores de equipos, prótesis e instrumentos biomédicos, las organizaciones gremiales, las académicas y las de la sociedad civil dedicadas a la salud y a la investigación en SS, entre otros²⁰.

También insta del Estado un compromiso decidido de regular e innovar la educación y procurar el acceso a mecanismos efectivos de capacitación y certificación (nacional e internacional) a lo largo de toda la vida laboral, lo cual es un elemento de gran peso para alcanzar el éxito en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.

En México, profesionalizar a los docentes formadores de los RHS es parte la agenda pendiente. Educar por competencias requiere de las instituciones académicas la transformación de los planes y programas de estudio y de los docentes, que conozcan y desarrollen estrategias educativas acordes a estos, lo cual implica que la planta docente posea una nueva visión de la prestación del servicio del profesional en formación, domine tácticas innovadoras de enseñanza y de aprendizaje y utilice con habilidad plataformas y herramientas tecnológicas de acceso e intercambio de información científica en salud, ya que el aula actual es un aula global, extendida por: el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, la velocidad de los intercambios de datos y por la colaboración en la reconstrucción del conocimiento²¹.

Los requerimientos del sector salud

La demanda por RHS se ha incrementado en los últimos años en el país y en el orbe²². En México, después de un largo periodo de demanda reducida a su mínima expresión por parte de las instituciones públicas y previa a la fase de reforma sanitaria, orientada a la ampliación de la cobertura y al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en el año 2000 y años subsecuentes. A fin de aportar elementos a la

exploración del campo laboral, se aborda la problemática en tres temas específicos.

¿Se requieren más médicos y más enfermeras?

Se ha observado que la tendencia reciente de las escuelas de medicina, enfermería y de otras ciencias de la salud es hacia el aumento de la producción de egresados, lo cual, previsiblemente, se mantendrá para los próximos años. En el caso de la formación de especialidades médicas también se prevé un aumento de egresados a partir de la aprobación en el año 2004 de más campos clínicos en las instituciones públicas de salud del país. Un ejercicio reciente de proyecciones de especialidades médicas mostró que se requiere incorporar indicadores relacionados con la capacidad de los trabajadores de producir servicios de calidad, para obtener estimaciones realmente útiles para la planificación²³.

En general, en México, la determinación de escasez o de excedente de personal de salud no deriva de ejercicios sistemáticos sino de percepciones de los propios actores interesados. Datos de la Secretaría de Salud muestran que los indicadores de productividad de los últimos 10 años son sumamente bajos entre los médicos especialistas (2 consultas diarias por médico) pero comparativamente altos entre médicos generales y familiares (13 consultas diarias por médico). Por lo tanto, es posible plantear para algunas especialidades, particularmente pediatría y ginecoobstetricia, dada su capacidad de producción de servicios y la tendencia en la demanda futura hará que el requerimiento institucional disminuya. Desafortunadamente, la tendencia actual de contratación muestra que esta crecerá en los próximos años, por lo que la productividad podría caer aún más y generar enormes ineficiencias en el uso de los RHS. En contraste, el incremento de médicos familiares, enfermeras profesionales y especialidades médicas relacionadas con el cambio epidemiológico se plantea como necesario.

El caso de enfermería es clave. La relación de enfermeras por población en México es de las más bajas de la región, y así ha sido históricamente. En la actualidad se observa un crecimiento importante en la formación de enfermeras de nivel universitario –al igual que en otros países de ALC–, el cual tiene que ser aprovechado por las instituciones de salud en los próximos años. Sin embargo, es posible que esta producción esté enfocada a satisfacer los requerimientos de mercados foráneos y no de los locales²⁴, y, menos

aún, que obedezca a una política impulsada por el Estado para alcanzar los estándares de bienestar que está obligado a garantizar.

¿Se requieren nuevas categorías en la fuerza laboral para la atención a la salud?

La demanda de atención a las instituciones de salud por parte de la población mexicana ha cambiado de manera importante en los últimos años. Es previsible que este patrón de demanda se mantenga en el futuro, probablemente por décadas. El SS debería ajustarse, como hemos señalado, para fortalecer un modelo de APS. Un elemento clave en este fortalecimiento es la formación e inclusión de nuevas categorías de trabajadores de la salud, particularmente aquellas con mayor vinculación en labores de promoción, prevención y salud pública.

Es posible guiar la formación de nuevas categorías técnicas y profesionales de los RHS a partir del marco de referencia de las funciones esenciales de la salud pública. Sin duda, este marco es de gran utilidad porque supone una perspectiva integral donde las acciones de promoción, prevención y diagnóstico temprano están ligadas a las acciones de tratamiento, curación y rehabilitación. La integralidad y continuidad de la atención a los usuarios, es decir, la prestación de los servicios, dentro de los SS es clave para mantener la salud de la población –particularmente cuando las enfermedades cronicodegenerativas empiezan a dominar el perfil epidemiológico poblacional.

¿Se requieren nuevas condiciones laborales en las instituciones?

Como se planteó anteriormente, las condiciones laborales de los RHS son fundamentales para su desempeño²⁵. Sin embargo, es importante diferenciar claramente las categorías de trabajadores y plantear una alternativa que considere dos grandes aspectos. El primero en relación con la necesidad de brindar condiciones de trabajo de acuerdo con la ley laboral del país, la oferta de salarios dignos y la consideración de políticas de equidad financiera y de género entre las diversas categorías ocupacionales²⁶. El segundo es que estas condiciones tendrán que ajustarse a la capacidad del SS, la eficiencia en el uso de recursos y la satisfacción de las necesidades de salud de la población²⁷. El grupo a diferenciar inicialmente son los médicos familiares en el primer nivel de atención. Estos médicos podrían ser pagados per cápita para incentivar acciones preventivas y de promoción, así

como la capacidad de referencia adecuada, tal como sucede en algunos SS europeos^{28,29}. El resto del personal, incluidos los médicos especialistas que trabajan en áreas hospitalarias, podrían ser pagados por salario de acuerdo con la productividad y calidad demostrada y con incentivos específicos para mejoría de desempeño y de la aplicación de acciones de prevención y promoción. Los trabajadores de nivel técnico, incluidos los de salud pública, también podrían ser pagados en forma asalariada asociado a un paquete de estímulos al desempeño. Además, las condiciones laborales deberían fomentar la participación, la cooperación y el balance en la distribución de tareas al interior de las unidades de salud.

Conclusión

El reto de la integración del sistema de salud

Los planteamientos que se han presentado en los apartados anteriores tendrían un efecto mayor si la fase actual de la reforma permitiera contar con un SS integrado, tanto a nivel de los RHS como de sus funciones. Como se sabe, la conformación actual del SS mexicano divide la atención de la población de acuerdo al tipo de vínculo laboral formal o informal, creando con ello una importante fuente de inequidades e ineficiencias. No obstante el avance reciente de la reforma del SS (de 2003 a la fecha) en materia de financiamiento, se mantiene el reto de la integración³⁰. En el campo de los RHS la segmentación del SS ha generado históricamente inequidades a favor de la seguridad social que por años contó con mayor disponibilidad financiera para la contratación, permanencia y capacitación de personal. A pesar de que estas diferencias en el sector siguen existiendo, la disponibilidad de personal en instituciones públicas ha aumentado de manera sustancial, pero no ha sido posible documentar sistemáticamente su desempeño. Es importante implementar una política de equidad para homologar la dotación y la capacidad de desempeño de los RHS en todas las instituciones públicas.

En el campo de los RHS lo fundamental es vincular a las instituciones de salud, las de educación superior y a otros actores quienes desempeñan un papel importante en la regulación. El papel del Estado en esta función ha demostrado ser fundamental y útil para modificar el comportamiento de las instituciones, las dedicadas a la formación de RHS y las dedicadas a la contratación de estos.

Históricamente, las escuelas que forman profesionales y técnicos de la salud han respondido más a la demanda del mercado por formación media y superior que a los requerimientos planificados o proyectados para el SS. Esto ha generado enormes problemas en el mercado laboral de los grupos ocupacionales de la salud, expresados principalmente en baja productividad, bajos niveles de satisfacción, contratos que no cumplen con la legislación laboral y en tasas sostenidas de desempleo y subempleo^{31,32}.

El reto de la planificación estratégica de recursos humanos en el estado actual de la reforma del Sistema de Salud

La planificación en salud es una responsabilidad que recae fundamentalmente en la capacidad rectora del Estado a través de las instituciones públicas, la cual, para el caso de los RHS, debe ser asumida en conjunto con todas aquellas instituciones involucradas en su formación, empleo y regulación. Llevar a cabo esta tarea dentro de un SS integrado resulta más eficiente, porque es posible evitar duplicaciones e inequidades. A través de estas funciones es posible involucrar una gran multiplicidad de actores interesados, tanto institucionales como representantes de grupos profesionales y técnicos de la salud. Como estrategia fundamental para el fortalecimiento de la rectoría del Estado se requiere fortalecer la capacidad de la Comisión Interinstitucional de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) para ejecutar tareas de planificación con un enfoque coordinado entre la producción y el requerimiento de RHS³³.

No es posible ordenar el campo de los RHS sin planificación. La formación de nuevos recursos, como se sabe, requiere de periodos largos de tiempo: para un técnico pueden ser 2 años y para un médico especialista hasta 12 años. Además de la temporalidad de la formación, debe considerarse qué función debe desempeñar cada categoría y en qué nivel de atención deben participar. En un escenario de integración del SS mexicano, la planeación de RHS debe ser una función clave, ya que no sólo se debe considerar la dinámica demográfica y poblacional sino también los cambios organizacionales en el SS.

Así como existe un llamado para que los SS se organicen de acuerdo con el modelo de APS, las instituciones educativas deben replantear sus programas para asegurar que todo profesional y técnico cuente con las competencias básicas y esenciales para participar en este modelo. Es decir, revertir la tendencia

de la sobreespecialización ineficiente hacia programas integradores que tengan como base y fundamento competencias esenciales para fomentar las acciones a favor de la salud y atender la enfermedad en todas sus etapas. Asimismo es importante evaluar el papel de la acreditación de las escuelas para garantizar una formación acorde con el nivel de calidad requerido tanto a nivel profesional como técnico.

En México se debe garantizar que las escuelas formen al personal que tanto la población como las instituciones de salud requieren, por lo tanto es fundamental determinar la cantidad de personas que deben ser formadas y la orientación que su formación debe tener para ajustarse a los requerimientos institucionales y poblacionales. Por otra parte, las instituciones de salud deben definir claramente el tipo de profesionales y técnicos a partir de los cambios que experimentarán en los próximos años. Si la integración del sistema se lleva a cabo, la planificación se estará llevando en un escenario de mayor certeza en términos de la definición de requerimientos de RHS para lograr una asignación equitativa entre instituciones y regiones, una orientación hacia la APS y un alto nivel de calidad de su desempeño.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo institucional a Mario Henry Rodríguez en la elaboración de este documento. Domingo Vázquez y Leobardo Cuevas ofrecieron su valioso tiempo y pertinentes comentarios en versiones iniciales del documento. Sin embargo, los contenidos del presente documento son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Bibliografía

1. Joint Learning Initiative. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Cambridge: Harvard University Press, United States of America; 2004.
2. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Oficina del Economista Jefe. Documento de trabajo 353. S/ciudad, 1997. 32.
3. Nigenda G, Machado MH, Castrillón C, Arroyo J, Maltez MI. Impact of Health Care Reform in the Professional Regulation of Doctors in Latin America (Final Summary Report). IC (Obtained from ICHSR), August, 1998.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
5. Ordorika Sacristán I. Educación superior y globalización: las universidades públicas frente a una nueva hegemonía. *Andamios*. Santiago, Chile. 2006;3(5):31-47.
6. Unión de Universidades de América Latina y el Caribe. Educación superior en América Latina y el Caribe: sus estudiantes hoy. México, D.F.: UDUAL; 2007.
7. Ministério de Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde. Material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da
8. Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – Brasília: – ProgeSUS. Ed. MS. Brasília, Brasil, 2007.
9. Arroyo G, Jiménez-Sánchez J. Repercusiones de la escasez versus migración de enfermeras como fenómeno global. *Rev Enferm IMSS*. 2005;13(1):33-40.
10. De la Garza J. Reflexiones sobre la calidad de la carrera de medicina en México. *Gac Méd Méx* [online]. 2005;141(2):129-41.
11. Alemán Escobar ML, Salcedo Álvarez RA, Ortega Altamirano DV. La formación de enfermeras en la Escuela de Salud Pública de México, 1922-2009. *Perfiles Educativos*. 2011;33(133):174-96.
12. Almeida C. Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad de Saúde Pública*. 2002;18(4):905-25.
13. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007.
14. Harzheim E, Casado V, Bonal P. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Actividad incluida en la Línea de Intercambio: III.2-1.08 Calificación de los Recursos Humanos necesarios para la prestación de servicios en sistemas de salud organizados en torno a la APS-2008. Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Sistema Nacional de Salud de España. Septiembre de 2009.
15. Garfield SR. The delivery of medical care. *Scientific American*. 1970; 222(4):15-23.
16. Greer W. Schools of Public Health. Their doing and undoing. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*. 1976;54(4):489-527.
17. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* [serie en internet] 2010 [fecha de consulta: 2012, enero, 04];376:1923-58. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext#article_upsell](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext#article_upsell).
18. Greiner AC, Knebel E, eds. *Health professions education: a bridge to quality*. Committee on the Health Professions Education Summit. Washington: National Academies Press; 2001.
19. Vargas E. La formación de médicos especialistas. En: Vázquez D, Cuevas L, Crocker R, coord. *La formación de personal de salud en México*. Jalisco: Programa Colaborativo de Recursos Humanos en Salud; 2005. p. 111-35.
20. Organización Mundial de la Salud. Preparación de la fuerza laboral sanitaria. En: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006. *Colaboramos por la salud*. Ginebra: OMS; 2006.
21. Committee on Public Health Strategies to Improve Health. For the Public's Health: The Role of Measurement in Action and Accountability. Washington: National Academy Press; 2001.
22. Pruitt SD, Epping-Jordan J. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ*. 2005;330(7492):637-9.
23. Nigenda G, Ruiz JA, González-Robledo LM, et al. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. 1.ª ed. Bogotá, Colombia: Javegraf; 2010.
24. Nigenda G, et al. Proyecciones de fuerza laboral en salud: médicos y enfermeras en el sistema de salud mexicano. Resumen ejecutivo. Junio de 2011.
25. Rosales-Martínez Y, Nigenda G, Galárraga O, Ruiz-Larios JA. Expectativas de migración internacional en estudiantes de enfermería en México. *Distrito Federal. Salud Pública Mex*. 2010;52(3):244-53.
26. Dal Poz RM. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del Programa de Salud de la Familia en Brasil. *Gac Sanit*. 2002;16(1):82-8.
27. Ortega Altamirano DV, Alemán Escobar ML, Brito García I, Rueda Neria CM, Salcedo Álvarez RA. Cultura Organizacional de enfermería dominante en un hospital de la Secretaría de Salud de Morelos, México. *Salud Pública Mex*. 2011;53:11-6.
28. WHO. Global Health Workforce Alliance. Financing and economic aspects of health workforce scale-up and improvement: framework paper. Task Force on Human Resources for Health Financing Global Health Workforce Alliance. Genève: WHO; 2009.
29. Griffith R, Tengnah C. The Health and Social Care Act 2008. *Br J Community Nursing*. 2010;15(12):598-602.
30. Leal M. Sistemas de pago y práctica médica: teoría y evidencia empíricas. OPS/OMS; 2002.
31. Ortiz ME. La integración funcional del sistema de salud mexicano. 14 Congreso de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. 3 de marzo de 2011.
32. Frenk J, Robledo C, Nigenda G, Vázquez A, Ramírez C. Subempleo y desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México. *Salud Pública Mex*. 1988;30(5):691-9.
33. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Human Resources for Health*. 2005;3:3.
34. Nigenda G, Ruiz JA, González-Robledo LM, et al. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. 1.ª ed. Bogotá: Javegraf; 2010.