

La influencia del entorno internacional sobre la regulación de recursos humanos en salud

***Claudia Madies,
Ministerio de Salud, Argentina***

Al abordar el tema de la cooperación internacional, les puedo comentar que en Argentina, nuestro país ha requerido cooperación para generar un Sistema de Capacitación Permanente para todos los recursos humanos en salud y ha encontrado que en las agencias de financiamiento internacional no nos han considerado como un gasto elegible. Es decir, que está claro que son los presupuestos nacionales los que tienen que procurar recursos para esa finalidad, y que en realidad, nuestros países están bastante solos en generar cambios en el recurso humano en salud, que nosotros estamos tomando como prioridad, pero no es así con otros actores, y sobretodo con los actores internacionales. Ello, con excepción, claro está, de organismos como la Organización Mundial de la Salud, o la Organización Panamericana de la Salud que han generado esa Iniciativa de Plan Decenal de los Recursos Humanos en Salud y que nosotros celebramos, porque todos los países estamos poniendo en el centro de la escena a las personas, tanto los destinatarios de los servicios como quienes los brindan.

Partiendo de los items que voy a desarrollar en la presentación y de considerar cuáles son las instancias en que el marco internacional nos puede servir de modelo, nosotros advertimos que la forma de discusión que tenemos en el MERCOSUR para abordar políticas de recursos humanos y para armonizar nuestra regulación en los servicios profesionales, puede estar replicada en el interior de nuestro país. Es decir, tomamos la metodología de discusión del MERCOSUR para hacer una metodología de armonización de nuestra política de recursos humanos en las 24 provincias de la República Argentina.

Todos conocen la realidad de Argentina, que pasó una grave crisis socioeconómica en el año 2001, y el impacto que esa crisis generó y se reflejó en nuestro Producto Bruto Interno, y también en la situación social en cuanto a pobreza, indigencia y desocupación.

Si nosotros vemos a nivel de educación de los recursos humanos en salud, vemos que los profesionales con grado universitario tienen una alta participación en los casi 500 mil trabajadores del sector. Y un tema que tenemos que poner a debate en el entorno internacional es si cuando hablamos de

profesionales hablamos solo de aquellos que tienen grado universitario, o no, porque en el interior de nuestros países la respuesta es diferente.

Nuestra política para los años 2004-2007, a partir del Plan Federal de Salud, fue crear un sistema de salud más integrado, más justo, mejor regulado, lo que nos obliga también a mirar hacia el recurso humano, respetando las diferencias regionales y provinciales.

Entre las líneas de acción que hemos formulado, desde el Ministerio de salud Nacional y sus pares provinciales, para el desarrollo del recurso humano en salud, están: la estrategia de atención primaria; un modelo de gestión basado en redes con población nominal a cargo de los prestadores; una regulación de la oferta según el perfil de la demanda, por lo cual profundizamos en esta discusión sobre qué necesitábamos; y acciones, tanto en el modelo de gestión, como en el de atención y de financiamiento.

En nuestro país tenemos 24 jurisdicciones, donde en lo que se refiere a formación, el Ministerio de Educación aprueba las carreras universitarias y la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) acredita su calidad.

Esta realidad, que el Ministerio de Educación aprueba carrera, tiene disimilitudes hacia el interior de las provincias, según se trate de tecnicaturas o carreras universitarias y por ende, las carreras que se aprueban no son siempre las mismas. Es decir que el Ministerio de Educación sufre el mismo problema que sufre el Ministerio de Salud: la fragmentación del sistema.

En el tema del ejercicio profesional en salud, en Argentina, como les dije, utilizamos una metodología en el interior del país similar a la que usa el MERCOSUR, porque tenemos problemas similares a los que detectó el MERCOSUR. Esos problemas son:

- Falta de homogeneidad en el reconocimiento de las profesiones, sea por el tipo de profesión, por la nomenclatura, o las incumbencias de las mismas;
- Diversas modalidades de reconocimiento de las especialidades. El poder de vigilancia en materia de ejercicio profesional lo ejercen las provincias, no la Nación. A su vez, hay variación del número de especialidades hacia el interior de las provincias;
- Diversidad de regulaciones con distinto nivel de actualización y nivel de detalle; y

- Distinta modalidad para validar la certificación y la recertificación profesional.

También hay distintas formas de acceder al postgrado. Eso se replica hacia al interior de las jurisdicciones.

En el marco regulatorio en formación de postgrado, se puede acceder a anunciarse como especialista a través de las residencias del equipo de salud; a través de la carrera de especialistas de grado universitario, por haber sido el docente universitario en la especialidad; o por dar el examen de competencia, habiendo tenido antecedentes en la actuación de la especialidad.

En realidad, tampoco, este modelo es uniforme en todas las jurisdicciones, hay variedad.

En cuanto a la habilitación del ejercicio profesional, las autoridades competentes son: la autoridad sanitaria jurisdiccional o los colegios profesionales, estos últimos por delegación del gobierno de la matrícula. En prácticamente, la mitad de nuestras provincias tienen colegios por ley, y el resto es la autoridad provincial, la autoridad ministerial la que reconoce y matricula a los especialistas. Y estos especialistas, tienen una certificación legal, que es la que da la autoridad sanitaria, o el colegio, y una certificación académica, que es la que dan entidades científicas, que en algunos casos se toman como antecedente para la certificación legal.

¿Cómo resolvimos este problema en Argentina, entonces, utilizando la metodología MERCOSUR, o análoga a la metodología MERCOSUR?. No es que lo resolvimos, sino que estamos en vía de enfrentar el problema, a través de comisiones interministeriales que involucren a Ministerio de Educación, y que involucren también a los ministerios de salud provinciales y a los colegios profesionales.

Para eso tenemos una Comisión Interministerial (Salud y Educación) en materia de tecnicaturas y se acaba de crear una Comisión Nacional de Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud, integrada por todos esos actores, además de las sociedades científicas, en algunos casos, y en otros las entidades gremiales.

¿Cuál es la función de estas Comisiones? Tienen que establecer, de forma armónica, cuáles son los profesionales que integran el equipo de salud. Además:

- Armonizar a nivel federal los criterios y las reglamentaciones para el reconocimiento de las profesiones;

- Homogeneizar los mecanismos y modalidades de validación periódica de esas especialidades; y
- Establecer criterios de mutuo reconocimiento interjurisdiccionales. Creo que acá, en este punto, es donde nosotros más asemejamos este modelo al modelo que tiene el MERCOSUR, o al que tiende el MERCOSUR a acercarse.

¿Qué nos pasa internamente como países? Nosotros, como bloque regional queremos consensuar políticas, aunque quizás algunos de nuestros países, por ser de naturaleza federal, tienen mayores dificultades que otros, pero nosotros no hemos logrado, todavía, establecer los consensos internos y estamos forzados por el contexto internacional a establecer consensos en el marco internacional. Esto es muy fuerte para nuestros países y estamos forzados por dicho contexto internacional a hacer estos procesos en paralelo, en vez de terminar el consenso interno para después desarrollar el consenso internacional.

Dejando, por un momento de lado lo que nos sucede en el MERCOSUR, tema que voy a retomar, también el entorno internacional nos permite validar políticas. Por ejemplo, en relación a las especialidades que Argentina planea reconocerlas con alcance federal. Y en este caso, hicimos un análisis comparativo en la Comisión tendiendo a ver la experiencia de algunos países que consideramos afines, o que están dentro del bloque MERCOSUR, y analizamos una por una las especialidades que cada uno de estos países ha reconocido.

La sola lectura del número de especialidades que reconoce cada uno de los ocho países que revisamos nos muestra lo complejo que es trabajar sobre este tema que, en el entorno internacional es tan complejo como en el interno.

Cotejamos esas especialidades con los listados de especialidades que tienen los colegios profesionales y las distintas provincias, las residencias acreditadas por los distintos ministerios de salud provinciales, las carreras que aprueban las universidades, y los cursos de las sociedades científicas. Esto nos arrojó un estado inicial que ahora está supeditado a la decisión de las autoridades regulatorias.

Así hemos visto, entonces, con este repaso, que la experiencia internacional nos permite a nosotros tener un parámetro para validar nuestra política nacional y nuestras propuestas para la construcción de nuestras políticas.

A su vez, la experiencia internacional también condiciona nuestras políticas. Por ejemplo, nosotros vemos que las condiciona no solo en los temas

de formación, sino también en el desarrollo de las políticas de salud, y en el tema del empleo profesional.

Nosotros también padecemos de una importante conflictividad en el sector salud. Hemos asistido a conflictos geniales muy importantes, muy prolongados y donde no se cubrieron los servicios esenciales de salud.

También hemos asistido a conductas corporativas, por ejemplo, en el caso de los especialistas de anestesia, quienes tienen un poder de negociación muy fuerte y donde las autoridades políticas provinciales de salud decidieron hacer frente a la corporación y abrir nuevos cargos a residencia. Se enfrentaron en algunas provincias reclamos gremiales también prolongados y muy amenazantes, ya que las entidades que representan a los anestesiólogos negaron su colaboración para formar a nuevos especialistas. Y, sin embargo, tanto la posibilidad de la importación de profesionales, que fue una de las variables que se analizó para resolver el conflicto, como la experiencia internacional en cuanto a la regulación de estos servicios y el número de profesionales requeridos, fueron elementos importantes utilizados por las autoridades sanitarias a la hora de la toma de decisiones. Afortunadamente, las residencias se abrieron, están en curso y el poder de esa corporación con fuerte poder de presión social, por el momento, se atenuó.

Todos los actores sectoriales, salvo, por supuesto, la sociedad científica que agrupa a estos profesionales, acompañó al Ministerio de Salud en esta construcción. Y esto nos abrió la puerta a la Comisión para avanzar en la discusión del número de profesionales que el país requiere y cómo se va a conformar el equipo de salud.

En el contexto internacional nosotros tenemos fuertes condicionantes:

- La globalización, que favorece la fuga de cerebros y que, por otro lado, debilita la autoridad sanitaria como un fenómeno de peso, donde aparecen otros decisores, no solo los actores internos del país;
- Las migraciones de los profesionales y el recurso humano, que protege al migrante y al país proveedor. En este caso, se está discutiendo fuertemente cómo tiene que establecerse un sistema transparente que genere que ese movimiento de personas sea organizado, genere algún tipo de resarcimiento para los países proveedores, proteja a los trabajadores, y, por otro lado, pague un poco el tema del intercambio económico que existe tras esas migraciones, por ejemplo, en el envío de remesas de dinero, o en inversión de los países proveedores para formar a este recurso humano;
- También pesan sobre nuestros países los acuerdos internacionales, de los cuales, en el sector salud, conocemos poco, como el acuerdo

celebrado en la Organización Mundial del Comercio sobre los intercambios de servicios comerciales. Conocemos más sobre los procesos de integración regional, porque nuestros ministerios de salud forman parte de esas discusiones.

Sobre globalización, la definición del doctor Pedro Brito (OPS), me parece que es muy pertinente en lo que refiere al recurso humano, ya que no solo describe el proceso sino que también constituye un proceso en sí mismo, que constantemente nos obliga a cambiar no solo los parámetros internacionales de interacción, sino a generar nuevos parámetros de la regulación. Y ello está fuertemente reflejado en materia de recursos humanos en salud.

“Globalización: Describe procesos, pero también es un proceso en sí mismo que tiende a cambiar la naturaleza de las interacciones humanas y ampliar el rango de las mismas, contribuyendo a cambiar no sólo los parámetros tradicionales de interacción sino también la necesidad de generar parámetros de regulación de dichas interacciones en los distintos segmentos de la vida humana.”

En Toronto, Canadá, durante el encuentro realizado para construir un Plan Decenal de Recursos Humanos en Salud, se informó que en los países del Caribe, en el 2005, de los 7724 puestos de enfermería que tienen a cubrir, la mitad los pierden por razones migratorias. Y esto nos muestra cómo el entorno internacional está condicionando fuertemente nuestro sistema. Esto es solo la punta del iceberg, pero refleja claramente la magnitud del problema.

Sobre los acuerdos y tratados internacionales que tenemos con la Organización Mundial del Comercio, donde, en general, todos nuestros países participan, cuatro tienen un impacto en salud. El que presiona más fuerte y tiene más incidencia directa sobre el ejercicio profesional es el Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (AGCS-GATS).

En este acuerdo, que tiene cuatro modos de intercambio de servicios, encontramos que el Modo 1, que es de comercio transfronterizo, se refiere al intercambio de un país respecto de otro. No tiene tanto impacto sobre el ejercicio profesional, por ejemplo, en la telemedicina o en los intercambios que se hacen a distancia. Tampoco en el consumo en el extranjero (Modo 2), que sería algo equivalente a turismo sanitario, o sea, los pacientes que viajan para recibir atención en otro país. A eso nosotros le llamamos, simpáticamente, “saniturismo” y en Argentina, en muchas maternidades, por ejemplo, más del 30% de los partos que se atienden en algunos lugares limítrofes, son de extranjeros que no son residentes en el país.

Por otro lado, también tenemos el Modo de presencia comercial (Modo 3), que es la inversión de recurso de alguna empresa que quiere invertir capital en nuestro país.

Y el Modo 4, que es el que más afecta al ejercicio profesional, es el traslado de personas naturales de un país a otro para el ejercicio profesional. En esto estarían encuadrados, por ejemplo, las enfermeras que migran, los médicos, y lo que nosotros conocemos como "fuga de cerebros".

Lo importante de este acuerdo es que tiene diferencias sustantivas con otros acuerdos, como el de propiedad intelectual, porque reconoce la prioridad de los objetivos de desarrollo de los países y de las regulaciones y reglamentaciones.

Hasta el año 2004 había solo 51 compromisos en servicios médicos y dentales, sobre el total de países que están alcanzados por este acuerdo. Esto nos da una idea que, al igual que como sucede en el MERCOSUR, los avances que tienen nuestros países regionalmente en materia de intercambio de servicios, son bastante lentos y está reflejando claramente que nuestra mayor dificultad está en establecer previamente armonizaciones internas para resolver problemas tan complejos como el de recursos humanos en salud.

En definitiva, ante una influencia tan potente del entorno internacional, aunque no existe una matriz o modelo de planificación universal del recurso humano en salud, podemos con el asesoramiento de expertos, como lo es la OPS, identificar herramientas para construir tales armonizaciones internas, con base en la realidad local, y a la vez, compatibles con dicho entorno y las tendencias internacionales, aprendiendo de la experiencia de otros países y en eso estamos en la Argentina.

Muchas gracias.