

Análisis

Medwave 2016 Nov;16(10):e66011 doi: 10.5867/medwave.2016.10.66011

Planificación de recursos humanos de la salud en Chile: breve tránsito histórico de sus políticas públicas

Health workforce planning: brief historic route of Chilean policies

Autor: Sebastián Raúl Villarroel González[1]

Filiación:

[1] Departamento de Atención Primaria y Gestión Territorial, Servicio de Salud del Reloncaví, Región de Los Lagos, Chile

E-mail: sebastianvillarroel@ssdr.gob.cl

Citación: Villarroel González SR. Health workforce planning: brief historic route of Chilean policies . Medwave 2016 Nov;16(10):e66011 doi: 10.5867/medwave.2016.10.66011

Fecha de envío: 12/9/2016

Fecha de aceptación: 12/10/2016

Fecha de publicación: 18/11/2016

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: health human resources planning, health workers planning, Chile

Resumen

El personal sanitario ha sido ampliamente reconocido como soporte fundamental de los sistemas de salud. Incorporado principalmente como recurso humano en la planificación en salud, su expresión en políticas públicas de Chile y Latinoamérica ha experimentado los cambios del desarrollo socio económico y político de los países, y los cambios de sus sistemas de salud. El presente texto ofrece una revisión documental histórica de la planificación en salud de recursos humanos en Chile desde el nivel rector. Este análisis permite caracterizar, con resultados variables, un recorrido que ha sumado progresivamente herramientas desde las ciencias económicas para el diagnóstico sobre el personal sanitario, promoviendo intervenciones desde esta perspectiva para mejorar su planificación y gestión a nivel nacional. El gran interés que concita actualmente en instituciones gubernamentales y supranacionales supone una preocupación creciente, que se acompaña de dificultades, asimetrías e incertidumbres sobre los procesos y resultados esperados que aumentan la complejidad de la planificación del personal sanitario.

Abstract

Healthcare workers have been widely recognized as the mainstay of healthcare systems. Mostly incorporated as human resources into healthcare planning, their expression in the public policies of Chile and Latin America has undergone changes in compliance with the socio-economic and economic development of the countries in the region as well as changes in their healthcare systems. This article offers a historical review of healthcare human resources planning in Chile from a government-level standpoint; thus, enabling the characterization of a path that has added tools from the economic sciences to the healthcare workers' own diagnosis, promoting policy actions to improve planning and management at national level, although the results have been inconsistent. Today, the great interest by national and international entities in healthcare human resources constitutes a growing concern about current problems, asymmetries, and expected results-- all of which increase the complexity of healthcare staffing and human resources planning.

Introducción

La organización de los sistemas sanitarios descansa en gran medida en los trabajadores de salud y sus capacidades. Actualmente la Organización Mundial de la Salud reconoce a los trabajadores sanitarios como uno de los principales componentes de los sistemas de salud, identificándolos como una prioridad al momento de desarrollar políticas para fortalecer dichos sistemas [1]. La Organización Mundial de la Salud ha intentado definir al trabajador sanitario como "toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud" [2], ampliando el universo de actores que entregan servicios de salud a familiares y personas sin formación técnica.

Pese a la enorme cantidad de documentos desarrollados por la Organización Mundial de la Salud, los términos trabajadores de la salud, personal sanitario o recursos humanos en salud se usan indistintamente, si bien han existido esfuerzos por delimitarlos conceptualmente [3]. Actualmente, la figura más comúnmente utilizada es recursos humanos en salud. Esta denominación fue tomando forma en el siglo XX, a partir de los desarrollos teóricos en economía y en ciencias sociales que propiciaban la identificación de recursos en tanto utilizables y medibles. Dicha prescripción tomaría más fuerza con la teoría del capital humano, para dar cuenta de la necesaria adecuación que debía tener cada trabajador a las necesidades del mercado del trabajo [4]. La utilización de los términos "recursos humanos" seguiría expandiéndose, en la medida que la premisa básica económica de escasez de recursos fue colonizando distintos sectores de la sociedad y permeando la institucionalidad de los países.

El propósito de este artículo es describir el tránsito histórico de la planificación de recursos humanos en salud de Chile en el contexto latinoamericano. El análisis abarca desde sus orígenes hasta la actualidad, enfatizando el relato de hechos y procesos que vinculan el desarrollo de la institucionalidad chilena con otros países y organizaciones supranacionales.

El comienzo de la planificación en recursos humanos en salud y su creciente institucionalización en Latinoamérica

La cuestión de recursos humanos en salud puede situarse en las declaraciones de la Organización Panamericana de la Salud en 1939 y de la Organización Mundial de la Salud en 1947. En ellas se describían inicialmente la necesidad de formación de especialistas en salud pública y la generación de programas de becas para docentes, investigadores y personal de salud en áreas de escaso desarrollo de los países [5].

La orientación germinal hacia la formación de recursos humanos en salud tuvo su traducción institucional en las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud, creando un Departamento de Educación y Adiestramiento en 1948. Luego pasó a llamarse Departamento de Educación Médica a fines de la década de 1950 y posteriormente, en 1967, se denominó Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Así se evidenció

un tránsito desde el énfasis en la formación médica hacia una apertura al resto del personal de salud [5]. De este modo empezaba a posicionarse la planificación de recursos humanos en salud, que se podía entender en términos simples como el diagnóstico de la cantidad, calidad y desarrollo de los recursos humanos en salud y la elaboración de intervenciones para el presente, y su proyección futura acorde a las necesidades de salud de la población.

La primera referencia específica a la planificación de recursos humanos en salud en América Latina, apareció en publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud de 1958, enfatizando particularmente la disponibilidad de profesionales sanitarios a nivel regional. Se reconocía que "esta información es esencial para la planificación sanitaria, pues precisa tomar en consideración los recursos de personal disponibles, y, en caso de que sean insuficientes, desarrollar los medios de educación y adiestramiento..." [6]. La formación profesional en salud se enmarcaría en el auge del movimiento de reforma universitaria del decenio de 1960 en toda América. Éste movilizaba esencialmente un régimen curricular por créditos como parte de una estrategia de modernización de la universidad, siguiendo de cerca el paradigma prevalente en los Estados Unidos [7].

En Chile, el primer esfuerzo planificador de recursos humanos en salud fue la creación de una "nueva carrera" para profesionales médicos, que permitiera cubrir zonas rurales del país que tenían acceso muy limitado a atención de salud. Esta figura fue el Médico General de Zona, también conocido como Ciclo de Destinación. Este hito se señala en un artículo del Boletín de la Organización Panamericana de la Salud [8]. En él, se señala que "la Subdirección General del Servicio Nacional de Salud preparó un reglamento [...] que fue aprobado y puesto en vigencia en julio de 1955. La nueva carrera recibió el nombre de 'Médico General de Zona' [...] los nuevos profesionales eran destinados a servir en las zonas de salud en que estaba dividido el país". Este hecho pionero, enmarcado como política de salud rural y que en 1973 incorporaría a odontólogos, aún tardaría en configurarse como una política de recursos humanos en salud, concepto que cobraría mayor presencia a partir de 1970.

Sucesivos encuentros internacionales en América Latina enfatizaban la planificación de la formación médica en sintonía con la "necesidad de extender la cobertura de salud y de acompañar estos procesos con personal idóneo tanto en cantidad como en calidad" [5]. Este esfuerzo se materializó en 1967 con el primer documento de trabajo a nivel continental, el "Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia". Este documento motiva la realización de estudios de recursos humanos en salud en Perú, Chile, Argentina y El Salvador, con la instalación de la oferta y demanda como elementos centrales de dichos estudios [3].

En 1970, el Ministerio de Salud Pública de Chile publicó su primer estudio "Recursos humanos en Chile: un modelo de análisis" [9]. Iniciado en 1968, este estudio caracterizó el personal sanitario de la época, particularmente a los médicos y su formación, incorporando tempranamente el eje economicista de oferta y demanda en su análisis. "El estudio de recursos humanos en salud implica el binomio inseparable de demanda-oferta: un elemento sin el otro no tiene sentido", sentenciaba dicho estudio [9]. Esta temprana premisa economicista denotaba el dominio de una perspectiva más funcional, que transformaba a los trabajadores/personal de salud en objetos de estudio, por tanto observables y medibles.

Las recomendaciones emanadas de la Conferencia Panamericana sobre planificación de recursos humanos en salud de 1973, se centraron en la promoción de programas nacionales de planificación; la articulación entre instituciones de educación y salud; sistemas de información sobre recursos humanos en salud; y la formación de planificadores e investigadores de recursos humanos en salud [10]. Centradas inicialmente en los médicos, estas recomendaciones crearon los denominados *numerus clausus* en algunos países, imitando a países europeos para limitar el ingreso de estudiantes a los programas de pregrado [5],[11].

En 1972 la III Reunión de Ministros de Salud de las Américas recomendó el desarrollo de la planificación de recursos humanos en salud, dentro de la planificación sanitaria de cada país. Ello, en el marco de las metodologías propuestas desde de la Organización Panamericana de la Salud en Santiago de Chile, el conocido método OPS-CENDES (Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela) [12].

Dificultades políticas y complejidad creciente

A partir de estos estudios, los países del continente intentaron seguir las recomendaciones con resultados variables. La creciente institucionalización y creación de unidades organizacionales fue disímil y en la mayoría de los países se ejercía un frágil rol rector. El gran aumento de escuelas formadoras y profesionales de salud en la década de los sesenta y principios de los setenta, junto a la débil asociación del sector salud con el sector educativo que formaba recursos humanos en salud, condicionaba en gran medida la rectoría y planificación efectiva [3].

Los cambios sociopolíticos en América Latina y la desaceleración de la economía mundial a partir de 1973, también afectaron la planificación de recursos humanos en salud. El superávit relativo de trabajadores de salud, por disminución de la capacidad de absorción del mercado de trabajo, priorizó nuevas preocupaciones. De esta forma se reevaluó la formación médica y se contuvo su producción; se estimuló la preparación de personal auxiliar; se relevó la necesidad de educación continua en la práctica sanitaria; y se introdujo el debate entre condiciones de empleo y mercado del trabajo, especialmente por los modelos de producción existentes [7]. En este contexto, la expresión investigativa y documental de planificación de recursos humanos en salud también tendría un tránsito histórico. Si

en el periodo 1966-1974 cerca del 60% de los temas tratados en publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud versaban sobre formación, currículo y enseñanza médica, en el periodo 1975-1982 estos temas se redujeron a un 20%, incrementándose aquellos relacionados con formación médica en servicios comunitarios, formación no médica y sobre planificación de recursos humanos en salud [7].

A fines de los setenta y en el decenio siguiente, la planificación de recursos humanos en salud decreció respecto de su impulso inicial. El cambio hacia modelos de atención primaria de salud que se planteó en Almá-Atá en 1978, no se reflejó en el entrenamiento y participación del personal con ese enfoque, evidenciando tempranamente una disociación entre la planificación de salud y la planificación educacional [6],[13].

En 1984, la Organización Panamericana de la Salud señalaba que "en la mayoría de los países de la región no se han definido políticas en relación con la planificación, desarrollo y utilización de los recursos humanos en salud [...]. Consideramos que la indecisión política del sector salud en general en muchos países, es la causa de la ausencia de políticas de recursos humanos en salud" [3]. La escasa inversión estatal en el sistema público de salud chileno en la década de los ochenta, marginaría hasta los años noventa la planificación de recursos humanos en salud como política pública explícita [14].

Luego del retorno a la democracia en Chile, el sector público de salud presentaba respecto de su personal sanitario déficit de profesionales, falencias en capacitación y bajas remuneraciones que sumaban crecientes conflictos gremiales [14]. En este escenario, las políticas de recursos humanos en salud retomarían fuerza en el contexto de las reformas de salud realizadas en múltiples países, proponiéndose desde la Organización Panamericana de la Salud una planificación de carácter "estratégico" [15]. No obstante el renacimiento de la importancia discursiva de los recursos humanos en salud, su consideración efectiva en las reformas sanitarias iniciadas sería secundaria, por cuanto estas últimas se centraron principalmente en mejorar el financiamiento, la racionalización de los recursos sanitarios, el acceso a servicios de calidad y la satisfacción de los usuarios, con un limitado énfasis en la planificación de recursos humanos en salud [16],[17]. El análisis de ese entonces se dirigía principalmente hacia las repercusiones sobre las condiciones de la fuerza de trabajo, que traían consigo la introducción de mecanismos de mercado al sector sanitario y los efectos de la descentralización [18]. La primera política pública que se fortaleció entre 1990 y 1992 fue el Ciclo de Destinación, cuyos profesionales fueron aumentando hasta casi triplicarse en una década. Si en 1989 se financiaban 336 cargos de Generales de Zona, en 1998 esta cifra alcanzaba a 964 [19].

En 1995 se realizó un estudio de mercado sobre la productividad del personal sanitario, iniciando una caracterización que permitiría avanzar en los primeros sistemas de registro de información [20]. Complementariamente se publicaron sucesivas directrices

ministeriales sobre recursos humanos en salud, con denominaciones alternantes sobre políticas, regulaciones y gestión de recursos humanos en salud dependiendo del énfasis otorgado desde el nivel rector, manteniendo el dominio del eje econométrico de oferta y demanda [21],[22],[23],[24].

El nuevo auge planificador permitió formar áreas específicas a nivel institucional, por lo que en 1997 se crea la División de Recursos Humanos en el Ministerio de Salud. A esta división se reasignaron varios equipos profesionales ya existentes, con tres departamentos: Desarrollo Laboral; Gestión y Formación, Perfeccionamiento y Regulación. Este hito significó que entre 1998 y 1999 se reestructuran plantas de personal, se levantan estudios de brechas y se categorizaran los tipos de personal, entre otras actividades [24]. En síntesis, la década se cerraba con cambios organizacionales a nivel rector, pero con una contenida traducción operativa de las directrices ministeriales en el sistema de salud, a excepción del Ciclo de Destinación que seguía su expansión más bien al margen de la matriz planificadora basada en la oferta y demanda de recursos humanos en salud.

La "crisis permanente": más recursos humanos en salud, mejor capacitados y mejor distribuidos

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud reiteraría en su Informe sobre la salud en el mundo, que el recurso humano sería clave para construir la infraestructura de los servicios de salud basada en la atención primaria [25]. Estas afirmaciones serían recurrentes, permeando en grado variable la institucionalidad sanitaria de cada país, particularmente al referirse a las dificultades de sintonizar las políticas de educación y formación de personal sanitario con las necesidades de sistemas de salud heterogéneos y altamente complejos [26],[27]. Varias agencias internacionales comenzarían a alertar sobre la crisis que enfrentarían numerosos países respecto del número, distribución, competencias y condiciones de desempeño de este personal, con una respuesta limitada para enfrentar las necesidades de la población [28],[29],[30].

A partir del año 2000, Chile inició el proceso de reforma de salud, fortaleciendo la autoridad sanitaria y el acceso a prestaciones de salud, ahora protegidas por las garantías explícitas en salud. La reforma tensionaba la planificación de recursos humanos en salud, especialmente porque no se habría estimado la brecha de profesionales para la implementación de las garantías explícitas en salud y parte de ellos habrían sido excluidos en la planificación del proceso [31]. Estas observaciones *ex post* serían igualmente relevantes en la autogestión hospitalaria, para la cual muchos trabajadores no fueron capacitados. Así se profundizaban las dificultades asociadas al uso de incentivos para mejorar la productividad laboral y la formación de equipos de trabajo en gestión [32].

El "Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015" reconocería el ciclo laboral y sus componentes como conceptos clave para la planificación y gestión del personal sanitario. Su complejo abordaje requeriría esencialmente sistemas de

información de recursos humanos en salud, formulación de políticas, instrumentos y modelos de evaluación que permitieran racionalizar las decisiones y armonizar la oferta de recursos humanos en salud con su demanda [11],[33],[34]. Por otra parte, la mayor movilidad del personal sanitario impondría la necesidad de regular las migraciones, llamando a los países a adoptar códigos de buenas prácticas de reclutamiento. En suma, se generarían las orientaciones y parte del arsenal de instrumentos de monitoreo y control de la formación, disponibilidad y movilidad de la fuerza de trabajo en salud en todos los países del continente [34],[35],[36].

En nuestro país, las directrices ministeriales recobran visibilidad en la segunda mitad de esta década, con una orientación más específica: la falta de especialistas médicos. Entre los años 2008 y 2009 el Ministerio de Salud desarrolló junto al Banco Mundial, un estudio para determinar las brechas de especialistas médicos, estableciendo una metodología basada en modelos econométricos que simulaban escenarios según distintas variables, en sintonía con otros estudios internacionales [37],[38]. Este diagnóstico supuso generar intervenciones para mitigar el déficit detectado en uno de los escenarios más conservadores que trabajó dicho estudio, de alrededor de 1400 especialistas a nivel nacional.

Para este propósito se elaboraron políticas de cierre de brechas de especialistas [39] y se fortalecieron los programas de formación, en particular los concursos públicos de especialidades para la atención primaria de salud [40], estrategias que se mantienen hasta la actualidad con ciertas modificaciones. El estudio del Ministerio con el Banco Mundial implicaría la sofisticación de los métodos y herramientas asociadas a la planificación de recursos humanos en salud, transformándose en el principal referente para que las agencias internacionales pudiesen caracterizar y reportar al personal sanitario del país [11].

En consonancia, el año 2009 Chile se comprometió y promovió la medición de metas regionales en recursos humanos en salud. Sentó así una línea base que sería evaluada el año 2013 con un segundo informe [41], además de la evaluación del Programa de Formación de Especialistas en Chile el mismo año [42].

Orientaciones supranacionales y expansión de políticas públicas

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico también se hizo parte del diálogo sobre recursos humanos en salud, revelando interés por influir en su planificación y también un reconocimiento a un área con importantes incertidumbres. Según esta organización, el principal objetivo de la planificación es lograr un balance entre oferta y demanda de las diferentes categorías de recursos humanos en salud, en un contexto de servicios de salud altamente complejos y con equipos muy especializados [11].

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico caracteriza la planificación de recursos humanos

en salud como una “ciencia no exacta”, que requiere la mejora continua de fuentes de información y metodologías de trabajo para optimizar las proyecciones y su uso en diferentes escenarios políticos. Reconoce las incertidumbres de proceso y de resultados, particularmente por el lado de la demanda, y la incorporación de supuestos y variables cada vez más complejos a considerar en los procesos de planificación. Entre ellos destacan envejecimiento y aumento de la carga de enfermedades; cambios en los modelos de atención y gestión; nuevas tecnologías; cambios en la formación universitaria de pre y posgrado (tiempo de aprendizaje, capacidad formadora y ubicación geográfica a nivel nacional); y la dinámica del mercado laboral (migración público-privada, sistemas de pago y remuneraciones, jubilación, feminización, expectativas en la vida laboral, entre otros) [11],[37],[38].

En los últimos dos años, tanto la Organización Mundial de la Salud como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, han seguido potenciando los esfuerzos por posicionar al personal sanitario como eje central de los sistemas de salud. Con énfasis específicos y complementarios, ambas instituciones promueven una planificación de recursos humanos en salud que avance hacia la cobertura universal en salud, en un recorrido que considere la formación, movilización y redistribución de sus recursos humanos en sintonía con las necesidades sanitarias.

La cantidad y calidad del personal de salud no han dejado de ser relevantes, pero esta vez la mirada se dirige especialmente a la correcta ubicación de los trabajadores y de sus habilidades a lo largo de sus vidas profesionales [43],[44]. La puesta en marcha de *numerus clausus* en pre y postgrado para regular oferta de personal sanitario, la redistribución de personal sanitario a áreas remotas, aumentar la proporción de médicos generales en relación a especialistas, rediseñar las prácticas educativas y de desarrollo profesional laboral, reducir las migraciones locales y regionales, y anticiparse al creciente retiro de profesionales de mayor edad, son aspectos especialmente destacados.

Para la presente década, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 de Chile, propone seis grandes lineamientos para lograr los objetivos establecidos en recursos humanos en salud: 1) elaborar políticas públicas; 2) establecer una dotación adecuada; 3) generar las competencias adecuadas; 4) establecer condiciones laborales adecuadas, 5) fortalecer la formación médica; 6) consolidar sistemas de información [45].

Si bien la declaración normativa es siempre útil, la traducción efectiva en cumplimiento de objetivos avanza en forma variable.

En los últimos cinco años, el Ministerio de Salud ha elaborado estudios en varias líneas de trabajo de recursos humanos en salud. Además, se han generado al menos ocho informes para dar cuenta de disponibilidad y brechas de recursos humanos en salud entre los años 2012 y 2016. En ellos destaca el reporte del universo nacional y la

dotación del sector público de este año [46]. Reforzar estrategias históricas ha sido parte de la actual planificación de recursos humanos en salud.

El actual gobierno de Michelle Bachelet está implementando el Plan de Formación y Retención de especialistas en el sector público, para la especialización anual de más de mil médicos y la incorporación de alrededor de 1500 nuevos médicos a la atención primaria de salud hasta el año 2018. Nuevamente, la estrategia de trabajo para proveer de médicos a la atención primaria de salud en zonas rurales, aisladas o con dificultades de contratación médica, es la ampliación y fortalecimiento del Ciclo de Destinación vigente [47], programa parcialmente en sintonía con los estudios de oferta y demanda de recursos humanos en salud, así como con las nuevas herramientas y modelos de planificación.

Consideraciones finales

La evolución de la planificación de los recursos humanos en salud, como todo intento de política pública con cierta estructura, se ve afectada por el escenario político y socioeconómico histórico de los países.

En Chile, la planificación de recursos humanos en salud muestra una consistencia irregular con los cambios institucionales del sector salud y no ha logrado traducirse en una herramienta efectiva dentro de las políticas públicas sanitarias del país. En un contexto donde el registro y análisis de información sobre recursos humanos en salud ha mejorado en forma importante mediante plataformas informáticas, y donde la influencia de los modelos económicos y sus herramientas de cálculo para planificar y gestionar los recursos humanos en salud se ha vuelto predominante; el avance metodológico para lograr un buen diagnóstico sigue siendo inestable. Asimismo, las rigideces institucionales siguen restringiendo la posibilidad de mejorar la planificación. En el caso de la planificación de recursos humanos médicos, el Ministerio de Salud ha propuesto el desarrollo de modelos econométricos para estimar las brechas existentes, recogiendo modelos existentes en otros países, ninguno de los cuales puede situarse como definitivo [35],[43],[44].

La traducción operativa de la planificación de recursos humanos en salud pareciera no encontrar un lugar de acción donde implementarse. Las intervenciones “terapéuticas” sobre los problemas detectados habitualmente tienen alcance limitado por múltiples motivos. Estos podrían resumirse esencialmente en dos limitaciones para conciliar intereses colectivos (institucionales) e individuales (de los profesionales involucrados). La primera es la dificultad para coordinar intereses e intenciones de centros de formación (universidades), prestadores y aseguradores en un sistema de salud mixto y fragmentado. La otra es la dificultad de planificar recursos humanos en salud en su condición de personas con motivaciones, intereses y expectativas cambiantes.

Considerando que la primera de ellas es abordable desde una política pública, ésta requiere aunar esfuerzos políticos que permitan llegar a acuerdos que definan, por ejemplo, el número y cualidad de los profesionales que ingresan (e ingresarán) cada año a formación de pre y posgrado, de acuerdo a la proyección de necesidades según oferta y demanda actual y futura. Este tipo de esfuerzos requiere diálogo y toma de decisiones entre instituciones sanitarias y educacionales, ejerciendo una rectoría efectiva desde las primeras, pero respetando la autonomía de las segundas y la opinión de los seguros de salud, públicos y privados.

La concepción más instrumental y pragmática de la planificación de recursos humanos en salud como insumos parece ser útil para formar los "recursos humanos en salud que el país necesita". Sin embargo, tal declaración se aísla con frecuencia de la realidad institucional de Chile, ya que no sólo supone que los recursos humanos en salud necesarios puedan conocerse con anticipación, sino que además las diferentes condicionantes sociales, institucionales y personales se pondrían de acuerdo para ello.

Reconocer que las personas son las organizaciones más que uno de sus componentes, implica que la cooperación, la competencia y el conflicto entre ellos forman parte de una dinámica que habitualmente tiende a superar cualquier esfuerzo planificador [15].

Notas

Declaración de conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Financiamiento

El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Referencias

1. Organización Panamericana de Salud. El Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud. Ginebra: OMS; 2006. | [Link](#) |
2. Organización Panamericana de Salud. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Reunión regional de los observatorios de recursos humanos en salud, Ontario, Canadá; 2005. | [Link](#) |
3. Organización Panamericana de Salud. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. *Educ Med Salud*. 1984;18(1). | [Link](#) |
4. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Vigencia del concepto Capital Humano: Hacia una medición acorde con el advenimiento de la sociedad del conocimiento. INE. [on line] | [Link](#) |
5. Borrel Bentz RM. Recursos humanos en salud en la Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución. Washington, D.C. Organización Panamericana de Salud, 2007. Serie Recursos Humanos para la Salud, N° 53. | [Link](#) |
6. Andrade J. Problemas y perspectivas de la planificación de recursos humanos para la salud en la América Latina. *Revista Educación Médica y Salud*. S/N [on line]. | [Link](#) |
7. Nogueira R. Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de salud en las Américas. *EducMed Salud*. 1985;19(1). | [Link](#) |
8. Juricic B, Cantuarias R. La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las zonas rurales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*; 1975. | [Link](#) |
9. República de Chile, Ministerio de Salud Pública. Recursos humanos en Chile: Un modelo de análisis. Ministerio de Salud Pública y Consejo Nacional Consultivo de Salud, 1970. República de Chile. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
10. Nigenda Gustavo. Planificación de recursos humanos para la salud. Papel del Estado y de los grupos profesionales. *Educ Med Salud*. 1994;28(4). | [Link](#) |
11. Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries, OECD Health Working Papers, No. 62, Paris: OECD Publishing; 2013. | [Link](#) |
12. Organización Panamericana de la Salud. Plan Decenal de Salud para las Américas. Informe Final. III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Washington, D.C., Documento Oficial de la OPS 118; 1973. | [Link](#) |
13. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: Bases para su planeación estratégica; 2010. | [Link](#) |
14. Organización Panamericana de Salud. Desarrollo del Personal sanitario en Chile en los gobiernos Democráticos 1990-2008. OPS-Gobierno de Chile, 2008. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
15. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. OPS-Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud N°96. | [Link](#) |
16. Alwan A and Hornby P. The implications of health sector reform for human resources development. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(1):56-60. | [Link](#) |
17. Lethbridge J. Public sector reform and demand for human resources for health. *Hum Resour Health*. 2004 Nov 23;2(1):15. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Pan Am J Public Health*. 2005;17(3). | [Link](#) |
19. Carabantes J. Ciclo de Destinación. Instrumento de equidad en salud. *Cuad Med Soc*. 1998;39(2):18-26. | [Link](#) |

20. Organización Panamericana de Salud – Ministerio de Salud. Fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en los servicios de salud. Ministerio de Salud, División de Planificación Estratégica, 1995. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
21. Ministerio de Salud. Recursos Humanos en el sector público de salud. Informe 1996. Ministerio de Salud, División de Planificación Estratégica, 1996. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
22. Ministerio de Salud. Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos en el sistema Nacional de Servicios de Salud. División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud; 1997. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
23. Ministerio de Salud. Política de Recursos Humanos 1999-2000. División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud; 1999. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
24. Ministerio de Salud de Chile. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud, Santiago de Chile; 2000. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
25. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, OMS; 2000. | [Link](#) |
26. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec;376(9756):1923-58. | [CrossRef](#) |
27. Novick M, Rosales C. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015. Washington D.C.: OPS; 2006. | [Link](#) |
28. OECD. The Looming Crisis in the Health Workforce: How Can OECD Countries Respond?, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing; 2008. | [Link](#) |
29. European Commission. Commission Staff Working Document on an Action Plan for the EU Health Workforce. SWC, Strasbourg, 2012 ;(93). | [Link](#) |
30. Centre for Workforce Intelligence. A strategic review of the future healthcare workforce: informing medical and dental student intakes. Centre for Work force Intelligence (CfWI), London; 2012. | [Link](#) |
31. Méndez CA. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(3):276-80. | [Link](#) |
32. Méndez CA. Reflexión sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de Chile. *Rev Esp Salud Pública*; 2009;83: 371-378. | [Link](#) |
33. Dal Poz M, Quain E, O'Neil M, McCaffery J, Elzinga G, Martineau T. Addressing the health workforce crisis: towards a common approach. *Human Resources for Health*. 2006;4:21. | [CrossRef](#) |
34. Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat ALB. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2009. | [Link](#) |
35. World Health Organization (WHO). Models and tools for health workforce planning and projections. Geneva: WHO; 2010. | [Link](#) |
36. Becerra C., Herrera T. Hacia una política integral para los trabajadores de la salud. *Medwave* 2014 Nov;14(10):e6041. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
37. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Informe final. Cuerpo principal y Anexos. Colaboración técnica del Banco Mundial y el Gobierno de Chile. Octubre de 2009. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
38. Barber Pérez, Patricia y González López-Valcárcel, Beatriz. "Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2010-2025)". Universidad de Las Palmas de Gran Canaria - Gobierno de España; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Diciembre de 2011. | [Link](#) |
39. Metodología de elaboración de la propuesta de contratación de 500 especialistas para el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas; 2008. Documento digital facilitado Biblioteca MINSAL Dr. Bogoslav Juricic T.
40. Vargas N. Programa de especialistas para la Atención Primaria: experiencia y visión de académicos de la Universidad de Chile al primer año de marcha. *Cuad Méd Soc*. 2009;49(2):87-93.
41. Informe 2ª medición de metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS. Plan 2006-2015. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud; 2013. | [Link](#) |
42. Evaluación del Programa de Formación de Especialistas en Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Chile; 2013. Documento facilitado por División de Gestión de las Personas del Ministerio de Salud de Chile.
43. OMS. Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento presentado en la 138ª sesión del Consejo ejecutivo de la OMS; Diciembre de 2015. | [Link](#) |
44. OECD - OECD Health Workforce Policies: Right Numbers, Right Skills, Right Places; March 2016. | [Link](#) |
45. Estrategia Nacional de Salud. 2011-2020. Ministerio de Salud, Chile; 2010. | [Link](#) |
46. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión y Desarrollo de las Personas; Departamento de Calidad y Formación; y Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS. Marzo 2016. | [Link](#) |
47. Plan de Ingreso, Formación de Especialistas y Retención de médicos y odontólogos en el sector público de salud. Departamento de Calidad y Formación, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud; 2015 (Datos no publicados). Documento facilitado por Departamento de Formación y Calidad del Ministerio de Salud de Chile.

Correspondencia a:

[1] Calle Egaña 85
Puerto Montt
Región de Los Lagos
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.