

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Núms. 85 - 86

ENERO-FEBRERO  
MARZO-ABRIL  
MEXICO, D. F.  
1974

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS  
GENERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.  
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO  
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

## INDICE

Las Causas Generales del Incremento de los Gastos del Seguro de Enfermedad en Materia de Prestaciones Médicas. Clément Michel .....	3
Las Naciones Unidas y los Programas de Planificación Familiar. Luis Olivos .....	21
La Paternidad Responsable y la Atención Médica Integral de la Mujer. Ramiro Molina Cortés .....	41
La Planificación de los Recursos Humanos para la Salud. Ramón Villarreal .....	53
MONOGRAFIAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL .....	61
Seguro de Enfermedad y Maternidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen y Costo de las Prestaciones Médicas. Luis Castelazo Ayala, Alfonso Murillo Guerrero, Eduardo González González .....	63
NOTICIAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL .....	109
Primera Reunión de la Comisión Técnica Permanente de Planificación en las Instituciones de Seguridad Social .....	111
XVIII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. XXI Sesión del Consejo y XXVI Reunión de la Mesa Directiva ....	115
La Protección de la Juventud y la Seguridad Social, Mesa Redonda, Organización Internacional del Trabajo; Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y Asociación Internacional de la Seguridad Social ....	121
Congreso Conmemorativo del XXX Aniversario de la Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Seminarios Médicos Sociales .....	127

LA PLANIFICACION DE LOS RECURSOS  
HUMANOS PARA LA SALUD

Ramón Villarreal \*

*\*Jefe del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de la  
Organización Panamericana de la Salud.*

Durante las últimas décadas los administradores de salud han estado encarando, en forma cada vez más apremiante, el problema de inadecuación de los recursos humanos necesarios para enfrentar el desafío de proporcionar servicios a una población que crece en forma acelerada y con mayores expectativas.

A fines de la primera mitad de este siglo se había observado en el mundo una insuficiencia constante y marcada de atención médica que aparecía con diferentes grados de agudeza según las épocas y las sociedades. El déficit de la atención médica para el conjunto de la población se debía tanto a la escasez de médicos y enfermeras como a la insuficiencia de conocimientos utilizables. La suma, o mejor dicho, el producto de ambas insuficiencias, mantenía un desequilibrio permanente entre las necesidades de la población y la atención que podía recibir.

En este período también tuvieron lugar dos desarrollos concomitantes: el surgimiento de la educación popular y el considerable aumento de nuevos recursos preventivos y terapéuticos. Con la educación aumentó la formación de personas de salud y con los nuevos conocimientos mejoró la productividad de este personal.

Por primera vez entonces se observó el paso de un déficit marcado a una insuficiencia relativa a la atención médica y servicios de salud. Por primera vez también se observan signos precursores de un nuevo malestar. En algunos países se vislumbra un excedente de personal de salud: excedente aparente, ya que las necesidades de la población siguen desatendidas pero sí excedentes, por cuanto la producción de profesionales ha sobrepasado ya la capacidad de absorción del sistema en el cual se integran. El sistema es incapaz de absorber el recurso humano tanto por sus limitaciones de organización como por sus limitaciones económicas. No hay plétora real de recursos humanos sino, más bien, insuficiencia del sistema.

Aparecen también nuevos sistemas de financiación de la atención médica, lo cual viene a agudizar el problema pues en muchos casos se partió de una falacia pensando que los servicios médicos existían y que si desaparecía la barrera económica todo el mundo podría disfru-

tar de atención médica. Las discusiones, en algunos países, se centraron casi exclusivamente en si la fuente de financiación debía ser pública o privada, olvidando que la organización del sistema y los recursos humanos necesarios para su funcionamiento eran tan importantes o más que la forma de su financiamiento.

En síntesis, 1950 vió la transición entre el déficit histórico y la insuficiencia parcial, junto con la aparición de señales de inadecuación.

¿Cuáles fueron los países que sufrieron precozmente de la inadecuación relativa del sistema? Aquellos donde el desarrollo orgánico y económico estaba atrasado con respecto al potencial educacional: estos son los países en etapa de desarrollo intermedio e preindustrial. Países más aventajados no percibieron el desequilibrio hasta agotar sus mecanismos estructurales y económicos de compensación. Y es interesante anotar que aun países con gran potencial económico como los Estados Unidos de Norteamérica empiezan a mostrar signos de este desequilibrio, lo cual constituye una preocupación actual de los administradores de salud y los educadores de ese país.

Como reacción a esto aparece como imperiosa la necesidad de planificar.

La planificación de la salud recibió un nuevo impulso en los años 50, cuando también se tomó conciencia de que la planificación en salud sin la correspondiente planificación en el sector social llevaba a duplicaciones o acciones contraproducentes, y que no bastaba planificar en relación con el sector económico y social, sino dentro y como parte integrante de la planificación económica y social del país.

Mientras la planificación sanitaria se mantiene separada del resto del plan nacional, conserva un carácter pasivo y curativo; se considera entonces la salud como un gasto ineludible o una inversión necesaria pero improductiva. Por el contrario, cuando se integra cobra un valor dinámico, convirtiéndose en inversión productiva e instrumento del desarrollo nacional.

Bajo el término de planificación de salud no se considera aquí tal o cual escuela o método en particular, sino más bien la tendencia contemporánea general a prever y fijar objetivos en el tiempo. Tal planificación se dedicó primero a establecer prioridades y optimizar los recursos materiales. Por tradición, y casi por atavismo, se consideró que los recursos humanos para la salud eran inmutables y no podían ser sometidos a planificación alguna. Influyeron sin duda, en esta ac-

titud, el prestigio de las profesiones, el poder de las instituciones universitarias, y el respeto a la libertad académica.

Por lo tanto, alrededor de un componente que se consideró inalterable (los profesionales de la salud: médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos, etc.) se trató de adecuar otros componentes: recursos materiales y recursos técnicos para dinamizar u optimizar el conjunto.

Solamente en fecha reciente y tras un período de lenta maduración se ha visualizado a los recursos humanos como un "instrumento", es decir, como otro elemento "planificable", susceptible de ser modificado, de acuerdo a las necesidades y utilizable en variadas situaciones y diversas proporciones para lograr objetivos.

No sabemos aun hasta que punto los recursos humanos son planificables en su forma, cantidad y calidad, pero el campo parece amplio y promisorio. A partir del momento en que se admite que los recursos humanos son un elemento planificable, demuestran ser sin embargo, el componente más lento de modificar cuantitativa o cualitativamente. En efecto, los recursos materiales pueden manipularse con mayor rapidez y facilidad que los recursos humanos. Por ejemplo, si bien se necesitan recursos financieros para la construcción de un hospital o para su ampliación o su conversión o su transformación, estas operaciones pueden realizarse en corto plazo. Por el contrario, la formación, adiestramiento, especialización, conversión o transformación de un médico o una enfermera, requieren, además de los recursos financieros, plazos más extensos tanto para la educación y el adiestramiento en sí mismo para la adaptación psicológica a cambio.

Los recursos humanos, de hecho, son los más difíciles de manejar. Para producirlos se necesita no sólo dinero y hombres, sino también tiempo. El efecto de cualquier medida correctiva que se adopte al principio de esta década no empezará a sentirse hasta 10 años más tarde. Esto es lo que constituye el fenómeno de la latencia de los recursos humanos.

Por añadidura, esos recursos, una vez formados, son los más difíciles de transformar y de adaptar a nuevas técnicas de atención y a nuevas situaciones administrativas. Por consiguiente, el personal preparado en esta década seguirá influyendo sobre los sistemas de salud hasta la segunda década del siglo próximo. Es lo que constituye el fenómeno de la inercia de los recursos humanos; la formulación de proyecciones de estos recursos para 1980 en realidad representa ejercer un efecto sobre varias décadas.

Los recursos humanos del sector salud presentan características únicas en su género, sin equivalente en ningún otro sector y que conviene recordar para analizar su evolución posible en la próxima década.

El sector salud se puede analizar como una industria, en el sentido amplio de la palabra, es decir, un conjunto de actividades que produce bienes o servicios. Esta industria se encuentra en un período de transición: ya no está dirigida por las llamadas profesiones "liberales" (médicos, odontólogos, farmacéuticos) y compuesta de "unidades simples" de producción\* (consultorios, oficinas) sino que se ha ido convirtiendo progresivamente en un servicio de creciente carácter social y estatal, con personal asalariado o remunerado indirectamente e integrado por "unidades complejas" de producción (hospitales, policlínicos, centros de salud, consultorios de grupo, etc.). Esta transición, sin embargo, se está efectuando sin cambios significativos en la cantidad, estructura y calidad de sus propios recursos.

Mientras existió una industria de salud de carácter liberal, existió también un mercado. Constituían el mercado, por un lado, la demanda de servicios por parte de la población en condiciones económicas para adquirir estos servicios y, por otro, la oferta de servicios por parte de los profesionales de salud. Este mercado tenía sus mecanismos de autorregulación, y los recursos humanos crecieron con la mayor demanda económica.

Una característica de la oferta del sector salud es la de comercialización de servicios sin que el comprador pueda evaluarlos, ni siquiera discutirlos y, a este respecto, la industria de salud es única. Las profesiones liberales, en particular la medicina y la odontología, podían crear o incrementar la demanda de servicios más allá de lo necesario o, por el contrario, limitarla a las más estrictas necesidades. Aunque existía un mercado de salud en el contexto de subdesarrollo, los mecanismos de regulación estaban profundamente sesgados.

Al integrarse el sector salud en una política de lucha para el desarrollo socioeconómico, desaparece la industria liberal, el mercado, sus leyes y su equilibrio aparente. El analizar las leyes que regirán la producción y utilización de los recursos humanos es uno de los retos más importantes que enfrentan los administradores de la salud y educadores.

Nosotros consideramos que, como premisa, debe establecerse que

---

(\*) Brunet-Jailly, Essai sur l'économie générale de la santé, 1971.



cualquier problema relacionado con el desarrollo de recursos humanos, debe analizarse frente a las tareas que se deben cumplir y que este análisis no se debe referir a una profesión en particular, sino al conjunto de los recursos humanos para la salud, adaptados a sus nuevas funciones.

Es así como se ha ido revelando la necesidad de fomentar y sistematizar la planificación de recursos humanos. Para ésto se considera necesario reforzar los sistemas de información relativa a existencia, utilización y formación de estos recursos; promover estudios especiales de carácter nacional destinados a definir modalidades de adaptación de personal de salud a las condiciones epidemiológicas, socioeconómicas, y administrativas de cada país; estos estudios tendrían por objeto analizar las características del recurso humano global existente; determinar su cantidad, calidad y estructura y establecer normas nacionales o módulos de personal adecuados a la realidad del país, definiendo sus funciones, así como evidenciar y racionalizar los mecanismos formales e informales de delegación absorción de funciones.

Para llevar a cabo lo anterior en forma sistematizada, es necesario que estas actividades tengan una base institucional mediante la creación en el sector salud, de una oficina, unidad o grupo de planificación del recurso humano cuyas funciones serían trabajar en estrecha colaboración con la oficina de planificación de salud y tener íntima vinculación con los niveles de decisión del sector salud y educación.

La creación formal de una oficina de planificación de recursos humanos es una condición necesaria pero no suficiente para asegurar un proceso de planificación eficiente. Es necesario asegurar una buena cooperación con el sector educación y los sectores laborales, establecer mecanismos de información y colaboración para poder desarrollar un plan con cobertura total del sector, ya que un plan de recursos humanos sólo para el subsector público, no tendría relevancia en vista de que el subsector privado todavía es el que satisface su demanda de recursos humanos en prioridad. Deben establecerse también los mecanismos de autoridad para asegurar el cumplimiento del plan, no sólo en el ámbito del sector salud, sino en el sector de educación y en las relaciones que puedan surgir con el sector laboral. Estas oficinas de planificación de recursos humanos, tendrían además funciones de capacitación de personal de investigación en este campo.

Finalmente, quisiera subrayar que planificar involucra racionalizar las decisiones armonizando las necesidades que la sociedad identifica

como prioritarias, con los recursos de que dispone. Estas decisiones necesariamente son, en última instancia, de carácter político, es decir gubernamental, pero ellas se facilitarán cuanto mejor la calidad de la información, más sólida la experiencia histórica y mejor fundamentadas las alternativas para garantizar la factibilidad de cada acción. Al planificador corresponde presentar estas alternativas al político, en tal forma que la decisión final se concrete en una armonización de criterios de orden político, técnico y operacional en función de la sociedad que se anhela.