

# **Gestión del trabajo y el derecho universal a la salud: algunos elementos para el análisis**

Janice Dornelles de Castro (UFRGS)


Elizabeth Barros(IPEA)

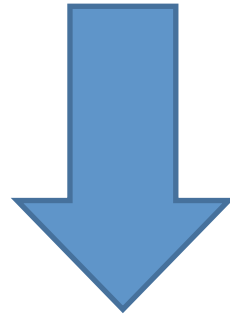
Patrícia Tavares Ribeiro (FIOCRUZ)

**Contacto:**

**[janice.castro@ufrgs.br](mailto:janice.castro@ufrgs.br)**

# Introducción

La garantía del derecho a la salud  un lugar destacado en la agenda política mundial.



Determina la creación de la zona de producción de conocimiento: la gestión del trabajo en los sistemas de salud universales.

# Introducción

- La crisis económica – 1990 - reconsideración de la política de los servicios de salud.
- Alternativas para reducir los gastos afectan directamente a la fuerza de trabajo sectorial. (Almeida, 1997)

- **Objetivos**

- Reunir elementos para la formulación de la política de planificación de la capacitación de la fuerza de trabajo.

- **Aspectos metodológicos**

- Revisión de la literatura: revistas de economía, administración pública, informes de salud pública; Los libros publicados por organismos internacionales (OMS, Banco Mundial y la OCDE), los organismos del gobierno brasileño (Ministerio de la Salud y IPEA).
- Análisis crítico: Gestión del trabajo - salud en el Brasil; Las propuestas de regulación del mercado y la práctica profesional;

# Sistematización de las tendencias internacionales

- **The World Health Report (WHO, 2006:6)**

- Estimación densidad mínima trabajadores salud (médicos, enfermeras y parteras) asegurar máxima cobertura – **asistencia partos y vacunación** contra el sarampión;
- 2,28 profesionales por cada 1.000 habitantes.
- En 2006, 57 países no alcanzaron esa marca.
- 4,3 millones más de trabajadores de salud

- **Indicador se consideró deficiente**

Hacer frente a la cobertura de las dos únicas áreas.

No tener en cuenta:


- mala distribución geográfica,
- capacitación inadecuada profesionales,
- Difícil acceso (Cometto, 2013: 881; World Bank, 2009).

# Sistematización de las tendencias internacionales

- **Working in Health (World Bank, 2009)**
  - Función: trabajadores y el aumento acceso a servicios de salud
  - Relación: número de trabajadores, servicios ofrecidos y los indicadores de salud.
  - El sector público : mayor proveedor y empleador
  - crítica a las políticas restrictivas impuestas por FMI - afectaran los indicadores de salud de diversos países.

# Sistematización de las tendencias internacionales

## Cometto, 2013

- **Limitación financiera** a la expansión de los sistemas de salud - origen en el modelo propuesto OMS = **2.28 Profesional para 1000 / habitantes.**
- El logro de meta  **estos países deben gastar el 50% del PIB.**
- Planee de los sistemas de salud universales en la fuerza laboral:
  - **crecimiento** de la población y la transición demográfica;
  - aumento de las enfermedades no transmisibles, **los cambios en la demanda** - de atención de la salud;
  - **adaptación de la formación** de los trabajadores a los cambios en la demanda;
  - **densidad y capacidad de colaboración** con otras profesiones de la salud
  - papel de los **actores no estatales**;
  - necesidades de la población, la distribución geográfica diversidad de profesiones, la equidad, - identificación de nuevos indicadores.

# Sistematización de las tendencias internacionales

Health Global Meeting Outcome Report

Global Thematic Consultation on Health

High Level Dialogue on Health in the Post-2015 Development Agenda, 2013.

## **Agenda de desarrollo de la Salud - ampliar los Objetivos de Desarrollo del Milenio - Salud 2015-2030**

- **Prestación de atención** (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos);
- **Prestación de servicios** (personal, servicios comunitarios y provisión de unidades de atención médica primarias, secundaria y terciaria) todas las etapas de la vida.



# Sistematización de las tendencias internacionales

## Scheil-Adlung (2013)

- Las **fallas en la planificación** → número, cualificación y distribución de la fuerza de trabajo, reducen la viabilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud;
- Garantizar **condiciones dignas** de trabajo, oportunidades de formación y perspectivas profesionales, esencial.

# Sistematización de las tendencias internacionales

## Ono (2013:11)

- Analiza las características de los modelos de proyección del mercado de trabajo en 18 países de la OCDE:
  - Foco - trabalho médico. No son concluyentes.
  - Diferentes patrones de gasto afetam el mercado.
  - Puestos de trabajo salud son menos sensibles a las crisis económicas
  - sugerencias:
    - Planificación, capacitar a los profesionales, evaluar la oferta y la demanda, a corto y largo plazo.
    - cuestión geográfica
    - multidisciplinario

# Sistematización de las tendencias internacionales

- **Simoens (2004)**

- La **distribución geográfica** → dificultad en la fijación de médicos en las zonas más pobres y lejanas → políticas específicas.
- **Aumento en el número de profesionales** no resuelve la distribución de la **desigualdad**.
  - Estudio aumento EUA → en la densidad media de 2.140 a 2.390 médicos por cada millón de habitantes entre 1991 y 2001.
  - Estudio aumento EUA → en la densidad media de 2.140 a 2.390 médicos por cada millón de habitantes entre 1991 y 2001.
  - Las áreas metropolitanas se incrementaron en un 23%
  - Las áreas no metropolitanas se incrementaron en un 10%.

# Sistematización de las tendencias internacionales

- **Cantor et al.,1996; Simoens, 2004; Dussault e Franceschini, 2006; Dolea et al., 2010.** Los autores sugieren acciones en tres dimensiones: financieros, educativos y regulatorios.

## Financiera:

Compensación diferenciada e incentivos financieros → fomentar el trabajo en las áreas desatendidas. Canadá, Quebec.

Esquemas salariales para las zonas rurales - países no han efectuado la provisión directa. Canadá y Nueva Zelanda

Garantizar unos ingresos mínimos - zonas escasamente pobladas. Reino Unido

Medidas - de pago - no ha sido suficientes. Trabajadores permanentes en las áreas remotas .

# Sistematización de las tendencias internacionales

## Educativa:

- Centrarse en la admisión de estudiantes de las zonas rurales.
- Becas - reembolsados con los servicios en estas áreas.
- Financiación de la educación médica continua.
- Japón, EE.UU.

## Reguladora

- Las normas de ubicación de la práctica profesional
- Determinar el número máximo de los médicos en cada localidad
- Alemania, Austria, Inglaterra, Australia y EE.UU.

# Sistematización de las tendencias internacionales

- **Pulcini et al (2010)**
  - Compartiendo el trabajo - médicos y otros profesionales
  - Estados Unidos y los países europeos.
  - Nuevas funciones - enfermeras - Estados Unidos- *advanced practice nurse. Nurse practitioner (NP) e Clinical Nurse Specialist (CNS)*.
- **Barros (2013)**
  - Nueva tecnología-telemedicina y telesalud, comunicación profesional, las acciones de colaboración, entrenamiento de apoyo, educación médica continua, expansión del acceso a servicios y atención médica especializada.

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- **1970** → Persistente escasez de la fuerza laboral para el cuidado en la salud, especialmente médicos.
  - Programas tienen por objeto la internalización de los doctores proyecto
  - Rondon, Programa de internalización de la salud y saneamiento (PIASS), Programa de internalización del trabajo en salud. (Campos.2009: 16)
- **1980/90** → Crisis económica, la reforma del Estado, la privatización, la reducción de los servidores públicos y los programas sociales, la estabilización macroeconómica, la globalización (Costa, 2013).
- **1991** → Ampliación del programa de privatización - Collor - las agencias reguladoras.
  - Nuevas normas aprobadas para la deuda pública.
  - Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF) - permitió la externalización de la fuerza de trabajo.

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- **1995 / 1998** → primero gobierno de FHC .
  - aprobado el Plan Director de la Reforma del aparato estatal (PDRAE) → reestructuración del Estado y la fuerza laboral, la separación de las funciones del poder ejecutivo como proveedor de servicios;
  - Las organizaciones sociales (OSS) → ejecución
- **1998** → **Constitución Federal / Enmienda Constitucional 19 de 1998**
  - Permite volver régimen CLT
  - agencias gubernamentales y fundaciones.

La reducción del gasto personal – 1995 → 2002

29% → 19% (Costa, 2013:1605; Campos, 2009:18).



# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- **2003/ 2010** → Gobierno de Lula
  - No hubo rupturas en la política macroeconómica - superávit primario, el régimen de inflación objetivo y un tipo de cambio flotante.
  - Teoria de la dependencia (Path dependency).
    - Costo de inversión de las políticas - muy elevado - obstáculos institucionales - obstruyen los cambios - continuidad de la disciplina fiscal - (Costa, 2013:1604)

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- El gasto social **1995-2009** (IPEA, 2011).  
11,24% → 15,80% do PIB
- Asistencia social (programa de asignación familiar)
  - 0.08% → 1,08% del PIB
- Seguridad Social (salario mínimo en recuperación)  
4,98% → 7,28% do PIB
- Salud  
1,79% → 1,85% do PIB.

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- Sistema nacional, descentralización de las acciones de salud municipios (Machado, 2006: 12; Campos 2009: 18)
- La expansión del sector de la salud - los establecimientos públicos y privados:
  - **1970: 13.133**
  - **2002: 67.612**
- La disminución de la red hospitalar → priorización de la atención ambulatoria, la demanda de hospitalización, déficit elevado de camas
  - **1976: 443.888 camas**
  - **2002: 471.171 camas** (Machado,2006:12)

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- La **expansión del empleo en el ámbito municipal** - la descentralización de la salud - **2 millones de puestos de trabajo** en el sector.
  - 1976:
    - 98 mil – federal,
    - 60 mil - estadual
    - 25,8 mil - municipal.
  - 2002:
    - 96 mil - federal
    - 800 mil - municipal. (Machado, 2006:12).**

# Análisis de la gestión de la fuerza laboral de la salud en Brasil

- Salud en Brasil - el más grande del mundo (Machado, 2006: 20).
  - 5.000 municipios
  - 67 000 establecimientos de salud públicos y privados,
  - 471 000 camas
  - 2 millones de empleos directos
    - 33,5 % nivel superior,
    - 28,6% nivel técnico,
    - 11,2% nivel elemental
    - 26,7% administrativo (Machado, 2006:19).
- formación de equipos multidisciplinarios
- feminización del trabajo, la cuota mujeres 70%

# Los gastos de personal como un desafío para la salud

- Después de la Constitución Federal (1988):
  - Descentralización de la política social
  - Municipalización fuerte → ocupación pública, acción en área social;
  - Funcionarios públicos (enlaces directos) crecieron 70%.
    - Federales 15,6% → 10,1%
    - Municipales 39% → 52,6%
- Crecimiento: 12% en puestos de trabajo directos (3.880.000 en 2005 y 4.330.000 en 2009).
- Proporción de empleos generados en la salud en relación con el total de la economía se incrementó de 4.3% en 2005 a 4,5% en 2009 (IPEA, 2013).

# La disponibilidad de médicos y el acceso de la población

- El mercado de trabajo médico -indicativos escasez
  - Ausencia de desempleo
  - Demanda de empleos formales supera la oferta de profesionales
  - Concentración geográfica extrema
  - CFM → 388.015 registros médicos activos / 2013
    - 56% → sudeste.
    - 6 estados → más de 2/1000 médico/persona
    - 14 estados → inferior de 1,5/médico/1000 hab
    - 3 estados → inferior 1/médico/1000 hab

# La disponibilidad de médicos y el acceso de la población

- Movimientos Sociales junio de 2013 → se hicieron eco.
- La respuesta fue proponer cinco pactos: la responsabilidad social, la reforma política, transporte público, educación y salud.
- En Salud → Programa Mais Médicos.
- Medidas de emergencia - médicos de otros países - los municipios de la demanda.
- Formación de expansión a largo plazo - medidas estructurales
- Creación de 11.500 nuevos puestos de trabajo y 12.000 residencias medicas.
- Obligatorio - primer año de residencia en Medicina General y Familiar -  
→ requisito previo a residencias médicas (medicina interna / medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, cirugía general, la psiquiatría y la medicina preventiva y social)



# La disponibilidad de médicos y el acceso de la población

- selección de personal, los médicos brasileños → prioridad, adherencia insuficiente
- La contratación de profesionales médicos a tres años → Otros países - sin necesidad de diploma de reconocimiento antes.
- Acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud → venida de los médicos cubanos.
- Autorización especial para operaciones restringidas en las áreas de escasez de médicos - grandes periferias de las ciudades y condados en el interior - período fijo.

# La disponibilidad de médicos y el acceso de la población

- **Hasta principios de 2014**
  - 4.040 unidades federales se unieron al programa, pidiendo 12.930 médicos.
  - 9.501 médicos en 3101 ubicados en 32 ciudades y distritos de indios
  - **siendo 7.361 cubanos, brasileños y 1.231 estudiantes extranjeros de intercambio 909.**
  - Tercer ciclo incluye 2.890 profesionales - para garantizar la atención integral toda la demanda municipios más pobres.
  - Incluido en el programa de 1473 ciudades con bajo y muy bajo IDH o el 20% o más de la población en condiciones de pobreza extrema.

# La disponibilidad de médicos y el acceso de la población

- Tamaño de Brasil - distribución de la población
  - 45% de municipios – hasta 10 000 habitantes
    - 7% de la población
    - menos del 1% (0,84%) de médicos
    - 10% de los establecimientos de salud
    - 13.8% de UBS, muchos de ellos sin la presencia de médicos
    - UBS 4.489 y 3.172 médicos.
  - 89% municipios - hasta 50 mil habitantes
    - 33,5% de la población
    - 40,5% de los establecimientos de salud,
    - 54% de UBS tienen sólo 7,8% de los médicos.
- Ausencia de políticas públicas – fuerza de trabajo en salud - Límites a los gastos de personal – LRF - Problemas graves - precarización, la externalización y transferencia de acciones al sector privado.

# Resultados y discusión

- La descentralización de las políticas de salud para los municipios fue acompañada por las dificultades en la planificación y la infraestructura de distribución equitativa y eficaz en general, y sobre todo personal;
- Situación agudizado como consecuencia de la multiplicación de las grandes ciudades en las últimas décadas: Actualmente alrededor de 5.500 municipios (Campos, 2009: 18).
- Las recientes propuestas del gobierno federal → El Programa Más Médicos
- Medida insuficiente para superar los problemas que enfrenta el Sistema Único de Saúde en Brasil.

# Resultados y discusión

- La planificación de la cantidad y cualificación de profesionales de la salud no es satisfactoria;
- Es necesario avanzar en el plan regulador para que podamos poner en práctica soluciones a largo plazo.
- El diagnóstico de la situación y las posibilidades de las variables de intervención, como el crecimiento demográfico, el cambio de la epidemiología y consecuencias de la transición demográfica;
- Importancia del sector público como empleador en el área de la salud; la descentralización.

# Conclusiones

- La desigual distribución de la mano de obra, sobre todo de profesionales de la medicina;
- Necesidad de regulación de la actividad profesional y los incentivos para la ubicación en su interior;
- Políticas multisectoriales que crean mejores condiciones de vida en todo el territorio;
- Una mejor salud de la población, que actúa como un estímulo para la fijación de los profesionales.
- Superar un obstáculo importante para las políticas de fuerza de trabajo deben enfrentar: la falta de financiación del sector.
- Aumentar significativamente el gasto en el Sistema Único de Saúde, acercándolos a 7% del PIB
- Corresponde a duplicar el gasto que, actualmente, alcanza el 3,6%.