



MIGRACIONES PROFESIONALES LA-UE

OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO

Acción financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo

(CONTRATO Nº MIGR/2008/152-804 (5.2))

ACTIVIDAD
REUNIÓN INTERNACIONAL EXPERTOS
PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHS)



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



INDICE

Participantes	3
Apertura y bienvenida	4
Revisión de objetivos de la taller	6
Planificación de RHS en el contexto actual de las políticas de salud en América Latina y el Caribe	8
Situación en la Región de las Américas.....	8
Las tendencias de la planificación de RHS en las Américas.....	12
La perspectiva global	12
Discusión en grupo	12
Buenas PRÁCTICAS de la planificación.....	13
Planificación del personal en sociedades segmentadas El ejemplo de Chile.....	13
El ejemplo de Canadá.....	13
El ejemplo de México	13
El ejemplo de Andalucía	14
Fortalezas y debilidades de las metodologías: Análisis crítico en grupo.	15
Presentación del Campus Virtual de Salud Pública de OPS	15
El ejemplo de España	16
Definición de la estrategia formativa sobre planificación de RHS	24
Modalidad del curso	24
Objetivo general	24
Dirigido a.....	24
Estructura y Contenidos.....	25
Propuesta 1:	27
Propuesta 2:	28
Propuesta 3	28
Competencias a desarrollar	30
Pasos a seguir	30



PARTICIPANTES

María Soledad Barría Iroumé	Directora de la empresa de Estudios y Consultorías, "Minga Consultora"
Pedro Brito	Consultor independiente
Norbert Dreesch	Oficial Técnico en sede de la OMS en el Departamento de Recursos Humanos para la Salud
Charles Godue	Coordinator, Development of Human Resources for Health, Area of Health Systems and Services PAHO
Alberto Infante Campos	Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección Ministerio Sanidad y Política Social España
Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken	Profesora Asociada EASP
Nacho Martínez Millán	Profesor EASP
Hugo Mercer	Consultor independiente
Pilar Navarro Pérez	Profesora EASP
Diego Pajares Conde	Técnico Superior de Función Administrativa Responsable de Sistemas de Información y Comunicaciones SAS. Distrito Sanitario de Atención Primaria Córdoba Sur
Maritxu Pando Letona	Técnica EASP
Hernán Sepúlveda	Consultor de Recursos Humanos para la Salud Organización Panamericana de la Salud

Excusa su asistencia Paulo Ferrinho Director, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, y Carlos Rosales Asesor Regional de Recursos Humanos en Salud del Área Fortalecimiento Sistemas y Servicios Salud (HSS) OPS/OMS. Mediante Elluminate se recibieron las aportaciones de: Rick Cameron, OPS, Canada y Gustavo Nigenda, México



Miércoles, 26 mayo 2010

APERTURA Y BIENVENIDA

Sr. D. Joaquín Carmona Velarde, Consejero Delegado de la Escuela Andaluza de Salud Pública, inaugura la reunión. Asimismo, da la bienvenida y agradece a los participantes el esfuerzo realizado para estar estos días asistiendo a la Reunión Internacional de Expertos en planificación de Recursos Humanos en Salud (RHS)

A continuación, Ignacio Martínez Millán, profesor de la EASP enmarca esta reunión en el contexto del proyecto **Migraciones profesionales América Latina - Unión Europea OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO COMPARTIDO**, acción financiada por la Comisión Europea en el marco del Programa Temático de Cooperación con Países Terceros en los ámbitos de Migración y Asilo.

La acción en la que se enmarca el grupo de expertos convocado, pretende contribuir a los esfuerzos de respuesta a la problemática generada por el déficit global de profesionales de la salud que enfrentamos. Si bien la acción se centra en el papel que en esta situación puede estar desempeñando el fenómeno de las migraciones profesionales y en la articulación de posibles respuestas desde los organismos de cooperación al desarrollo, la planificación de los recursos, y en concreto la mejora de las capacidades para la correcta planificación de los mismos, es una de las áreas de trabajo contempladas, tal y como se define en sus objetivos:

- Caracterizar los flujos migratorios de profesionales de la salud (medicina y enfermería) en Iberoamérica y hacia la UE.
- Revisar experiencias actuales y diseñar propuestas de gestión de los flujos migratorios que generen efectos beneficiosos tanto en las personas como en los sistemas de salud emisores y receptores implicados.
- Elaborar una propuesta basada en la experiencia internacional sobre buenas prácticas en la planificación de recursos humanos de profesionales de salud.
- Elaborar una propuesta de consenso basada en el diálogo internacional sobre el papel que las agencias de cooperación al desarrollo pueden jugar en la ejecución de las políticas sectoriales con esta orientación.
- Evaluar y sistematizar la experiencia extrayendo las lecciones aprendidas para su replicación y ampliación a otros espacios geográficos.



El proyecto, financiado por la UE, se desarrolla bajo el liderazgo de la Escuela Andaluza de Salud Pública en asociación con la OPS/OMS y el Grupo de Trabajo sobre migración profesional creado al amparo de la Secretaría General Iberoamericana y cuya secretaría gestiona al MSP de Uruguay. Queremos por tanto contribuir a los esfuerzos que vienen desarrollándose en ambas orillas del Atlántico orientados a la gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio Iberoamericano y de la Unión Europea.

La acción propuesta se enmarca en la asunción de los siguientes principios:

- El respeto a los derechos individuales y colectivos.
- La búsqueda de la autosuficiencia en la producción.
- La mejora de las condiciones para el ejercicio profesional como condición para la retención.
- El valor positivo de la circulación profesional.
- La necesidad del consenso y la participación de implicados (Ministerios, Agencias de Cooperación y Desarrollo, profesionales, organizaciones sindicales, medios...) en la articulación de respuestas para enfrentar la problemática derivada de esta realidad.

A continuación, se invita a los participantes a realizar una breve presentación al resto del grupo.



REVISIÓN DE OBJETIVOS DE LA TALLER

Esta parte de la reunión corre bajo la responsabilidad de Charles Godue el cual refiere que es en el contexto descrito en el que se convoca a un grupo de expertos internacionales, para iniciar el proceso de respuesta al objetivo previsto en la acción de: Elaborar una propuesta basada en la experiencia internacional sobre buenas prácticas en la planificación de recursos humanos de profesionales de salud.

Para ello se hace necesario definir una propuesta formativa que se inscriba en la estrategia de la OPS para el fortalecimiento de las capacidades de liderazgo y gestión de las políticas / planes de RHUS en los países de la región, a integrar en el curso online de Liderazgo en Políticas de RHUS, a través del Campus Virtual de Salud Pública, como módulo especializado, dirigido a los equipos de dirección de recursos humanos de los ministerios de salud en los niveles central y sub-nacionales y a otros profesionales de sectores relacionados.

Objetivo General:

Diseñar el proceso y arquitectura para la elaboración de una estrategia de formación y una propuesta metodológica en planificación de recursos humanos en salud adaptada a un entorno virtual de aprendizaje.

Objetivos específicos

1. Revisar los diferentes enfoques y aproximaciones a la planificación de recursos humanos en el sector en la región objeto de la acción.
2. Analizar críticamente las metodologías de planificación manejadas en la actualidad, detectar sus fortalezas y debilidades y compartir ejemplos de buenas prácticas.
3. Definir los objetivos pedagógicos, así como las áreas de contenido y “módulos” a contemplar en el curso virtual y guía metodológica de soporte.
4. Asignar responsabilidades y plazos para el desarrollo de cada “módulo” y los criterios para su concreción y normalización de su calidad.

Concluye su intervención con la reiteración de la necesidad de MEJORA DE LAS CAPACIDADES DE PLANIFICACION en un contexto en el que la Migración internacional debe ser incorporada al proceso de planificación, bajo la premisa de la



búsqueda de la autosuficiencia de los países en la puesta a disposición de la fuerza de trabajo necesaria para dar respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía. Por otro lado, invita a los participantes a la concreción de una oferta formativa precisa y con el desarrollo de herramientas que ofrezca al futuro alumnado la posibilidad de incrementar y mejorar sus competencias en planificación en RHS.



PLANIFICACIÓN DE RHS EN EL CONTEXTO ACTUAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Presidente: Pedro Brito

Situación en la Región de las Américas

Pedro Brito

En los 90, plantearon la preeminencia de los mercados. Ahora el panorama ha cambiado y hay un re-implantación del rol de los ministerios. Entre 12 y 14 países son muy serios en ampliar la cobertura. Esto significa una reconstrucción del sistema de la salud que necesita un plan de RHS. Por eso,

1. Hay que reconstruir la planificación como un rol noble del Gobierno,
2. Necesitamos otro método de planificación.

La planificación no es sólo una cuestión de método sino que también tiene que existir un marco Político Estratégico.

Por ello aborda su intervención desde la necesidad de la planificación estratégica de los servicios de salud. Es necesario disponer de políticas de salud y en consecuencia, para ayudar al logro de las mismas, se debe realizar una planificación de los RHS. Este sentido adelanta que hay que desarrollar un manual para la planificación basada en Atención Primaria de Salud (APS).

Antecedentes de planificación sanitaria

Los años 70 fueron una época de la planificación en las Américas. En medio de los '70 empezó el proceso de desmontar planificación normativa,. Entonces, se buscaba un aumento de la cobertura de los sistemas de salud por la expansión de los movimientos sociales en América Latina y el fracaso de la planificación normativa. Existían Instituciones Nacionales de Planificación en políticas económicas y sociales.

Se reconoce el papel del Estado en la salud de las personas, se reconoce el derecho universal a la salud y a la cobertura en servicios de salud, aún en áreas rurales o marginales. Se entiende el sistema de salud como parte de un todo social,



requiriéndose la integración de todas las instituciones relacionadas. Las directrices de planificación en salud, por tanto, deben incluir lo político.

El medio social y el sector salud son complejos, y con la incorporación de nuevas ciencias y ópticas se descubre que existen varias formas de ver los problemas y múltiples soluciones. No hay determinación unicausal en los fenómenos sociales. El estado es complejo y es modificado continuamente por los grupos de poder y los intereses individuales. Por tanto, la planificación existe en un medio complejo y con tensiones permanentes, no es un proceso lineal ni prescriptivo.

Carlos Matus consideró las limitaciones de la políticas en entornos cambiantes y propone un enfoque en el que la planificación es un instrumento al servicio de las personas por ello refiere la necesidad de planificar tendiendo en cuenta tres vertientes, donde se producen los hechos, donde se localizan los actores que los viven, donde están las explicaciones que los actores dan a los fenómenos.

La planificación se dan en tres módulos o momentos: explicativo, donde se buscan las causas de los fenómenos, acción, donde se crean las misiones y compromisos, operaciones y planes, donde se materializan las dos anteriores.

En los años 90, especialmente después el reporte de '93 del Banco Mundial, se realizan las reformas con políticas de ajuste basadas en los mercados, disminuyendo el rol de los ministerios y prácticamente destruyendo su capacidad de planificación. Los argumentos de orden económico se basaban en la necesidad de establecer un equilibrio financiero ante el aumento de los costos buscando la desmonopolización del subsector público y del seguro social y su sustitución parcial por el subsector privado en la provisión y financiamiento, así como la separación de estas funciones de las de regulación y supervisión que quedarían a cargo del Estado. Se fomentó el desarrollo de mercados de aseguradoras y/o proveedoras de salud que compitieran entre si. En este contexto no existía planificación, no se daba respuesta a ¿Cuántos profesionales se requieren? ¿Con qué competencia?.

Actualmente estamos asistiendo a un replanteamiento de los modelos de salud. Como premisas se establecen:

1. Modelo de atención basado en APS, pivotando sobre programas de salud de la familia.



2. Acceso universal
3. Compromiso regional de los Estados de las Américas alrededor del cumplimiento de 20 metas.
4. Llamado a la Acción de Toronto: 5 desafíos en 10 años para la región de las Américas (Octubre 2005)
5. Mejoras en la formación de las profesiones sanitarias. Actualmente las Universidades viven de espaldas a las necesidades de los países.

La planificación de los RHS debe dar respuesta a este marco sobre los modelos de salud. Destacan:

1. Planificación como proceso,
2. Interrelación entre planificación y regulación; ¿Dónde termina planificación y empieza regulación?
3. Planificación en equipos,
4. Planificación en múltiples niveles, no solo en nivel central. Casi todos los países son descentralizados y necesitamos núcleos regionales de planificación, comités multipartitos, etc.
5. Diferentes situaciones demandan diferentes métodos,
6. Falta de datos es serio,
7. Financiamiento.

Con respecto a las migraciones, se refuerza la idea de que las personas lo hacen por diversas razones, entre las que se mencionan la mejora de las condiciones laborales en los países destino. Será por ello necesario, revisar las políticas de RHS relacionadas con la retención de los mismos.

En lo referente a la situación sobre la necesidad de profesionales de la salud en America Latina, el experto refiere que el problema de RHS en America Latina no es tanto del número de profesionales disponibles, salvo en contados países, sino que se trata de un problema de distribución de los mismos (se concentran en las grandes ciudades y son escasos los RHS en las zonas alejadas de las grandes metrópolis). Asimismo se menciona que el problema es también de carácter cualitativo



(potenciación, en el caso de los profesionales de la medicina, de la súper-especialización en detrimento de la APS).

Recuerda que la planificación sin regulación no sirve de nada.

Hay que tener en cuenta en el proceso planificador los diferentes actores que intervendrían en el proceso, si bien la responsabilidad es de los diferentes Ministerios, es necesario dar espacio y recoger expectativas de los niveles descentralizados.

Concluye su intervención con la necesidad de que el planificador ejerza su función teniendo en cuenta diferentes escenarios y plantea que no existe capacidad *sólo* en los Ministerios.

Charles Godue por su parte refuerza que los grandes desafíos para el logro de los cambios dirigidos a la extensión de la cobertura basada en las necesidades de salud debería pivotar en torno a la simulación en diferentes escenarios.

Este experto recuerda que la instauración de políticas de RHS pivotan sobre los siguientes hitos:

- Reunión de Costa Rica 97
- Conclusiones del observatorio de Chile 97
- Reunión de Toronto 2005 en la que se establecían relaciones entre salud/disponibilidad de recursos
- Metas regionales para el 2015

La planificación debe versar sobre las brechas de desigualdades en salud y requiere una traducción y valoración del impacto de la estrategia de APS. Asimismo, deberá pivotar sobre el desarrollo de perfiles competenciales, planes de formación y la productividad de estos RHS.

Un elemento esencial para la planificación es la disponibilidad de de información. En este sentido, recuerda la precariedad de los sistemas de información y el déficit de investigadores.

Concluye su intervención que la metodología del curso debe basarse en el planteamiento de escenarios futuros con un enfoque basado en necesidades en salud.



Las tendencias de la planificación de RHS en las Américas

Hernán Sepúlveda, OPS

En la presentación se entregan las definiciones conceptuales de la Planificación. Además se desarrollan tres preguntas básicas: Para qué, Cómo y Qué planificar.

Posteriormente se plantean los desafíos de la Planificación de Recursos Humanos en Salud y, finalmente, se presenta el contexto regional y la realidad sobre los niveles de Planificación en los países de la región

La perspectiva global

Norbert Dreesch, OMS

Se presentan las Metodologías de planificación de recursos humanos propuestas por la OMS las que se conciben como herramientas para el planeamiento de Recursos Humanos para resolver problemas inmediatos. Se trabaja con el ejemplo del SIDA

Se muestra un Marco para la Acción de Recursos Humanos como un instrumento para la planificación y la gerencia de una Fuerza de Trabajo en Salud eficaz y sustentable y un Manual de planeamiento de la fuerza de trabajo en salud

Discusión en grupo



BUENAS PRÁCTICAS DE LA PLANIFICACIÓN

Presidente: Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken

Planificación del personal en sociedades segmentadas. El ejemplo de Chile

Marisol Barría ex Ministra de Salud de Chile

Se realiza una caracterización de la situación de Chile abordando las principales características del país, su sistema sanitario y su personal

Como elementos para el debate sobre la planificación de RHS, se establecen como elementos de análisis los Espacios de Negociación, con sus diversos actores: Los grandes desafíos del personal, orientados principalmente a la estrategia de APS: Condiciones para la Planificación

El ejemplo de Canadá

Rick Cameron Consultor de RR.HH Canadá

En la presentación se describió el contexto actual de Planificación de Recursos Humanos en Salud en Canadá, y sus principales desafíos. Además se presentó una descripción general de los Modelos de Planificación de Recursos Humanos de Salud en el país, se mostraron las principales conclusiones del taller de Planificación de 2010 y se plantearon las principales prioridades y direccionamientos en el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud

El ejemplo de México

Gustavo Nigenda, INSP México

En la presentación se desarrolla el concepto de Planeación Estratégica y su importancia en el Sector Salud. Posteriormente se aborda la Situación general de los Recursos Humanos de salud en México, enfocándose en la formación, el mercado de trabajo y la regulación. Finalmente se muestra la realidad mexicana y los desafíos de la Planificación Estratégica en ese contexto.



El ejemplo de Andalucía

Diego Pajares

En la presentación se señalan en primer lugar las principales Características del Sistema Nacional de Salud de España, que tiene 17 Servicios Regionales de Salud. Posteriormente se presenta el Servicio Andaluz de Salud (SAS), en lo relativo a su organización, presupuesto, plantilla y necesidades de recursos humanos. Además se muestra el Plan de Ordenación de RRHH SAS, que contiene un análisis prospectivo que considera la edad del personal de salud, en la perspectiva de visualizar la jubilación, en especial de las especialidades médicas. También se desarrolla la situación de los médicos migrantes. Finalmente se entregan propuestas para incrementar la fidelización del personal, incrementar el reclutamiento, favorecer la redistribución geográfica, de especialidades y tareas profesionales y el incremento de la Productividad



FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LAS METODOLOGÍAS: ANÁLISIS CRÍTICO EN GRUPO.

Presidente: Riitta-Liisa Kolehmainen-Aitken

Presentación del Campus Virtual de Salud Pública de OPS

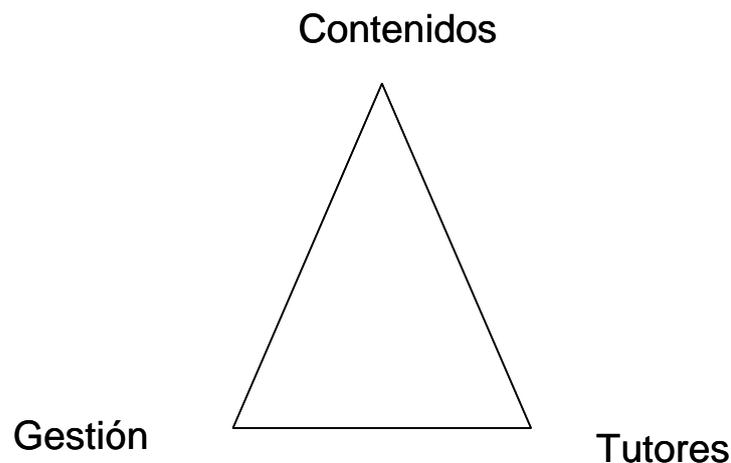
Charles Godue describe a los asistentes el Campus Virtual de Salud Pública de la OPS, su organización basada en nodos y el valor de ser una plataforma abierta sin costos. El objetivo es presentar las ventajas de esta plataforma para que albergue el futuro curso de planificación de RHS.

El Campus Virtual esta dirigido a transformación institucional, ligado a los roles sectoriales (no a educación continua). La oferta formativa del campus es muy amplia y variada, existiendo diferentes tipologías de recursos:

- Autoaprendizaje
- Proyectos
- Recursos educacionales abiertos

En el momento actual el gran desafío es la Gobernanza del campus.

Asimismo los principales aspectos a tener en cuenta en el funcionamiento del campus pivotan en torno a los tres vértices de gestión, contenidos y tutorías.



La gestión corre a cargo de la OPS. Los contenidos son desarrollados por los expertos y posteriormente sometidos a un proceso de arreglo y maquetación por diseñadores



gráficos. Asimismo, actualmente existen mas de 300 tutores y se puede decir que son la variable clave del éxito de los cursos virtuales. Normalmente no son tutores expertos sino que son dinamizadores y en el momento que surge una cuestión técnica que no pueden resolver acuden a los expertos en la materia.

Por su parte José Francisco García Gutiérrez muestra recursos multimedia que podrían incorporarse como herramientas para el desarrollo metodológico de este curso. Entre ellas se citan, video-conferencias, las salas elluminate, comunidades de práctica, redes sociales...

El ejemplo de España

Alberto Infante Campos

“La mejor manera de equivocarse en la vida es planificar y la peor es no hacerlo”

Por motivos en la agenda del ponente, esta conferencia fue celebrada el segundo día en lugar de en la mesa Buenas PRÁCTICAS de la planificación celebrada el día anterior

La charla coloquio fue estructurada en tres ámbitos fundamentales: marco de referencia mundial, marco europeo y situación de España.

Marco Mundial:

En este contexto existen dos documentos de referencia que deben guiar y orientar la actuación del planificador de RHS.

En primer lugar el Código de Conducta de la Asamblea Mundial de la Salud.

La Asamblea Mundial de la Salud aprueba un Código de Conducta para limitar los efectos negativos de la fuga de cerebros. Se trata de un Código de buenas prácticas en la contratación de personal. Ha estado mas de dos años en discusión pero finalmente fue firmado y tiene carácter voluntario. Podemos decir que es un documento reivindicativo de los países que pierden efectivos.

Puntos clave del Código Entre los elementos a destacar del texto se encuentra una apelación a los países de destino, mayoritariamente ricos, a proporcionar apoyo



financiero y técnico, como compensación por la fuga de cerebros, para que los países en desarrollo fortalezcan sus sistemas de salud. Asimismo, es de destacar que se pide a los países destino que se abstengan de llevar a cabo prácticas de contratación activa de personal sanitario de países en desarrollo a no ser que se hayan firmado acuerdos en los que se enmarque dicha contratación para lograr una mayor equidad en las negociaciones. Como principal donante mundial de ayuda al desarrollo y, al mismo tiempo, uno de los principales contratistas de personal sanitario de países en desarrollo, la UE y sus Estados miembros tienen la responsabilidad de garantizar que se respeta este Código y que no se minusvalore. Europa forma a unos 173.800 médicos al año; África a 5.100. Aún así, el déficit interno de los Estados miembros está llevando a los servicios de salud a contratar médicos desde países en desarrollo en los que apenas hay recursos humanos. El 50% de los médicos de Angola, Mozambique, Liberia o Haití trabaja en un país de la OCDE. A través de las propias políticas de salud de los Estados miembros de la UE se puede y se debe abordar la falta interna de personal, poniendo fin al “factor llamada” en la migración de personal sanitario desde los países en desarrollo.

Este código debe ser traducido en acuerdos bilaterales.

En segundo lugar, el refuerzo de la migración circular y la simplificación del retorno

Como parte de las políticas sectoriales de desarrollo se plantea una orientación concreta de refuerzo de la migración circular y la simplificación del retorno. El objetivo es fomentar el traspaso de competencias hacia el mundo en vías de desarrollo. Para ello, se propone:

- facilitar la migración circular concediendo prioritariamente nuevos empleos temporales a los nacionales de terceros países que ya han trabajado con este tipo de régimen y que regresaron a su país al concluir su contrato.
- facilitar las migraciones de retorno para una buena integración de los emigrantes. Para ello es importante compartir la experiencia en materia de gestión de los programas de retorno de corta duración y propone medidas como la transferencia de los derechos a pensión o el reconocimiento de las cualificaciones;
- contar con los retornos temporales virtuales estableciendo sistemas de aprendizaje en línea, apoyando los proyectos de emigrantes que crean



actividades económicas viables en su país de origen y definiendo mejores prácticas en ámbitos como la comisión de servicios y los permisos sabáticos.

En el marco europeo:

La publicación del Libro Verde sobre el personal sanitario europeo pretende abrir un debate sobre el personal sanitario en la Unión Europea, con el fin de formar y reforzar sus efectivos. Quiere tomar en consideración su creciente movilidad, las nuevas necesidades de una población que envejece y el papel cada vez mayor de las nuevas tecnologías.

Por otro lado la existencia de una Directiva europea que trata del reconocimiento por parte de los Estados miembros de las cualificaciones profesionales adquiridas en otros Estados miembros. Esta Directiva surge con la finalidad de favorecer la libre circulación de los profesionales al tiempo que se asegura un nivel adecuado de cualificación. Actualmente se encuentra en fase de actualización. En estos momentos, en la Unión Europea, en las especialidades médicas se establecen tres grupos según el número de estados miembros en los que existen y el cumplimiento de los requisitos establecidos en la directiva 2005/36/CE

Según el grado de coordinación se diferencian tres grupos de especialidades:

1.- Especialidades de coordinación total, que existen en todos los estados miembros de la Unión Europea (UE) y en todos ellos se cumplen los requisitos establecidos en directiva. Al tratarse de una formación armonizada en toda la UE, los correspondientes títulos de especialista son objeto de reconocimiento automático en todos los estados miembros. Está compuesto por 18 especialidades médicas: Anestesia y Reanimación; Anatomía Patológica; Cirugía General y del Aparato Digestivo; Cirugía Plástica Estética y Reparadora; Medicina Familiar y Comunitaria; Medicina Interna; Neumología; Neurología; Neurocirugía; Obstetricia y Ginecología; Oftalmología; Oncología Radioterápica; Otorrinolaringología; Pediatría; Psiquiatría; Radiodiagnóstico; Cirugía Ortopédica y Traumatología; y Urología.

2.- Especialidades de coordinación parcial: A partir de la Directiva 2005/36/CE (artículo 26), la inclusión de nuevas especialidades médicas en el Anexo V, para su reconocimiento automático, exige dos requisitos:



- Que la especialidad sea común como mínimo a dos quintos de los Estados miembros.

- Además, debe incluirse en el Anexo mediante el procedimiento de "comitología" del artículo 58.2, requiriendo mayoría cualificada (2/3) en el Comité para el Reconocimiento de Cualificaciones Profesionales.

Son 24 las especialidades españolas que cumplen estas condiciones: Alergología (reconocida en 14 países); Análisis Clínicos (12 países); Angiología y Cirugía Vascul ar (20 países); Aparato Digestivo (24 países); Bioquímica Clínica (15 países); Cardiología (23 países); Cirugía Oral y Maxilofacial (13 países); Cirugía Pediátrica (21 países); Cirugía Torácica (24 países); Dermatología Médico-quirúrgica (23 países); Endocrinología y Nutrición (21 países); Estomatología; Farmacología Clínica (14 países); Geriátría (16 países); Hematología y Hemoterapia (21 países); Inmunología (14 países); Medicina Física y Rehabilitadora (21 países); Medicina Preventiva y Salud Pública (21 países); Medicina Nuclear (21 países); Medicina del Trabajo (24 países); Microbiología y Parasitología (20 países); Nefrología (22 países); Neurofisiología Clínica (8 países); Reumatología (23 países).

3.- Especialidades sin coordinación. Son especialidades que no figuran en la relación de los dos grupos anteriores. Los requisitos de formación se establecen en las normas internas de cada estado miembro, sin que resulten aplicables las previsiones de la Directiva. Al no existir una formación armonizada a nivel comunitario, el reconocimiento no es automático, sino que se articula a través de la evaluación y el análisis de la formación acreditada por el solicitante. Cuando la formación no es equivalente a la exigida en el estado en el que se solicita esta especialidad, puede establecerse la exigencia de una formación adicional hasta completar la misma. Son 6 las especialidades españolas sin coordinación: Cirugía Cardiovascular, Hidrología Médica, Medicina de la Educación Física y el Deporte, Medicina Intensiva, Medicina Legal y Oncología Médica.

La planificación de RHS debe tener en cuenta los intereses de todos los actores; con ella se pretende eliminar los intereses ilegítimos. Asimismo, el ponente establece que si bien la planificación no es una ciencia exacta, sin ella corremos el riesgo de ser arbitrarios.



En España

La existencia de numerus clausus para el acceso a la carrera de medicina

El apoyo a la implantación de los numerus clausus en las Facultades de Medicina españolas, en los años 80 alcanzó un gran consenso. No se partía de un estudio serio sobre las necesidades de médicos para los siguientes decenios y de las Facultades de Medicina salían promociones ingentes que colapsaron el sistema sanitario español, creando una bolsa histórica de facultativos parados. La falta de planificación siempre lleva a puntos extremos. Actualmente y en base a unos estudios encargados por el Ministerio de Sanidad y Política Social a las Dras. Beatriz González y Patricia Barber, hemos entrado en un momento en el que hay un déficit de médicos en España y en la Unión Europea, como consecuencia de los numerus clausus, de la ampliación de la cartera de servicios, del descenso de la ratio de población por médico, del acercamiento de los servicios a la población, de la politización de las necesidades de desarrollo sanitario, nuevas tecnologías, expectativas de vida, patologías emergentes, cronificación de enfermedades anteriormente agudas, etc.

Nuestro déficit de médicos, dentro de un mundo globalizado y sin fronteras, hace que actualmente existan dos flujos de médicos hacia España, siempre intentando encontrar mejores condiciones socio-laborales que en su país de origen; las mismas circunstancias que hicieron que, en su momento, médicos españoles eligieran otros destinos en el extranjero para trabajar.

El primer flujo, muy potenciado por las distintas Consejerías de Salud, es el de médicos de otros Estados de la Unión Europea, preferentemente de los países antiguamente llamados del Este y actualmente incorporados en el mercado europeo. A estos profesionales por las normativas europeas se les reconoce directamente la titulación de médico y la especialidad que traigan del país de origen

El segundo gran grupo son los médicos a homologar, es decir, médicos extracomunitarios, principalmente latinoamericanos, con idioma, religión y cultura similar a la nuestra, que eligen España para homologar su título y como puerta de entrada al mercado laboral europeo.

Con respecto a la formación de especialistas:



La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 21 de noviembre de 2003 determina en su sección 2ª artículo 19 punto 2 que: “Las especialidades en ciencias de la salud se agruparán, cuando ello proceda, atendiendo a criterios de troncalidad. Las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años”.

Esta Ley supuso una consolidación del sistema de residencia para la formación del médico especialista. Por otro lado supone algunos cambios en la prueba de acceso a la formación médica especializada. Las modificaciones se harán de forma progresiva durante ocho años, y consistirán no sólo en la evaluación de los conocimientos teóricos y prácticos, sino también de las habilidades clínicas y comunicativas, con la previsión de que pueden establecerse pruebas específicas para especialidades troncales. Asimismo introduce un sistema de troncalidad para especialidades que tengan competencias comunes.

La troncalidad en formación especializada se define como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado.

Pero la implantación de este nuevo sistema formativo, se enfrenta a algunos inconvenientes tales como la resistencia profesional, número elevado de especialidades médicas en España, mapas competenciales heterogéneos y no suficientemente definidos en múltiples especialidades médicas.

Sin duda la existencia de la troncalidad tendrá unos aspectos positivos entre los que cabe destacar la mejora la formación global del especialista y el incremento de las posibilidades de gestión de los recursos humanos en función de las necesidades, permitiendo la adaptación de la formación a la realidad socio-sanitaria y al conocimiento científico-técnico actual .

Para el desarrollo de la troncalidad es básico contar con el consenso profesional.

Se ha decidido que los troncos son tres:

1. El tronco médico
2. El tronco quirúrgico
3. El tronco médico y de laboratorio clínico



Así formarían parte del tronco médico

Alergología	Medicina familiar y comunitaria
Anestesiología y reanimación	Medicina intensiva
Aparato digestivo	Medicina interna
Cardiología	Nefrología
Endocrinología y nutrición	Neumología
Farmacología clínica	Oncología médica
Geriatría	Oncología radioterápica
Hematología y hemoterapia	Reumatología
Medicina del trabajo	

Tronco quirúrgico

Angiología y cirugía vascular	Cirugía pediátrica
Cirugía cardio-vascular	Cirugía plástica, estética y reparadora
Cirugía general y del aparato digestivo	Cirugía torácica
Cirugía oral y maxilo facial	Neurocirugía
Cirugía ortopédica y traumatología	Urología

Tronco médico y de laboratorio clínico

Bioquímica clínica	Análisis clínicos
Inmunología clínica	Microbiología y parasitología

No obstante se está debatiendo la posibilidad de generar otros dos troncos como son el de Imagen y Salud Mental

La elección de especialidad se realizaría al finalizar la formación troncal y estaría limitada a las especialidades y centros adscritos a cada tronco, es decir, que la elección del tronco en una unidad docente concreta limitaría para las especialidades que posteriormente se podrían cursar. Esto requeriría que en las convocatorias se especificara muy claramente la ubicación del tronco y los centros sanitarios y especialidades a las que puede acceder el aspirante una vez concluida la formación troncal.



La creación de pasarelas supone la posibilidad de acceso a otras especialidades del mismo tronco a especialistas en ejercicio sin necesidad de volverse a presentar al examen de acceso al sistema formativo. Los puentes de capacitación y pasarelas en principio están diseñados para especialidades del mismo tronco. Todas las especialidades independientes de los trayectos formativos que tengan podrán acceder a cualquier especialidad que esté adscrita a su tronco. El acceso a estas pasarelas se puede obtener por lo establecido en el art. 23 de la LOPS: *“Los Especialistas en Ciencias de la Salud con, al menos, cinco años de ejercicio profesional como tales, podrán obtener un nuevo título de especialista, en especialidad del mismo tronco que la que posean, por el procedimiento que se determine reglamentariamente, que en todo caso contendrá una prueba para la evaluación de la competencia del aspirante en el campo de la nueva especialidad”*.

Para incrementar la disponibilidad de médicos también se barajan otras medidas laborales como son el **incremento de la edad de jubilación**.

El ponente concluye su intervención estableciendo como asignaturas pendientes la formación continuada de los profesionales en ejercicio y el proceso de acreditación profesional sistemático. Finalmente, comenta que el primer estudio de las enfermeras empezará a fin de este año.



DEFINICIÓN DE LA ESTRATEGIA FORMATIVA SOBRE PLANIFICACION DE RHS

En la última jornada de esta reunión de expertos se intento avanzar en la concreción del diseño del curso como el producto resultante de esta reunión de expertos.

Tras intensos y dinámicos debates mantenidos en plenario, a continuación, se exponen las principales líneas a tener en cuenta para el diseño de la oferta formativa.

Modalidad del curso

Curso virtual con algún encuentro presencial, si es factible desde el punto de vista económico, de 2 ½ - 3 meses / 10 – 12 semanas (más o menos) de duración.

La plataforma sobre la que se soportaría sería el Campus Virtual de Salud de la OPS

Objetivo general

El grupo de expertos manifiesta que el objetivo de este curso debe ser:

1. Apoyar/ Mejorar la capacidad de rectoría de los países con mayor debilidad en la planificación de RHS en la elaboración de políticas de salud.
2. Construcción de la capacidad de planificación en RHS
3. Fortalecer la función de la planificación de RHS a través de la capacitación de una masa crítica.

Dirigido a

Profesionales/responsables/gestores equipos nacionales con responsabilidad en el desarrollo y formulación de políticas de salud:

Dirección de RRHH, Directivos asistenciales o de Finanzas, otros actores clave identificados por los equipos de gobierno de cada país.

También se plantea la posibilidad de incorporar actores del gobierno regional, local, con el acuerdo de los Ministerios de salud de los países,...

Debemos diferenciar *a quien va dirigido* del *proceso de comunicación* a los diferentes países.



Definir lo que es la planificación en el mundo globalizado implica:

- Diferenciar actores implicados
- Proceso de planificación.

La convocatoria debería dirigirse a los sistemas de salud no a los individuos.

Estructura y Contenidos

Por un lado se aporta que se trataría de orientar la planificación para la acción teniendo en cuenta variables clave que se han manifestado a lo largo de esta reunión:

- Voluntad política
- Necesidad percibida
- Orientada al sector salud
- Parámetro central basado en APS para lograr acceso universal

Contextualización de la planificación como un esfuerzo para hacer transparente la toma de decisiones. Para ello se propone que se debe abordar la Conceptualización de la planificación (como la presentación realizada por Hernán Sepúlveda en esta reunión)

Identificar el proceso de planificación como un proceso participativo en el que intervienen múltiples actores y se muestran diferentes escenarios.

Marisol Barría propone que el concepto de planificación alberga múltiples dimensiones como son:

1. Problematizar
2. Como debe ser el cambio. Horizonte
3. Fuerzas y actores que están jugando este mismo juego
4. Constitución de escenarios posibles en los que nos podemos mover y papel de los actores en los distintos escenarios.
5. Costo político, de organización,... que tendría cada escenarios
6. Cómo se ejecuta
7. Cómo se evalúa



8. ¿Cómo estructura cada país los ámbitos de negociación? Dependiendo de cada país el nivel de institucionalización es mayor o menor. En este sentido, en algunos países no existe de modelo de salud...
9. Debe existir también interacción /intercambio entre los diferentes grupos de países.
10. Historia de un país de un contexto, hay que tener en cuenta la cultura (esto es un costo de oportunidad)
11. Consideración de los costos de oportunidad. No sabemos como abordar pero hay que incorporarlo.
12. Revisión de los procedimientos de prestación de servicios; esto es gestión pero es la parte de la planificación que requiere de la gestión.

¿Qué NO DEBE FALTAR?

1. Gestión de panel de expertos: debe conocer que le son útiles pero no manejarlo.
2. Observer: Insumo para los materiales. Revista de planificación de rrhh
3. Capítulo sobre financiamiento y costeo de los sistemas de salud
4. Técnicas de interés: Simulación, metodologías y herramientas que los participantes deberían manejar a modo de puesta al día de lo que existe de valor en planificación de rrhh.
5. Seguridad laboral, trabajo decente
6. Culturas de personal: comprensión de los actores, entender lo que al otro le puede estar importando. Practicas de trabajo en diferentes entornos. Los criterios de productividad son distintos. Hay que escuchar lo que quieren los colegas de cada país.
7. Grupos de enfoque. Deben saber hacer entrevistas a las personas que trabajan de su entorno laboral, de los equipamientos y tecnologías de la que disponen. Deben saber documentar. Deben saber escuchar.
8. También tiene que saber analizar, tomar las opiniones, clasificarlas
9. Productividad
10. Integración de los servicios y niveles.
11. Si asumimos que vamos a tener equipos de conducción y no equipos de planificadores. Deben saber interpretar los resultados de los estudios prospectivos. Analizar los resultados y estrategia comunicativa.
12. El curso debería aportar herramientas e instrumentos.



Es una acción formativa muy singular; no hay una profesión de planificador pero existen expertos. Queremos conectar a trabajadores de salud y los queremos acercar a los modelos.

Los puntos antes mencionados gozan del consenso del grupo.

Con respecto a la estructuración del curso se establecen diferentes visiones por parte de los participantes. Existen diferentes propuestas:

Propuesta 1

MÓDULO 1 COMPOSICIÓN DEL CAMPO

Para contextualizar el curso; marca la pauta para el resto.

- Fuerzas: Contextos financieros, la globalización, la fuerza del mercado.
- Sistemas de Salud
- Modelo de Atención. Influencia del modelo APS
- Políticas de salud
- Características sociodemográficas económicas.
- Problemas de salud
- Para que requerimos los rrhh? Sólo titulados superiores? ¿Cuáles son los efectivos necesarios para tratar los problemas emergentes?
- Gestión de personal
- Estado de situación de la educación superior.
- Efectos de las migraciones

MODULO 2 VOLUNTAD POLITICA

- POLITICAS DE SALUD
- POLITICAS DE RRHH

MODULO 3

- PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA



Propuesta 2



Idea de evolución. Refuerza la capacidad de análisis

Como está el campo Refuerza la capacidad de análisis

Propuesta 3

Esta propuesta obtuvo mayor consenso en el grupo.

Se propone diferenciar el curso en los siguientes módulos:

- Módulo contexto,
- Módulo de campo,
- Módulo proceso político,
- Módulo de herramientas

En el diseño se muestra una estrategia deductiva. La inductiva vendría por el lado del abordaje de la resolución de casos.

A lo largo del curso los participantes realizarían una propuesta de planificación de RHS para la intervención en su país.

Se plantea la necesidad de disponer de un coach de cada grupo



Existe la posibilidad de permitir diferentes ritmos, pero debe existir cierta sincronización.





Competencias a desarrollar

El/la participante debe ser capaz de:

1. Desarrollar la capacidad de anticipación a los problemas
2. Favorecer la adaptación a entornos cambiantes y de incertidumbre
3. Tomar decisiones valorando los intereses de los diferentes actores implicados en la gestión de RHS
4. Caracterizar en este modelo de salud los recursos necesarios para adecuar la oferta a la demanda de servicios.
5. Planificar en un sistema abierto
6. Analizar los efectos de las políticas de retención del talento sobre las migraciones (dinámica de las migraciones)
7. Identificar modelos de gestión de personal
8. Conocer la realidad de la educación superior. Capacidad de influencia de los gobiernos. Actores intervinientes. Fenómeno de la educación privada.

Pasos a seguir

Desde la coordinación de esta actividad se desarrollará la relatoría del taller.

La acción financiará los costes directos del desarrollo de la arquitectura pedagógica de los módulos propuestos y su integración coherente en una guía metodológica para la planificación de RHS. Se contratará a una persona experta para la integración y producción del curso. Para ello el responsable de la acción desarrollará los TR relacionados con la producción y gestionará el contrato derivado de los mismos

El grupo convocado a este taller recibirá la propuesta de trabajo que se elabore para su consideración y comentarios actuando como grupo de validación y mejora de la misma.

OPS se encargará de la integración de la actividad en el Campus Virtual de Salud Pública y de garantizar su primera oferta para el primer semestre de 2011. En el enlace: http://www.mpc.es/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=116&Itemid=62 encontrará la versión electrónica de este documento así como el documento base y presentaciones ofrecidas durante la reunión.