



# Investigación sobre las Políticas del Sector Salud

## Boletín

### Recursos humanos del sector salud: Equilibrio entre la oferta y la demanda

La asistencia médica es un trabajo altamente intensivo. Por lo tanto, un sistema de salud efectivo y sostenible depende de la cantidad y de la combinación correcta de trabajadores de la salud. En forma creciente, los informes acerca del déficit actual y pronosticado de los trabajadores de la salud se están convirtiendo en un tema de preocupación y debate público.

En este número del *Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud* se identifican los engranajes de las políticas clave que están disponibles para enfrentar el desequilibrio existente en los recursos humanos en el sector salud (RHSS) en Canadá y se explora el tipo de evidencia que está modelando el proceso actual de desarrollo de la política y planificación. Este boletín se concentra particularmente en:

- Los trabajadores de la salud remunerados y la complejidad de la fuerza laboral del sector salud;
- Cómo las presiones, tanto de la oferta como de la demanda sobre RHSS contribuyen al desequilibrio de este sector laboral y generan un déficit en el mismo;
- Los desafío de evaluar este déficit en RHSS y la evidencia emergente acerca de donde se encuentran estas deficiencias;
- La influencia de las tendencias demográficas tales como el crecimiento y el envejecimiento de la población en los crecientes requerimientos de RHSS que “van apareciendo en el camino”;
- ¿Cómo el mejoramiento de las condiciones de trabajo puede ayudar a atenuar el desequilibrio actual y atraer nuevos profesionales?;
- La necesidad de situar los problemas de RHSS dentro de un contexto mundial y como la integración de profesionales de la salud graduados en el exterior ayuda a atender el desequilibrio de RHSS de corto plazo.

De estos artículos surge un mensaje claro: evitar las deficiencias de RHSS en el futuro requiere de un compromiso y un esfuerzo constante que debe ser atendido ahora, mediante el trabajo en conjunto de investigadores y analistas con planificadores y responsables de la creación de políticas, para desarrollar decisiones razonables, basadas en evidencias.

### En este número

#### Recursos Humanos del Sector Salud

Perspectivas de las políticas sobre RHSS

3

Los trabajadores del sector salud canadiense

8

Déficit laboral

12

Cambios demográficos y RHSS

17

Equipos interdisciplinarios

22

Condiciones laborales de la enfermería

23

Profesionales de la salud graduados

28

¿Quién hace qué?

32

RHSS: ¿Sabía UD. qué . . . ?

34

Modelaje de la oferta de médicos

36

Nuestra misión es la de ayudar a la población canadiense a mantener y mejorar su salud.

Ministerio de Salud de Canadá

## Informes Federales/Provinciales/Territoriales

A continuación se encuentran los enlaces a la Web que le permiten el acceso a diversos sitios con informes importantes sobre el tema.

### Comité Senatorial Permanente de Asuntos Sociales, Ciencia y

**Tecnología:** *The Health of Canadians — The Federal Role: Final Report on the State of the Health Care System in Canada* (Kirby), 2002, Págs. 185–199 <<http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/repoct02vol6highlights-e.htm>>

**Comisión Sobre el Futuro del Sector Salud de Canadá:** *Building on Values: The Future of Health Care in Canada* (Romanow), 2002, págs. 91–114 <<http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html>>

**Colombia Británica:** *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, 2001 <<http://www.legis.gov.bc.ca/cmt/37thparl/session-2/health/reports/healthtoc.htm>>

**Alberta:** *A Framework for Reform* (Mazankowski), 2001 <<http://www.premiersadvisory.com/reform.html>>

**Saskatchewan:** *Caring for Medicare: The Challenges Ahead* (Fyke), 2001 <[http://www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_commission\\_on\\_medicare-bw.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf)>

**Manitoba:** *Worklife Task Force: Renewing our Commitment to Nurses*, 2001 <<http://www.gov.mb.ca/health/documents/worklife.pdf>>

**Ontario:** *A Public Dialogue on Health Care*, 2002 <[http://www.health.gov.on.ca/english/surveys/archives/sur\\_02/dialogue\\_0701/dialogue\\_report.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/surveys/archives/sur_02/dialogue_0701/dialogue_report.pdf)>

**Québec:** *Emerging Solutions* (Clair), 2001 <<http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2001/01-109-01a.pdf>>

**Nuevo Brunswick:** *Health Renewal Report from the Premier's Health Quality Council*, 2002 <<http://www.gnb.ca/0089/phqc/pdfs/health.pdf>>

**Nueva Escocia:** *A Study of Health Human Resources in Nova Scotia*, 2003 <<http://gov.ns.ca/health/hhr/default.htm>>

**Isla del Príncipe Eduardo:** *Nursing Recruitment and Retention Strategy*, 2003 <<http://www.gov.pe.ca/hss/recruitment/nursing.php3>>

**Terranova y Labrador:** *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador*, 2002 <<http://www.gov.nl.ca/health/strategiehealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>>

**Territorios del Noroeste:** *Retention and Recruitment Plan for the Northwest Territories' Allied Health Care Professionals, Nurses and Social Workers*, 2002 <[http://www.hlthss.gov.nt.ca/Content/Publications/Publication\\_index.htm](http://www.hlthss.gov.nt.ca/Content/Publications/Publication_index.htm)>

**Yukón:** *Report to Yukoners on Comparable Health and Health System Indicators*, 2002 <[http://www.hss.gov.yk.ca/docs/health\\_indicators\\_2002.pdf](http://www.hss.gov.yk.ca/docs/health_indicators_2002.pdf)>

**Nunavut:** *Our Words Must Come Back To Us*, 2003 <<http://www.gov.nu.ca/hsssite/lnungni%20Sapujijijit%20E.pdf>>

## Acerca del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud

El *Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud* del Ministerio de Salud de Canadá se publica tres veces al año. El boletín es parte de un programa más grande de comunicación de la investigación de las políticas, para mejorar la base de evidencias relativas a las políticas del Ministerio de Salud de Canadá.

Un comité director ministerial se encarga de guiar el desarrollo del Boletín. La Gerencia de Investigación y la División de Comunicación (GIDC) conjuntamente con la Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad coordinan el desarrollo y producción del boletín. GIDC quisiera expresar su gratitud a los miembros del comité director por sus contribuciones, así como a Nancy Hamilton, Editora en Jefe, Jaylyn Wong, Editora Asistente, y Tiffany Thornton, Coordinadora. Un agradecimiento especial a los conocimientos y liderazgo durante el desarrollo del contenido a: Cliff Halliwell, antiguo Director General de la Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad; a Judith Shamian, Directora Ejecutiva de la Oficina de Políticas de Enfermería, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud; y a Robert Shearer, Director de Estrategias de Recursos Humanos del Sector Salud, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud.

Agradecemos sus comentarios y sugerencias. Por favor dirija sus comentarios y cualquier cambio de dirección a <[bulletininfo@hc-sc.gc.ca](mailto:bulletininfo@hc-sc.gc.ca)>. Las versiones electrónicas en HTML y PDF del boletín se encuentran disponibles en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

## Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud

Las opiniones expresadas en estos artículos, incluyendo la interpretación de los datos, pertenecen a los autores de los mismos y no deben ser tomadas como declaraciones oficiales del Ministerio de Salud de Canadá.

Esta publicación se encuentra disponible en formatos alternativos si son requeridos.

Se autorizan las reproducciones no comerciales siempre y cuando se haga claro reconocimiento de la fuente original.

Publicado bajo el permiso del Ministerio de Salud.

© Su Majestad la Reina, Jefe de Estado del Canadá, representada por el Ministerio de Trabajos Públicos y Servicios Gubernamentales del Canadá, 2004.

ISSN 1496-466 X ISSN 1499-3503 (En línea)

Revisión y diseño por Allium Consulting Group Inc.

Número del Acuerdo Postal de Publicación 4006 9608

Si no es entregado, devolver a:

Health Canada  
IACB/DGIAC  
RMDD/DGDR  
P/L: 1904A



# La clave del desafío

**E**n este número, Nancy Hamilton, editora en jefe del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud, dialoga con **Cliff Halliwell** (CH), Director General sobre la Dirección de Coordinación e Investigación de Políticas, Departamento de Planificación y Políticas de Estrategia, Recursos Humanos y Desarrollo de Competencias (antiguo director general de la dirección de investigación aplicada y análisis, departamento de información, análisis y conectividad del Ministerio de Salud de Canadá); **Judith Shamian** (JS), Directora Ejecutiva de la Oficina de Políticas de Enfermería, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud; y **Robert Shearer** (RS), Director de la División de Estrategias de Recursos Humanos del Sector Salud, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud, del Ministerio de Salud de Canadá.

**P** ¿Qué quieren decir los investigadores de las políticas cuándo mencionan el término “recursos humanos del sector salud” (RHSS)?

**RS:** El término “recursos humanos del sector salud” generalmente se refiere a las personas que proporcionan servicios o cuidados de salud al público, desde médicos, personal de enfermería, y cualquier otro profesional del gremio de salud — técnicos de laboratorio, psicólogos, fisioterapeutas y otros — hasta las familias y los voluntarios encargados de cuidados especiales. La fuerza de trabajo del sector salud es extremadamente compleja. Está compuesta de una mezcla de trabajadores reglamentados y no reglamentados, sindicalizados y no sindicalizados, así como de aquellos que trabajan en diversas clínicas públicas y privadas tales como dentistas y quiroprácticos.

**JS:** Me gustaría reforzar el punto mencionado por Robert acerca de la complejidad. Existen varias docenas de grupos de profesionales de la salud reglamentados o no reglamentados en Canadá, donde los primeros han sido reglamentados a nivel provincial y territorial.

**RS:** También es necesario reconocer lo realmente intenso del trabajo en el sector salud. El sector salud y asistencia social cuenta con aproximadamente el 10% de la fuerza laboral de Canadá y emplea a cerca de 1,5 millones de canadienses.

**CH:** Otro punto que debe ser enfatizado es la enorme cantidad de trabajadores voluntarios dentro del sistema de salud. Del total de horas de trabajo en el sistema, cerca de la mitad corresponde a la contribución de los voluntarios. Lo que quiere decir que por cada hora de trabajo pagado hay otra hora de trabajo no remunerado, aunque en algunos casos el trabajo no remunerado es por los servicios de cuidados personales más que servicio de salud en el sentido estricto.

**P** A partir de los informes recientes sobre la reforma de salud se hace claro que RHSS tiene una creciente prioridad importante a todos los niveles del gobierno. ¿Qué tipo de asuntos sobre las políticas de RHSS se identificaron en este informe?

**RS:** Varias provincias y territorios encargaron informes sobre la reforma del sistema de salud durante el bienio 2001–2002 (ver página 2). También hay dos informes pan-canadienses clave: el informe senatorial, *The Health of Canadians — The Federal Role: Final Report on the State of the Health Care*



*System in Canada*, presidido por el senador Michael Kirby; y el informe de la Comisión Romanow, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ambos informes destacan el déficit laboral en el sector y hacen un llamado a una estrategia nacional para incrementar el número de médicos, aliviar el déficit del personal de enfermería y obtener más datos sobre los profesionales relacionados al sector salud. La Comisión Romanow, sin embargo, recomendó también un enfoque nuevo y más integrado a RHSS que apuntaría a mayores alcances de la práctica, proporcionando la exacta combinación en comunidades rurales y remotas, y una educación y capacitación interdisciplinaria.

**P** *Los problemas de RHSS discutidos en este informe no son realmente nuevos, pero al parecer hay una creciente urgencia para discutir las políticas al respecto. ¿Qué es lo que hace la situación tan apremiante?*

**CH:** Estos asuntos, ciertamente no son nuevos. Por ejemplo, siempre nos ha preocupado el que no haya suficientes médicos. Los gobiernos deben preocuparse ya que ellos controlan los recursos primordiales que rigen la oferta de trabajadores médicos — dígame, las escuelas de enfermería y medicina, y el flujo de inmigrantes en el país. Sin embargo, la preocupación va en aumento, y esto es debido en gran medida a la demografía de la generación de post guerra (ver página 17). Mientras la población envejece, inevitablemente incrementa la demanda de servicios, su consecuencia afectará más inmediatamente la oferta de RHSS — la “hola frontal” de envejecimiento de la población. En esta década solamente, muchos de los actuales trabajadores de la salud se jubilarán y necesitarán ser reemplazados en un momento en que el crecimiento de la población y de la fuerza laboral disminuye.

Estamos tratando también de alterar fundamentalmente la manera de prestar los servicios de salud — especialmente los cuidados primarios de salud. Esto tiene implicaciones en el requerimiento de los trabajadores, en sus funciones y en la capacitación que necesitan. Dado el largo período de formación para la mayoría de los profesionales de la salud, debemos tomar medidas ahora para evitar el déficit en el futuro.

**P** *¿Son estos desafíos únicos del sistema de salud canadiense?*

**CH:** No, muy por el contrario. El hecho de que el resto del mundo industrializado está enfrentando presiones similares está causando mayor preocupación aquí en Canadá.

**L** *a dinámica es mundial. Los países industrializados están a punto de enfrentar un decrecimiento de la fuerza laboral, lo cual presenta una preocupación crítica para un sector laboral intenso como lo es el sector salud.*

**JS:** Estoy de acuerdo. Este es un problema internacional, pero presenta un desafío particular para Canadá, siendo vecino de los Estados Unidos, quienes tienen un déficit en RHSS diez veces mayor que el nuestro.

**RS:** Necesitamos enfrentar este problema desde una perspectiva internacional amplia, tomando en cuenta tanto los países industrializados como los países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, juegan un papel importante en este aspecto, y Canadá debe estar preparado a participar ya que el 23 por ciento de la presente fuerza laboral médica ha sido entrenada en el exterior.

**CH:** La dinámica es mundial. Los países industrializados están a punto de enfrentar un decrecimiento de la fuerza laboral, lo cual presenta una preocupación crítica para un sector laboral intenso como lo es el sector salud. En contraste, los países en vías de desarrollo enfrentan una explosión del crecimiento de la fuerza laboral. Sin embargo, en la actualidad, sus niveles de servicios son relativamente bajos comparados con sus requerimientos. Esto presenta un cuestionamiento político acerca de lo apropiado que sería para los países industrializados el atraer a este capital humano de países donde la necesidad es infinitamente mayor.

**RS:** Debido a esto, los países de la Mancomunidad Británica han firmado un Código de Ética donde se establece que no es apropiado reclutar activamente cantidades importantes de profesionales de la salud de países tales como Sudáfrica. Sin embargo, es necesario distinguir entre reclutamiento activo y la simple necesidad de asegurar que las barreras innecesarias no estén evitando que los profesionales entrenados en el extranjero y que ya se encuentren en Canadá trabajen en el campo de la salud (ver página 28).

**P** *A la luz de esta dinámica, ¿cuáles serán los vacíos más críticos en la fuerza laboral del sector salud en el futuro?*

**CH:** A pesar de que vivimos más años, la evidencia sugiere que los años extras de vida que disfrutamos son años de buena y no tan buena salud. Con los avances en la tecnología médica, las personas viven con condiciones con las que no habrían podido sobrevivir hace tan sólo algunos años. Esta creciente preponderancia de enfermedad crónica sugiere que la presión mayor está en áreas de enfermería y medicina general que proporcionan niveles de cuidados más constantes. Las presiones pueden ser menores en medicina especializada

y cirugía, aunque esto depende de las tecnologías disponibles o si los problemas de salud requieren cirugía o tratamiento farmacéutico.

**RS:** Aunque no estamos seguros acerca de la dirección de todas las presiones de la demanda, estamos empezando a ver algunas tendencias en la oferta de RHSS. Por ejemplo, mientras en el pasado había cerca de un 50–50 entre doctores de medicina general y especialistas, las estadísticas actuales muestran una reducción mayor en el porcentaje de nuevos profesionales médicos en medicina general (ver página 12).

**CH:** También esperamos ver la usual diferencia en la distribución laboral la cual puede ser exacerbada por las tendencias demográficas. Por ejemplo, presiones debido al envejecimiento de la población es más probable que sea mayor en la región atlántica y en las comunidades rurales y remotas desde donde muchas personas emigran para conseguir trabajo y eventualmente regresan una vez que se jubilan.

**P** *Cliff apuntó que el área de enfermería sería la más probable en experimentar los primeros déficit. ¿Cuáles son algunos de los factores que contribuyen a la situación que enfrentan los enfermeros y enfermeras de Canadá?*

**JS:** Esta situación puede ser vista de diferentes maneras. ¿Quiénes trabajan como enfermeros ahora? ¿Quiénes estarán ahí en los próximos años? y ¿Quiénes permanecerán? Las evidencias muestran que el gremio de enfermería está envejeciendo y que un gran número de ellos pasará a ser jubilados en los próximos cinco o diez años. Aunque las escuelas de enfermería han aumentado, la cantidad de nuevos enfermeros y enfermeras que entran a la fuerza laboral no compensa la cantidad que sale por jubilación.

También debemos tomar en cuenta lo que el personal de enfermería hace tanto ahora como en el futuro. Sabemos que se está produciendo una gran transformación en el servicio de salud que tendrá implicaciones significativas en el gremio de enfermería (ver

página 22). Iniciativas tales como los cuidados primarios de salud, cuidados domiciliarios y salud pública todos requieren enfermeros adicionales, en la mayoría de los casos, con diferentes campos de especialidades y prácticas de las que existen actualmente. Hay un creciente reconocimiento, y una confirmación científica que sugieren que las situaciones tales como las enfermedades crónicas pueden tratarse más eficientemente con un equipo de colaboración. El Ministerio de Salud de Canadá está tomando los pasos necesarios para asegurar que las inversiones para la educación necesaria en este ámbito se hagan tomando en cuenta el apoyo a este nuevo enfoque en un equipo interdisciplinario cuyo objetivo esté centrado en el paciente.

**L** a evidencia sugiere que los años extras de vida que disfrutamos son años de buena y no tan buena salud. Con los avances en la tecnología médica, las personas viven con condiciones con las que no habrían sobrevivido hace tan sólo algunos años. Esta creciente preponderancia de enfermedad crónica sugiere que la presión mayor estará en áreas de enfermería y medicina general que proporcionan niveles de cuidados más constantes.

**P** *La atención a estos desafíos de RHSS involucrará más que el hecho de tener el número adecuado de trabajadores. ¿Qué otros factores tendrán que ser considerados?*

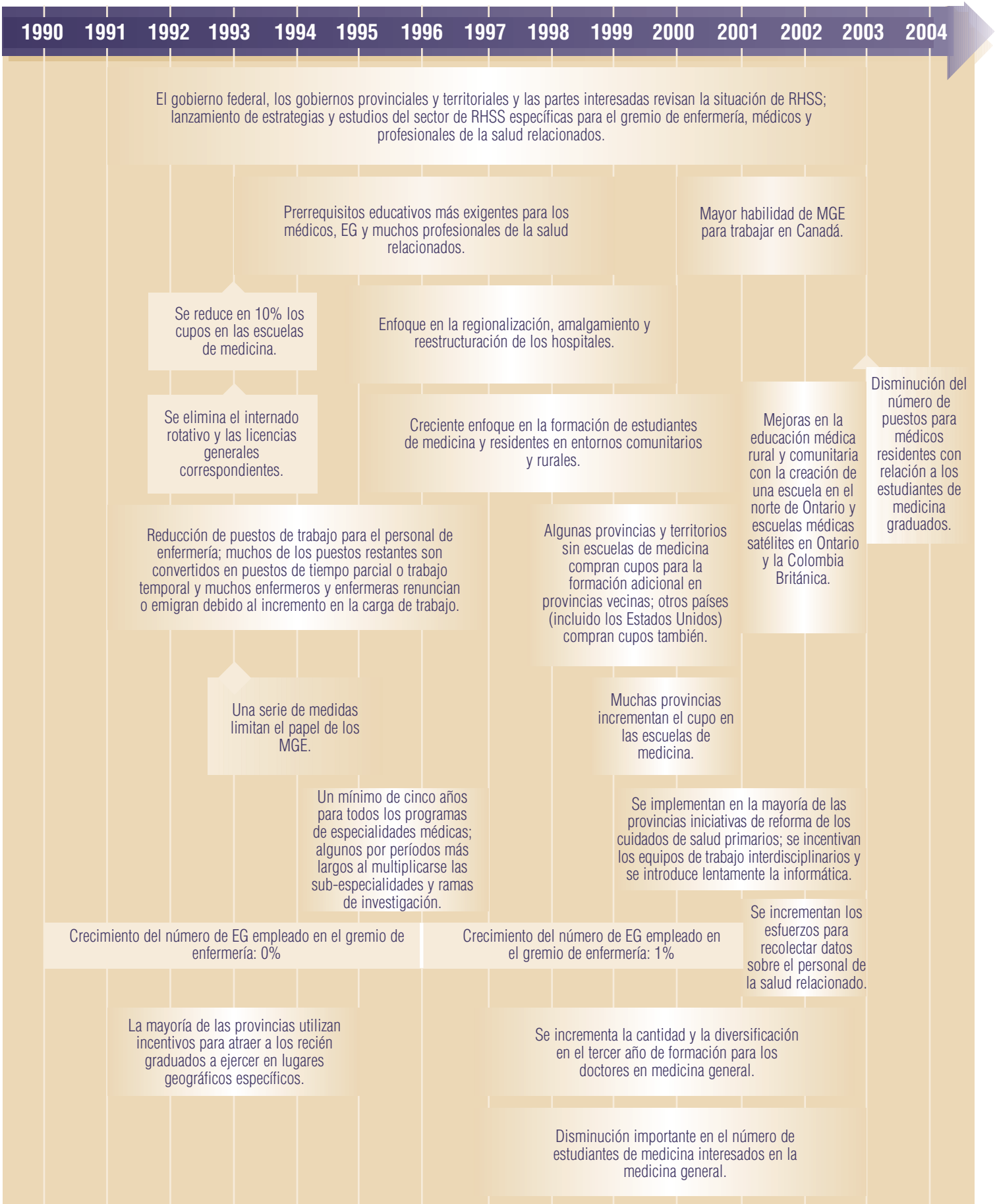
**JS:** Sí, se han usado y se deben usar varios engranajes políticos para atender estos desafíos. Es importante reconocer que el déficit actual está “generado por nuestras propias políticas” y relacionado a la disminución que tuvo lugar en los años 90 (ver el gráfico de trayectoria de la página 6) Esto también está relacionado al hecho de que los profesionales de la salud no se encuentran contentos en sus puestos de trabajo. Esto es un fenómeno relativamente nuevo que surgió en los años 90 y que tiene implicaciones más grandes por su capacidad para retener a los trabajadores, especialmente al personal de enfermería. Este gremio está experimentando una tasa significativa de absentismo (ver página 23). En Canadá, por ejemplo el personal de enfermería tiene un 80 por ciento de ausentismo más alto que cualquiera de las otras 47 ocupaciones. Este absentismo laboral equivale a cerca de 10.000 puestos de trabajo por año.

**CH:** Yo pienso que es en el gremio de enfermería es donde de encuentra el “punto débil” debido a la cantidad de ▶



# Principales tendencias e iniciativas en RHSS

Dr. Joshua Tepper, y Suzanne Larente, *División de Estrategias de Recursos Humanos, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud*



factores que convergen ahí. A diferencia de la situación hace 30 años, las mujeres ahora pueden aspirar a casi cualquier profesión que ellas deseen, y al mismo tiempo, la inversión en educación para entrar en un colegio de enfermería es más alta que nunca. Y como apuntaba Judith, las condiciones de trabajo a menudo son difíciles y el trabajo en sí puede llegar a ser extenuante con la edad. Finalmente, ya que la mayoría de las enfermeras y enfermeros están cubiertos por planes de pensión del tipo que disfruta el sector público, las jubilaciones llegan a ser muy atractivas especialmente cuando las enfermeras y enfermeros cumplen los 50 años de edad y ya tienen 30 años de servicio.

**JS:** A pesar de estos factores, es interesante hacer notar que por cada cupo en la escuela de enfermería existen dos o tres aspirantes.

**P** *¿Qué tipo de evidencia se necesitará para enfrentar estos desafíos y cuál es el papel que desempeña el Ministerio de Salud en el desarrollo de esta base de evidencias?*

**CH:** Quiero anteponer a mis comentarios que, aunque el Ministerio de Salud no necesita hacer esto por ellos mismos, el ministerio debería insistir para asegurarse de que se haga. Lo que se debe hacer es preparar un marco para ensamblar la evidencia y de esta manera analizar sistemáticamente los problemas. Necesitamos examinar los problemas de la oferta y la demanda de RHSS de una manera global, y luego construir y operar el pronóstico, crear el escenario y las herramientas para comprobar las políticas que podrían ayudarnos a atender las presiones que surjan y sus soluciones potenciales. También necesitamos un esfuerzo enfocado y comprometido para ensamblar las proyecciones en informes actualizados con frecuencia los cuales sean probados contra los resultados año tras año. Esto es especialmente importante a la luz del amplio horizonte en el que los planificadores de RHSS están trabajando. Aunque no necesariamente fácil, con la inversión correcta de esfuerzo, compromiso e información podemos hacerlo mucho mejor de lo que hemos hecho a la fecha.

**JS:** Cliff tiene razón. Hay mucho “ruido y pocas nueces”. Aunque podamos recolectar toda la información, el análisis se dificultaría ya que los problemas de RHSS se miden de forma diferente en las distintas regiones del país. Por consiguiente, no hemos sido capaces de recoger la experiencia de todas ellas y reunirlos en una historia nacional de RHSS. Sin embargo, Canadá tiene algunos de los analistas internacionales líderes en este campo.

**CH:** Pienso que es importante también que el trabajo se lleve a cabo independientemente de intereses organizados,

de tal manera que los resultados no sean solamente objetivos sino que también sean percibidos como tales. Otra clave sería tener la necesaria “cómpra”, algo que requeriría un verdadero esfuerzo de colaboración entre los investigadores y analistas trabajando en conjunto con los planificadores y responsables de la creación de políticas.

**P** *Aunque las herramientas de análisis podrían no ser tan sólidas como quisiéramos, hay una base de evidencias creciente. ¿Cómo se usa esta base de evidencias en el proceso de planificación de RHSS y cuál es el papel que desempeña el gobierno federal?*

**RS:** En el pasado, la planificación de RHSS era principalmente iniciada por jurisdicciones individuales. Sin embargo, ya que los proveedores de servicios de salud son un recurso móvil, es importante un trabajo coordinado en la solución de los problemas de RHSS para reducir la competencia dentro y entre los mercados laborales de las provincias y territorios. Tomando esto en consideración, el Primer Acuerdo Ministerial de Salud 2000 se dirigió al gobierno federal, y a los gobiernos provinciales y territoriales con el fin de fortalecer la base de evidencias para una planificación de RHSS a nivel nacional. Consecuentemente, en el año 2003, el gobierno federal se comprometió a invertir \$90 millones en un lapso de cinco años para mejorar la planificación de RHSS, incluyendo mejoras en los pronósticos de sus necesidades. Para facilitar el diálogo, el Ministerio de Salud ha desempeñado un papel importante en el Comité del Consejo Federal, Provincial y Territorial para la prestación de Servicios de Salud y Recursos Humanos, el cual se encuentra ahora atacando con carácter de prioridad los problemas de RHSS, incluyendo la concesión de credenciales para el ejercicio de la profesión, graduados en medicina en el exterior y el concepto del plan pan-canadiense de RHSS.

**CH:** Me gustaría subrayar el último punto mencionado por Robert. El gobierno federal tiene el importante papel de coordinar las oportunidades de las provincias y territorios para discutir lo que funciona en las distintas jurisdicciones. El gobierno federal desempeña también un papel importante en otras áreas, incluyendo información e investigación, especialmente en aquellas jurisdicciones que no son capaces por sí solas de crear suficiente inversión. Por ejemplo, el Ministerio de Estadísticas de Canadá ha sido siempre el portavoz principal del sistema nacional de estadísticas y ha sido una fuente clave de datos de RHSS conjuntamente con el Instituto Canadiense para la Información de la Salud.

Me gustaría enfatizar, como nota final, la importancia de avanzar ahora para enfrentar los desafíos que hemos discutido hasta el momento. Hace diez años, quizás teníamos una ventana de 15 años para atender estas presiones. ¡Ahora sólo nos quedan cinco años! 🍀

# Perfil

## de los trabajadores de la salud en Canadá

Gordon Hawley, División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos, Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad, Ministerio de Salud de Canadá

Un sistema de salud pública “saludable” es aquel que puede satisfacer los requerimientos de recursos humanos (RHSS) de forma adecuada. Este artículo reseña las principales categorías de trabajadores de la salud bajo el sistema de salud pública de Canadá e identifica las características de la fuerza laboral que contribuyen a los desafíos actuales y futuros de RHSS.

### El panorama general

El trabajo en el sector salud de Canadá es muy intenso. La mayor parte del presupuesto de \$112 miles de millones para gastos de salud en el año 2002 fueron invertidos en servicios de salud — incluyendo los salarios de los trabajadores de la salud — a diferencia de bienes tales como equipos médicos y farmacéuticos.<sup>1</sup> El término trabajadores de la salud incluye a los médicos en sí, personal de enfermería y otros profesionales de la salud regulados bajo la legislación provincial así como proveedores no regulados.

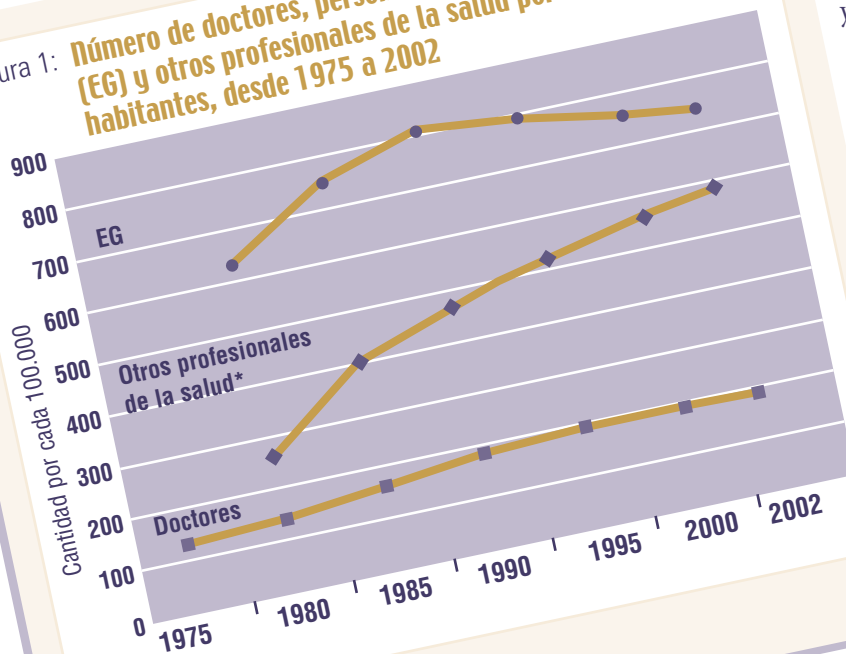
La Figura 1 muestra una visión general del número de médicos, personal de enfermería y otros profesionales de la salud regulados desde 1975 hasta 2002. El número de enfermeros y enfermeras graduados (EG) por cada 100.000 habitantes ha sufrido una disminución constante desde su punto más alto en

1990, mientras el número de médicos se mantiene relativamente constante durante el mismo período. Sin embargo, “el conteo per capita” simplemente no nos da una idea completa acerca de la oferta de profesionales. Por ejemplo, muchos enfermeros y enfermeras trabajan a tiempo parcial.

Otros profesionales de la salud regulados, tales como dentistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, quiroprácticos y nutricionistas, generalmente necesitan un diploma o, de forma creciente, un título profesional para ejercer la carrera. Algunos de los incrementos en otras profesiones de salud reguladas, descritas en la Figura 1 se deben a las regulaciones de grupos previamente no regulados y a la inclusión de ciertos grupos, tales como farmacéuticos y parteras, durante el trabajo de recolección de datos para este período (ver Figura 1).

Otros proveedores de servicios de salud no regulados tales como asistentes de enfermería y camilleros también contribuyen de forma esencial al

Figura 1: Número de doctores, personal de enfermería graduado (EG) y otros profesionales de la salud por cada 100.000 habitantes, desde 1975 a 2002

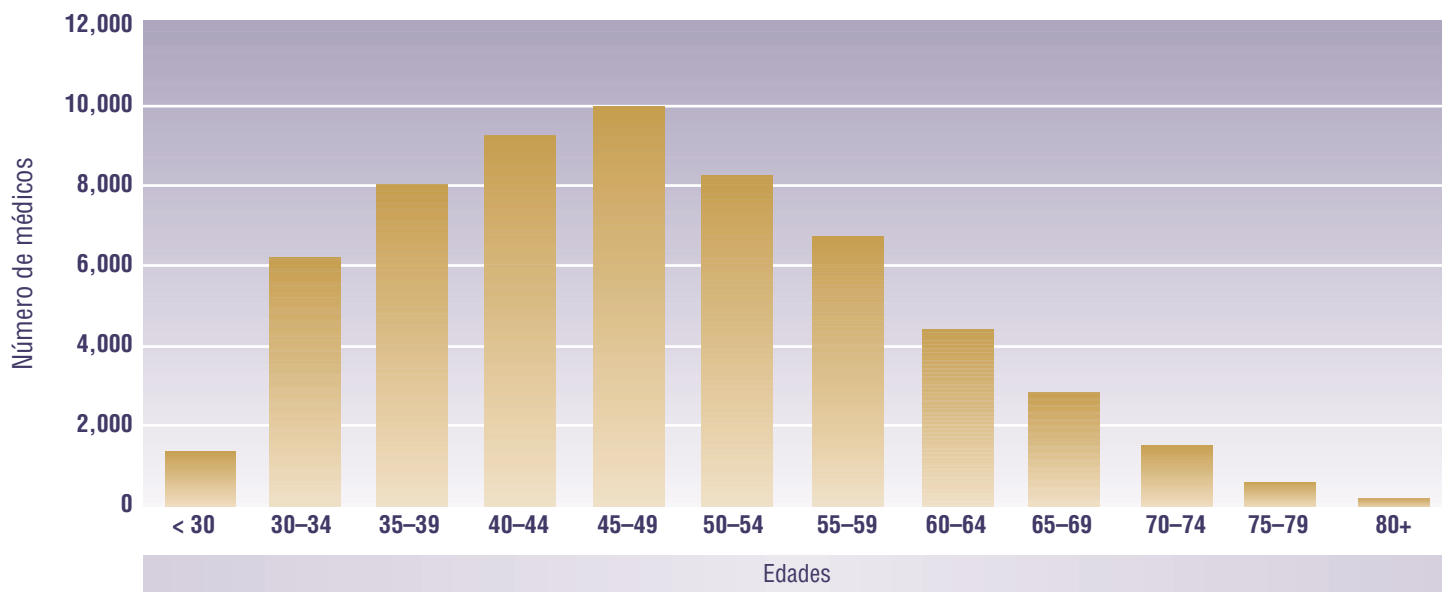


Fuente: Ver referencias 2–9.

\*Otros profesionales de la salud incluidos en la Figura 1: quiroprácticos, higienistas dentales, dentistas, dietistas, archivistas médicos, gerentes de servicios de salud, técnicos de laboratorios médicos, técnicos radiólogos, parteras, terapeutas ocupacionales, optometristas, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas respiratorio, trabajadores sociales. Enfermeros psiquiátricos graduados y enfermeros y enfermeras auxiliares licenciadas no están incluidos en la Figura 1.



Figura 2: **Número de médicos, por edad, 2002**



Fuente: Instituto canadiense para la información de la salud, Base de datos médicos Southam.

sistema público de salud. Los proveedores de salud alternativos o complementarios, los cuales pueden o no estar regulados, dependiendo de la provincia o territorio y el tipo de práctica, también forman parte importante en el cuidado continuo de la salud.<sup>10</sup>

Igualmente los voluntarios juegan un papel importantísimo en esta área. Un estudio reciente demostró que los trabajadores voluntarios informales contribuyen en 2,3 billones de horas al año en cuidados, mientras que los voluntarios en organizaciones reconocidas emplean 93 millones de horas al año, en comparación con los trabajadores remunerados que emplean 1,7 billones de horas al año en el mismo renglón.<sup>11</sup> Históricamente, la familia ha sido un proveedor de salud clave. Hoy en día, sin embargo, la mayoría de las mujeres trabajan fuera de casa y disponen de menos tiempo para satisfacer las necesidades de los miembros enfermos de la familia, especialmente cuando deben cuidar de sus propios hijos también. Además, la naturaleza de los cuidados informales en casa esta creciendo en complejidad. Estos desafíos hacen que los cuidados de salud a los miembros de la familia sea una tarea más exigente que en el pasado.

## Los médicos de Canadá

### Medicina General: ¿En declive?

En 2002, el 49 por ciento de los médicos eran especialistas y el 51 por ciento practicaban la medicina general (MG).<sup>12</sup> Sin embargo, la proporción ha estado cambiando, ya que el porcentaje de los nuevos practicantes de MG ha alcanzado menos del 40 por ciento desde 1993.<sup>13</sup> Entre las razones de este cambio se encuentra el hecho de que los estudiantes

ya no pueden regresar a medicina general si no les gusta el campo de especialización que habían escogido, y el alto ingreso de los especialistas hace que valga la pena la inversión de tiempo adicional en la formación (ver *¿Sabía UD. que ...?* en la página 34). El relativo declive en MG se ha convertido en una preocupación ya que tradicionalmente ellos han actuado como un “guardianes” para el resto del sistema de salud; el 86 por ciento de los canadienses tiene un médico de cabecera<sup>14</sup> y consulta primero con su MG para la mayoría de los chequeos médicos rutinarios.

### El rostro cambiante de los médicos de Canadá

En el 2002, la edad promedio de los MG era 46,6 años y 48,8 para los especialistas,<sup>12</sup> comparado con el promedio de 39 años para los trabajadores en general (ver artículo en la página 17) La Figura 2 ilustra la nueva generación de médicos (doctores menores de 35 años de edad) quienes componen el 13 por ciento del total de médicos, mientras 16 por ciento son jubilados potenciales (60 años o mayores).

En el 2002, un 30 por ciento de los médicos eran mujeres. Esta proporción ha crecido hasta convertirse ahora en el hecho de que un poco más de la mitad de los estudiantes de medicina son mujeres.<sup>15</sup> La mayoría de los practicantes de medicina general son mujeres (60,5 por ciento), una proporción más pequeña es especialista (48,5 por ciento), especialista de laboratorio (50 por ciento) y cirujanos especialistas (34,5 por ciento).<sup>13</sup> Para 2030, se espera que las mujeres ocupen la mitad del total de la profesión médica.<sup>16</sup> Esto tiene implicaciones para la proyección de la dotación de futuros doctores porque, en promedio, las doctoras trabajan 10 horas menos por semana que los doctores.<sup>15</sup> ▶

Como se discutió en el artículo de la página 28, Canadá tiene una larga tradición de incluir médicos graduados en el exterior (MGE) como parte de la fuerza médica laboral. Los MGE tienden a ser de mayor edad que los médicos educados en Canadá (47 por ciento tienen más de 55 años, comparado con el 29 por ciento del total de médicos) una proporción más pequeña son mujeres (22 por ciento, contra 30 por ciento).

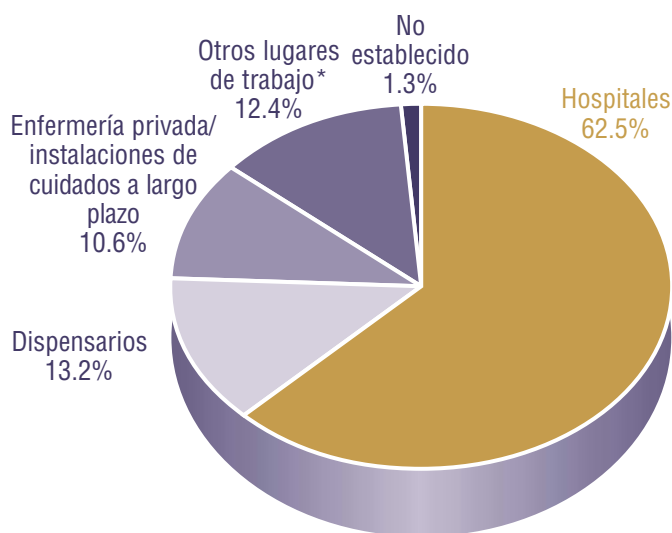
### Los estudios de medicina se alargan

Después de cuatro años de la carrera de medicina, los graduados comienzan sus estudios de post-grado (DR), con programas de residencia que pueden variar entre dos y tres años para doctores de medicina general hasta cinco o siete años dependiendo de la especialidad. Entre 1993 y 1998 el tiempo promedio de estudio para los MG se incrementó de 1,8 a 2,3 años y el tiempo para las especialidades se elevó de 4,5 a 5,3 años. Estos incrementos son el resultado del tercer año que deben tomar los estudiantes en medicina general<sup>17</sup> y la selección de especialidad con requisitos de residencia más largos,<sup>17</sup> así como la eliminación de un año rotativo de inter-nado en 1993.<sup>18</sup>

### El personal de enfermería de Canadá

El gremio de enfermería es el grupo de trabajadores médicos más grande, totalizando casi 300.000 en el año 2002, cinco por cada médico. Canadá tiene tres grupos de personal de enfermería regulado: Enfermeros y enfermeras graduados (EG), enfermeros y enfermeras psiquiátricos graduados (EPG) y enfermeros y enfermeras auxiliares licenciados (EAL).

Figura 3:  
**Porcentaje de enfermeros y enfermeras graduados (EG) empleados en enfermería, por lugar de trabajo, 2002**



\*Tales como instalaciones industriales, gubernamentales, empleados por cuenta propia y clínicas y consultorios médicos privados.

**E** G es el grupo de enfermeros y enfermeras regulados más grande, con el alcance profesional más amplio e independiente y generalmente con el más alto nivel de educación y de toma de decisiones. EPG comparte muchas características de EG, tales como, alta tasa de empleo, cantidad de años de formación, sueldos y edad promedio.

EG es el grupo de enfermeros y enfermeras regulados más grande, con el alcance profesional más amplio e independiente y generalmente con el más alto nivel de educación y de toma de decisiones. EPG comparte muchas características de EG, tales como, alta tasa de empleo, cantidad de años de formación, sueldos y edad promedio. Sin embargo, difieren en dos aspectos importantes: 24 por ciento de EPG<sup>19</sup> son hombres mientras que los mismos sólo representan el 5 por ciento de EG; <sup>20</sup> también los EPG están diplomados y graduados sólo en las cuatro provincias occidentales.<sup>19</sup>

EAL necesitan un diploma o una equivalencia para la certificación,<sup>21</sup> por tanto que ahora que la mayoría de las provincias requieren que EG tenga un diploma de bachillerato.<sup>22</sup> En consecuencia, EAL tienen un alcance profesional menos amplio y generalmente trabajan con casos menos complicados. Aunque EAL y EG comparten un perfil de edad y sexo similares, casi el 40 por ciento de EAL trabaja en geriatría o en cuidados a largo plazo, comparados con sólo el 10 por ciento de EG que se ocupa de la misma área. Ya que los datos disponibles de enfermería más exhaustivos corresponden a EG, el resto de este artículo se concentra en este grupo.

### Dónde trabajan los enfermeros y las enfermeras

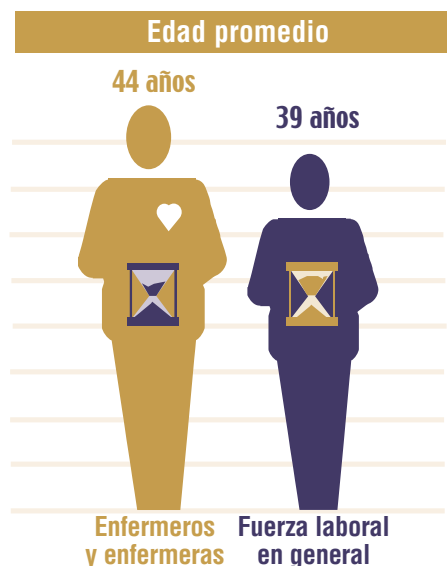
En 1981, 74 por ciento de EG trabajaban en hospitales, para el 2002, esta proporción se desplomó a un 63 por ciento. En la figura 3 se muestra una importante proporción de EG que trabajan ahora en distintos lugares fuera de los hospitales.<sup>21</sup>

En el 2002, el 86 por ciento de EG trabajaba en la atención directa a la salud.<sup>20</sup> Un poco más de la mitad del personal de enfermería trabajaba a

tiempo completo (54 por ciento), un 34 por ciento trabajaba a tiempo parcial y 12 por ciento lo hacía ocasionalmente.

### La fuerza laboral está envejeciendo

Los datos del año 2002 muestran que la edad promedio del personal de enfermería es mayor que el resto de la fuerza laboral, con un promedio de edad de 44 años comparado con 39 del total en general.<sup>20</sup> En el mismo año un tercio de EG era mayor de 50 años de edad, comparado con un 21 por ciento del total de los trabajadores canadienses. Mientras la demanda de servicios de enfermería se espera incrementará debido al envejecimiento de la población (ver artículo en la página 12), la tasa actual de relevo para el personal de enfermería es menor que la tasa de jubilación. Por ejemplo, por cada EG de 35 años o menos hay 1,7 en edades de 50 o más.<sup>20</sup> La edad promedio de jubilación para el personal de enfermería es de 56 años. Suponiendo que todos los EG trabajaran hasta la edad de 55 años, para el año 2006 Canadá habrá perdido por muerte o jubilación 64.248 EG, una cantidad equivalente al 28 por ciento de esta fuerza laboral para el año 2001.<sup>23</sup> Actualmente hay 44.499 EG menores de 35 años, 19.749 menos que el número de jubilaciones pendientes.<sup>20</sup>



### Mejor Educación

Siete provincias exigen el título de bachiller en enfermería (BEE) para ejercer como EG, mientras que en otras provincias es suficiente con poseer un diploma o certificado de un curso de dos o tres años.<sup>22</sup> Después de obtener el diploma, los EG pueden optar por un título en enfermería o una certificación nacional el cual se ofrece en 14 especialidades diferentes. El personal de enfermería con estudios adicionales puede llegar a ser, por ejemplo, especialistas clínicos, enfermeros parteros, educadores o enfermeros practicantes (EP).

Unos 912 enfermeros se identificaron como EM en el año 2002.<sup>20</sup> Debido a que los EP pueden ofrecer servicios tradicionalmente ofrecidos por médicos, tales como ordenar pruebas, diagnosticar enfermedades y recetar medicinas,<sup>24</sup> éstos juegan un papel importantísimo en comunidades aisladas o áreas marginales urbanas, incluyendo dónde hay escasez de médicos.

**L**a oferta en el sector de enfermería en Canadá se ha beneficiado de la inmigración. Hoy en día, casi 7 por ciento de los EG son inmigrantes que se han graduado en el exterior, siendo lo filipinos los que ocupan la mayor proporción de ellos, 27 por ciento, y el Reino Unido que constituye el 24,5 por ciento.

La oferta en el sector de enfermería en Canadá se ha beneficiado de la inmigración. Hoy en día, casi el 7 por ciento de los EG son inmigrantes que se han graduado en el exterior, siendo los filipinos los que ocupan la mayor proporción de ellos, 27 por ciento, y el Reino Unido que constituye el 24,5 por ciento.<sup>20</sup>

### Conclusión

Muchas de las características de la fuerza laboral descritas hasta aquí tendrán un impacto en la oferta de RHSS en Canadá y serán discutidos con mayor detalle en los siguientes artículos. Un mejor entendimiento de los desafíos presentados por estas características, requerimientos más exigentes de formación, distribución por edades y la intensidad del trabajo por cada profesión, pueden conducir a soluciones políticas más apropiadas. 🌐

### Agradecimientos

Gracias a mis compañeros de trabajo del Ministerio de la Salud: a Teklay Messele por los datos proporcionados y a Louise Meyer, Dr. Joshua Tepper, Michael Villeneuve, Louise Rosborough, Marnee Manson y Sari Tudiver por sus acertados comentarios. Gracias también a Lisa Little, de la Asociación de Enfermeros y Enfermeras Canadienses; Lynda Buske, de la Asociación Médica Canadiense; Diane Thurber, del Registro de Post Grado Canadiense y Brent Barber, del Instituto Canadiense de Información de la Salud, por los datos especiales proporcionados.

@ Pulse aquí para obtener referencias.

# oferta y Demanda

Frank Cesa y Suzanne Larente, *División de Estrategias de Recursos Humanos, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud, Ministerio de Salud de Canadá*

**H**ay una enorme y creciente evidencia que hace destacar el serio déficit actual e inminente en la oferta de proveedores de salud.<sup>1</sup> Este artículo hace un estudio de los factores que influyen en la oferta y la demanda de recursos humanos en el sector salud (RHSS) y presenta una visión general del déficit reportado. Igualmente apunta a la urgente necesidad de actuar ahora para enfrentar las necesidades futuras de RHSS y hace una descripción de las herramientas que pueden ayudar a los responsables de la creación de políticas a pronosticar la oferta y la demanda de RHSS.

## La planificación es esencial

Existen indicadores que muestran como el Canadá está experimentado un déficit de profesionales de la salud. En términos económicos simples, el déficit ocurre cuando la demanda excede la oferta. Por años, la disponibilidad de profesionales de la salud se ha caracterizado por ciclos de “alta y baja”. A veces los planificadores han percibido una sobre oferta de profesionales de la salud y otras veces una escasez (ver diagrama de la página 6). Estos ciclos son típicos en mercados donde hay lagunas entre el momento en que se toman las decisiones — tales como el incremento del cupo escolar en medicina — y cuando el impacto de estas decisiones se hace aparente. Los responsables de la creación las políticas se dan cuenta ahora de que suavizar estos ciclos requiere una mejorada base de evidencias para la planificación de RHSS incluyendo los pronósticos regulares de la demanda y la oferta futuras.

## Elementos que influyen en la oferta y la demanda actual

La *oferta* de servicios de RHSS depende de cuántos proveedores de salud haya disponibles, de su volumen de trabajo y de su productividad. La productividad además se ve afectada por otros aspectos del sistema, como por ejemplo, la tecnología.<sup>1</sup> Las políticas gubernamentales tienen un fuerte impacto ya que la cantidad y tipo de proveedores capacitados están controlados por los gobiernos provinciales y territoriales. Las políticas gubernamentales también afectan a la inmigración, así como a la cantidad de proveedores de salud extranjeros con licencia para el ejercicio profesional.

La *demanda* de servicios de RHSS “depende de factores tales como el tamaño de la población, el predominio de alguna enfermedad y las expectativas del público. Los dos últimos factores están, a su vez, influenciados por factores tales como edad y sexo de la población, nivel de educación y estatus socioeconómico.”<sup>2</sup> La demanda está influenciada también por las actividades de los mismos proveedores. Por ejemplo, los médicos pueden incrementar la demanda de servicios de diagnósticos ordenando más exámenes. Otros factores y tendencias ponen presión constante en la demanda de servicios, incluyendo enfermedades nuevas, consumidores mejor informados, tecnologías y fármacos nuevos,

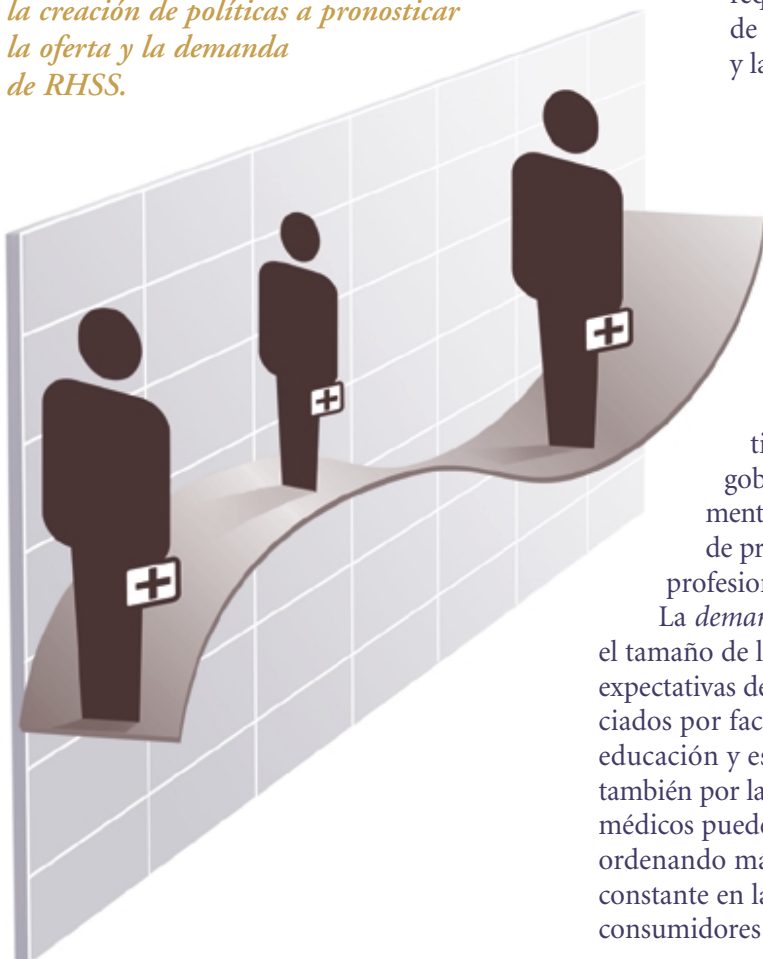
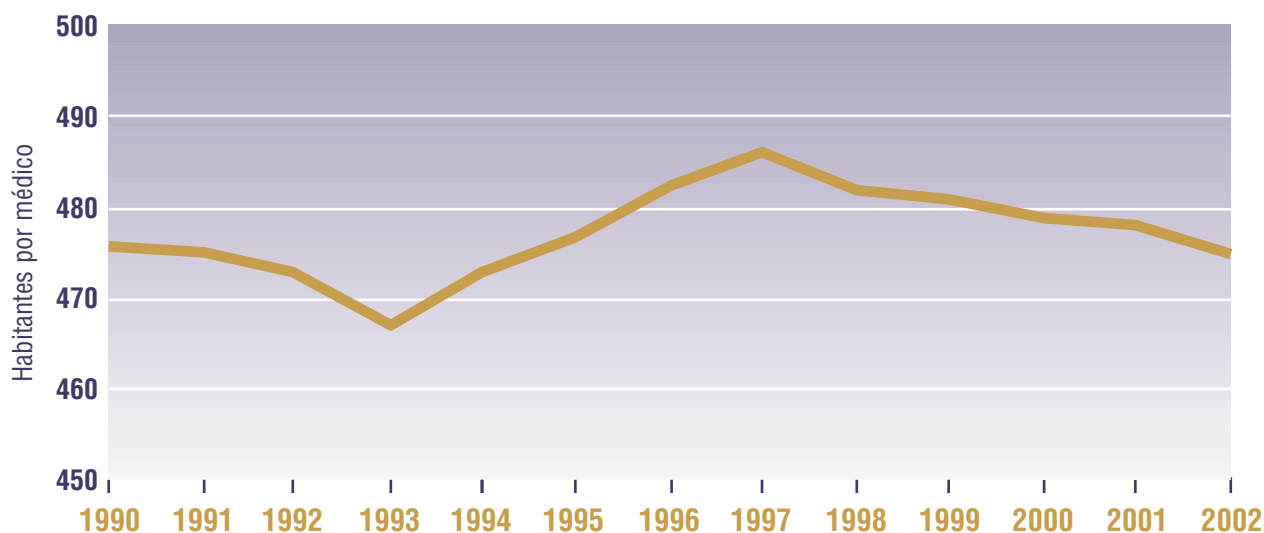


Figura 1: **Habitantes por médico, incluyendo internos y residentes, 1990–2002**

Fuente: Instituto Canadiense de Información de la Salud: *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002, Tabla 5.2.*

cambios en las prácticas profesionales y una población que envejece.<sup>2</sup> A pesar de que las intervenciones pro-activas caracterizadas por el enfoque “promoción de la salud/salud de la población” pueden afectar la demanda, su impacto resulta difícil de evaluar.<sup>3</sup>

## Cómo se mide la oferta y la demanda

Los datos actuales de la fuerza laboral del sector salud son limitados, lo cual afecta la habilidad de los analistas para determinar la oferta de distintos tipos de profesionales de la salud. Con excepción de los médicos y el personal de enfermería graduado (EG) la recolección de datos de las actividades de las profesiones vinculadas a los cuidados de salud se limita prácticamente a la conducción de conteos per cápita (ver *¿Quién hace qué?* en la página 32).

La demanda por RHSS puede ser aproximada mediante medidas basadas en la utilización. La utilización consiste en el grado en el cual la población usa los servicios del sistema de salud. Por ejemplo, la utilización de la consulta médica se puede medir a través de los datos de facturación y el número de pacientes consultados. Sin embargo, las medidas basadas en la utilización no toman en cuenta la demanda que no ha sido satisfecha. En muchos casos, la estimación de la magnitud del déficit termina siendo un “juicio aproximado”, basado en evidencias anecdóticas, como el tiempo más largo de espera por una consulta o las quejas de los proveedores por el trabajo excesivo. Algunas veces las mediciones por el lado de la oferta, tales como la tasa de puestos vacantes, son utilizadas para identificar un déficit. No obstante, todos estos tipos de información tienden sólo a revelar problemas más

grandes. Para cuando problemas se hacen aparentes, puede tomar años antes de que sean corregidos debido al largo período que pasa entre la identificación del problema y el tiempo que toma el sistema para hacer efectivo un ajuste en la política.

Existen algunas mediciones simples del déficit que se pueden utilizar cuando no es posible encontrar mejor información. Por ejemplo, la relación proveedor-población es la medición más básica pero mejor conocida.<sup>1</sup> Desafortunadamente esta medición no toma en cuenta los factores que afectan la oferta y la demanda y tampoco ofrece información acerca de la tasa óptima de la relación proveedor-población. Por ejemplo, la Figura 1 muestra que la relación actual médico-población es más o menos la misma que en los primeros años de la década de los 90. Sin embargo, los planificadores pensaron en aquel momento que existía un superávit, cuando la creencia común actual es que existe un déficit.<sup>1</sup>

## ¿Dónde están las deficiencias?

A pesar de sus imperfecciones, es importante usar las mediciones actuales disponibles para identificar el déficit y superávit. Muchos de los informes nacionales ofrecen evidencias basadas en los datos disponibles.<sup>4-6</sup>

### Personal de enfermería

De acuerdo a los estudios realizados, existe un déficit de personal de enfermería en ciertas especialidades y una distribución desigual a través de las distintas regiones del país, especialmente en las áreas rurales y remotas. Un informe reciente del Instituto Canadiense de Información

de la Salud (ICIS) muestra que el número de EG por cada 10.000 canadienses declinó de 75,1 en 1998 a 73,4 en 2002.<sup>7</sup> El Comité Consultivo de Enfermería Canadiense percibe la escasez de personal de enfermería, sugiriendo que se necesitan 16.000 profesionales de enfermería para alcanzar los niveles de relación enfermeros-población que tenía el Canadá hace 10 años.<sup>8</sup>

### Médicos

Un análisis de la Asociación de Colegios Médicos Canadienses (ACMC) indica que la producción actual de médicos no cubrirá las demandas futuras.<sup>9</sup> La ACMC estima que, para mantener la actual relación médico-población de 1,9:1.000, el Canadá necesita aumentar el cupo anual en las escuelas de medicina de 2.000 en la actualidad a 2.500 para el año 2007. Además, se necesitan también más de 500 médicos graduados en el exterior (MGE) cada año para compensar la salida de médicos del sistema a través de la emigración y otras vías.

El déficit es evidente también en las comunidades rurales. Por ejemplo, los estudios recientes señalan que la relación médico-población rural crecerá de la actual 1:1.235 a 1:1.887 en el año 2021. Aunque la escasez de médicos en áreas rurales ha sido un problema antiguo, ésta se ha extendido ahora a áreas urbanas. De acuerdo al Colegio de Médicos Generales del Canadá, 16 por ciento de los canadienses en áreas metropolitanas no tienen un doctor de cabecera, comparado con el 12 por ciento en

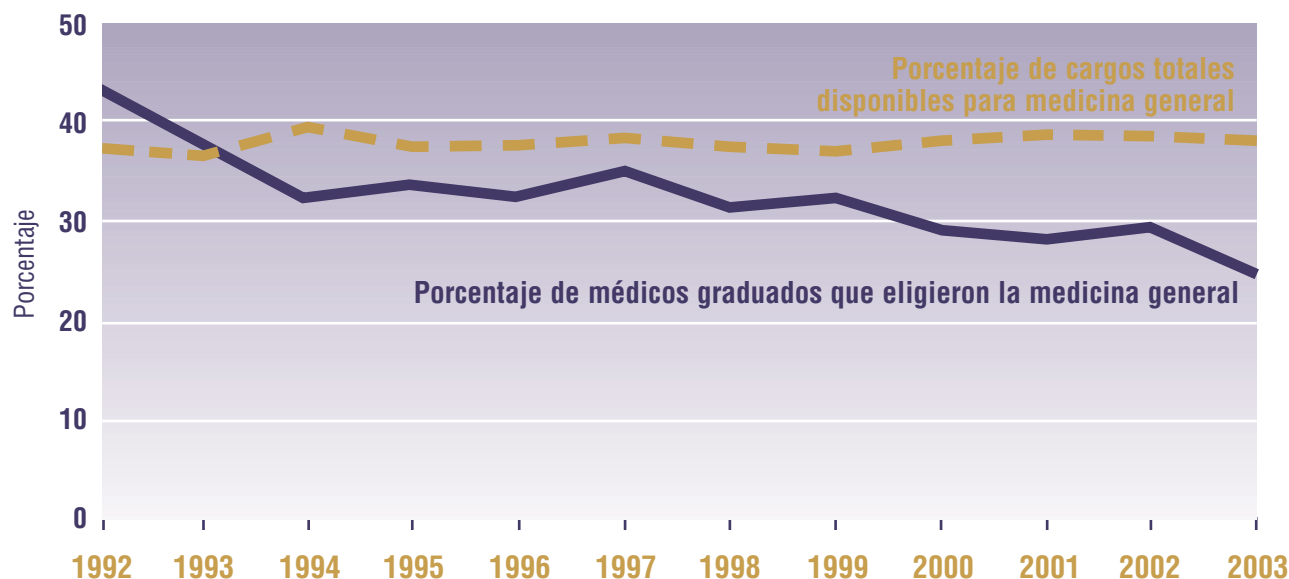
áreas rurales.<sup>10</sup> El Colegio ha establecido que se necesita un total de 3.000 médicos más, sólo para cubrir la demanda actual, lo cual podría ser alcanzado si se les otorga la licencia a más MGE y se incrementa el cupo en las escuelas de medicina.<sup>11</sup> Sin embargo, como se muestra en la Figura 2, son muy pocos los graduados de la facultad de medicina que escogen la medicina general como carrera. La Figura 2 presenta los resultados del Servicio Canadiense de Correlación de Residentes (SCCR), el cual se encarga de correlacionar los médicos recién graduados con estudios médicos de post grado (cargos residenciales) sobre dos procesos iterativos.

Muchas asociaciones médicas y sociedades de especialistas han publicado estimados acerca del déficit en sus respectivas áreas de competencia. Por ejemplo, la relación actual del déficit de radiólogos — población es de 1:18.000, sin embargo, la Asociación de Radiólogos Canadienses (ARC) sugiere que la relación de 1:13.000 es un estimado más adecuado.<sup>12</sup>

### Otros profesionales de la salud

La cantidad limitada de datos dificulta el trabajo de los responsables de la creación de políticas en lo referente a la identificación de déficit en profesiones diferentes a las de los médicos y enfermeros. Con el apoyo del Ministerio de Salud, cinco grupos profesionales empezaron un trabajo preliminar en 2002 a 2003 para identificar las fuentes y disponibilidad de datos, así como vacíos y requerimientos futuros.

Figura 2: **Historia de la medicina general como carrera de elección por los médicos canadienses, 1992–2003**



Fuente: Sandra Banner, *CaRMS PGY-1 Match Report 2003, Tabla IX, p. 10.*

Recientemente se ha enfocado la atención en el reporte de déficit en profesiones tales como farmacia, tecnología de laboratorios médicos (TLM) y tecnología de radiación médica (TRM). Por ejemplo, la Asociación de Farmacéuticos Canadienses (AFC) reportó un déficit de farmacéuticos, basándose en la observación del creciente número de vacantes, el tiempo para llenar estas vacantes y el incremento en las horas extras de trabajo. Asimismo, la Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales (ACTO), reportó un déficit inmenso, conjuntamente con variaciones importantes en la distribución regional y aglomerados en áreas urbanas de alta densidad de población.<sup>13</sup>

## Planificación para el cambio

Los informes de las asociaciones profesionales subrayan la necesidad de un planeamiento concertado y continuo de RHSS para identificar las deficiencias en su etapa temprana y desarrollar respuestas a través de políticas apropiadas. El sistema canadiense de salud depende en alto grado de sus profesionales de la salud, aunque el sistema en sí tiene una capacidad limitada de responder rápidamente a las deficiencias. Toma años cambiar las políticas de inmigración y la capacidad de las escuelas de medicina y otras carreras, sin olvidar la capacitación de nuevos proveedores. Esto destaca la importancia de predecir y planificar los cambios en la oferta y la demanda para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.

El Acuerdo de los Primeros Ministros sobre Salud Pública del 2003 dirigió a los primeros ministros de la salud a emprender estrategias de colaboración con el fin de consolidar la base de evidencias para la planificación nacional, mejorar el reclutamiento y la retención, y asegurar la oferta de proveedores de salud necesarios. La planificación nacional es crucial porque muchas jurisdicciones no tienen la capacidad de recolección de datos o de compromiso en ejercicios importantes de planificación. Además, varias provincias y territorios no tienen escuelas médicas y deben confiar en otras jurisdicciones para entrenar a sus médicos.

**L**a planificación nacional es crucial porque muchas jurisdicciones no tienen la capacidad de recolección de datos o de compromiso en ejercicios importantes de planificación. Además, varias provincias y territorios no tienen escuelas médicas y deben confiar en otras jurisdicciones para entrenar a sus médicos.

## Factores que afectan la oferta y la demanda futuras

Muchos de los factores que afectan la oferta y la demanda actual de RHSS tendrán un impacto en el futuro. La oferta continuará siendo afectada por los cambios demográficos, la elección de disciplinas, la retención, el bienestar laboral, la satisfacción en el trabajo y los cambios en la forma como se administra el cuidado de la salud (ver *Equipos interdisciplinarios* en la página 22). Como se destacó en el párrafo titulado *Médicos graduados en el exterior* en la página 28, la habilidad del Canadá para integrar dentro del sistema a proveedores de salud graduados en el exterior, también afectará la oferta de los mismos.

El futuro de la oferta de RHSS también se verá afectada por la actividad de los proveedores en la práctica. Por ejemplo, un estudio reciente, ordenado por el Ministerio de Salud sobre los especialistas en medicina interna mostró que el 19 por ciento estaba sub-especializado en áreas de medicina interna sin la acreditación requerida.<sup>14</sup> Igualmente, más del 50 por ciento de los cirujanos generales estaban sub-especializados sin las acreditaciones requeridas.<sup>15</sup> Esto indica que hay probablemente menos médicos internos y cirujanos generales practicando en éstas áreas de lo que se estimaba y más practicando sub-especialidades. Si este comportamiento indica una respuesta a la demanda, esto podría ayudar a los planificadores a proporcionar la combinación exacta de RHSS. Por otra parte, la falta de datos en general sobre los patrones de prácticas como éstos podría afectar negativamente la habilidad de los planificadores para tomar las medidas indicadas.

Es claro que los planificadores deben entender cual será la demanda de servicios de salud si se quiere predecir la cantidad adecuada de profesionales de la salud. Dada la tendencia aparente hacia la especialización y sub-especialización, la planificación de RHSS debe también incorporar la cantidad y la combinación adecuada de especialidades. Entre los desafíos de la planificación están los cambios tecnológicos, las iniciativas de reforma, las enfermedades crónicas, las enfermedades infecciosas recurrentes y emergentes, los comportamientos individuales y los alcances de la práctica médica.

El envejecimiento de la población canadiense es una de las más importantes influencias en la demanda futura, ►

ya que conducirá a un predominio más elevado de enfermedades geriátricas y un incremento en la demanda de ciertos tipos de RHSS. Por ejemplo, la Asociación de Enfermeros y Enfermeras Canadienses espera que la demanda por servicios de enfermería se eleve a un 46 por ciento para el año 2011.<sup>16</sup>

## Modelaje: Proyección del futuro

El modelaje es una herramienta para proyectar la oferta y la demanda futura. Una de las ventajas del modelaje es la de poder incorporar una cantidad de variables relacionadas a, por ejemplo, envejecimiento, inmigración y universitarios, y determinar que pasa con la oferta y la demanda cuando estas variables cambian. Si se sabe que las variables se mueven hacia una dirección en particular, entonces el modelo puede simular estos cambios y mostrar los resultados potenciales. Esto puede ayudar a identificar las posibles deficiencias que necesitan ser atendidas.

Sin embargo, el modelaje tiene sus limitaciones. Aunque puede explicar la productividad actual de RHSS, predecir la productividad futura es mucho más difícil. Del lado de la demanda, este modelo tiende a un enfoque basado en la utilización con una tasa de utilización basada en la población. De ahí se asume que el modelo actual de entrega y nivel, y la combinación y distribución de servicios son los adecuados para satisfacer los requerimientos de atención a la salud existentes. Es difícil para el modelaje, el explicar los cambios en la utilización futura resultante de factores tales como innovaciones tecnológicas.

## Predicción del déficit

Las predicciones sobre el déficit futuro o las sobreofertas deben enfrentarse a la incertidumbre de una población cambiante, a las estructuras institucionales complejas e iniciativas de reformas de salud. Tal como se muestra en la siguiente discusión, las asociaciones profesionales han sido tradicionalmente las fuentes de mayor información para los pronósticos de RHSS.

### Médicos

Los pronósticos indican un déficit en la medicina general. En la actualidad, el 51 por ciento de los médicos practica la medicina general, y el 49 por ciento son especialistas.<sup>17</sup>

La Figura 2 muestra muy por debajo del 50 por ciento a los graduados en medicina que escogen los cargos de residencia en medicina general a través del SCCR cada año, así que, basados en las tendencias actuales, se espera que la proporción de médicos generales experimente un déficit con el tiempo. Algunas especialidades también experimentarán un déficit. Por ejemplo, en el año 2000, sólo había 144 geriatras en Canadá, mucho menos del estimado de 481 que se necesitaban. El pronóstico para el año 2006 es que habrá 198 geriatras, pero se necesitan al menos 538.<sup>18</sup> También existen evidencias de que, si las tendencias actuales persisten, los graduados de medicina continuarán eligiendo sub-especialidades, dejando un vacío en la medicina interna y la cirugía general.



**M**uchos informes proyectan que la escasez actual en enfermería empeorará. En tiempos en que la población anciana requerirá más servicios de enfermería, una cantidad enorme de personal de enfermería se estará jubilando para entonces y no habrá sustitutos de personal nuevo en cantidad similar. Se ha pronosticado una escasez de 78.000 EG para el año 2011 y de 113.000 para el 2016.

### Personal de enfermería

Muchos informes proyectan que la escasez actual en enfermería empeorará. En tiempos en que la población anciana requerirá más servicios de enfermería, una cantidad enorme del personal de enfermería se estará jubilando para entonces y no habrá sustitutos de personal nuevo en cantidad similar. Se ha pronosticado una escasez de 78.000 EG para el año 2011 y de 113.000 para el 2016.<sup>6</sup>

### Otros profesionales de la salud

La carencia aguda de datos sólidos en otras profesiones de salud hace más difícil el pronóstico de escasez. Sin embargo, un informe sobre tecnólogos de laboratorios médicos y radiación médica indicó que el déficit para ambos grupos había aumentado de 1998 a 2001 y se esperan aumentos posteriores.<sup>19</sup>

## Conclusión

Los beneficios de la planificación y el pronóstico de la oferta y la demanda de RHSS son claros. Aunque el campo está todavía en desarrollo, los modelos disponibles se han convertido en herramientas de gran utilidad en la asistencia a los planificadores, para determinar la cantidad y la combinación de RHSS requeridas para satisfacer las necesidades futuras de los canadienses. Como ejemplo, el siguiente artículo describe una serie de modelos desarrollados por el Ministerio de Salud de Canadá que pueden ayudar a proyectar los efectos del crecimiento y envejecimiento futuro de la población en la oferta y la demanda de médicos y EG. 🌐

@ Pulse aquí para obtener referencias.



# Impacto de los cambios demográficos sobre RHSS

**Kisalaya Basu**, División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos, Dirección de Análisis e Investigación Aplicada, Departamento de Información, Análisis y Conectividad, Ministerio de Salud de Canadá, y **Cliff Halliwell**, antiguo Director General de la Dirección de Análisis e Investigación Aplicada, Departamento de Información, Análisis y Conectividad, Ministerio de Salud de Canadá

**P**ara planificar eficazmente el futuro de la oferta y la demanda de los trabajadores de la salud se hace crítica la proyección amplia de las tendencias en esta área. Este artículo ilustra como se puede utilizar la información acerca de los cambios demográficos canadienses para predecir futuros requerimientos y oferta de Recursos Humanos (RHSS).

## Introducción

Los grandes cambios demográficos en Canadá tienen un impacto importante en la oferta y los requerimientos de RHSS. Las tendencias demográficas son particularmente críticas ya que afectan la cantidad y la clase de los servicios requeridos de RHSS, así como la oferta actual y potencial de trabajadores de la salud. No sólo es importante el número proyectado de canadienses sino también la composición demográfica de esta población, particularmente el envejecimiento de la enorme generación de post guerra del Canadá. Otro factor clave es la localización geográfica de los trabajadores de la salud.

La buena noticia es que los cambios demográficos son fáciles de predecir ya que se desarrollan lentamente. Las proyecciones presentadas en este artículo sugieren dos presiones conflictivas: la demografía futura incrementará significativamente la demanda de RHSS en las próximas dos décadas (y posteriormente); y sin cambios importantes, la oferta de RHSS podría muy bien disminuir mientras los actuales profesionales de la salud envejecen.

Los requerimientos y la oferta de RHSS se ven también influenciados por otros factores; sin embargo, éstos son más difíciles de predecir (ver artículo anterior página 12). Por ejemplo, el estilo de vida sano de la generación de post guerra podría posponer y suavizar la necesidad de cuidados geriátricos, convirtiendo la

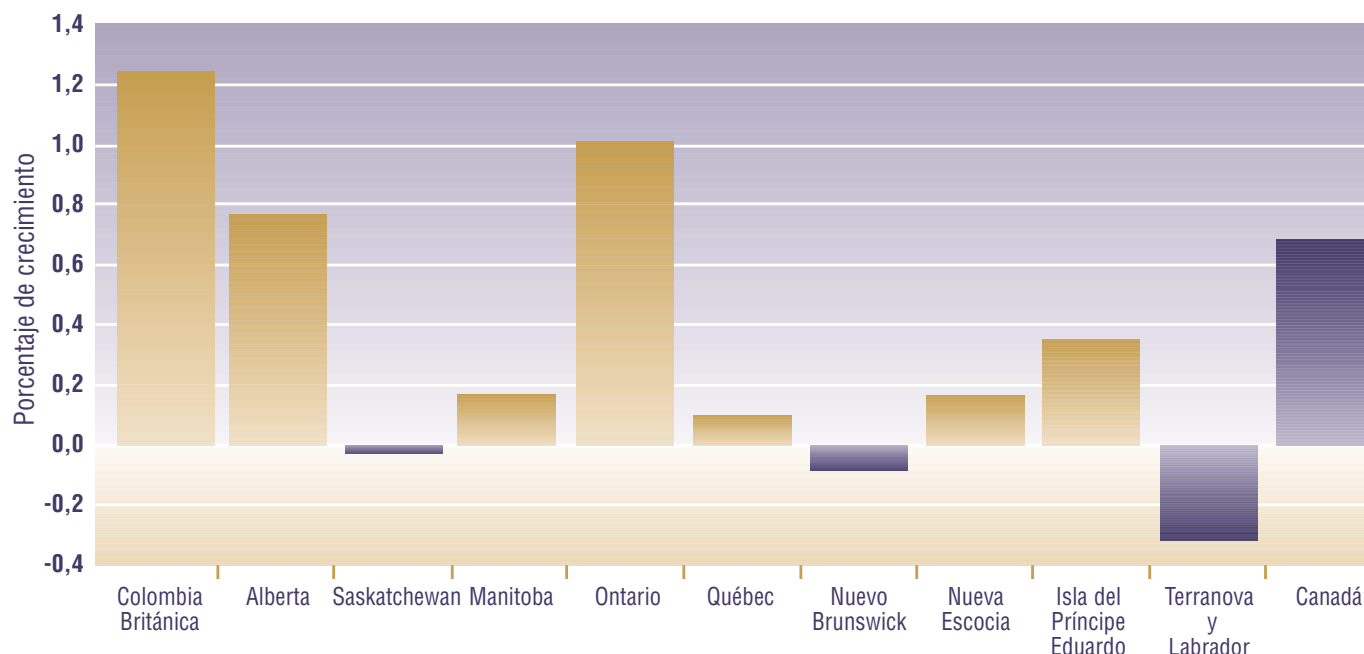
próxima generación de ancianos en una mucho más saludable que las anteriores.<sup>1,2</sup> De esta manera queda dicho que la demografía es probablemente el factor más poderoso para los requerimientos y la oferta de RHSS. Por esta razón, la composición demográfica del país tendrá repercusiones importantes sobre el papel de RHSS que enfrentarán los responsables de la creación de las políticas del Canadá en los próximos años.

## La evolucionante demografía canadiense

La relación general entre la demografía y los requerimientos de RHSS es relativamente simple. La primera y más evidente es que mientras mayor sea la población mayor serán los requerimientos de RHSS. De acuerdo a la proyección del crecimiento medio de la población del ▶



Figura 1: **Crecimiento anual promedio de la población, por provincia, 2000–2020**



Ministerio de Estadísticas del Canadá, la población canadiense crecerá a una tasa promedio anual de 0,68 por ciento entre 2000 y 2020, la tasa de crecimiento más baja registrada en décadas. No obstante, la población canadiense crecerá un 14,5 por ciento en este período.

También habrá cambios en el lugar de residencia de los canadienses. Como muestra la Figura 1, algunas provincias experimentarán un alto crecimiento, incluyendo la Colombia Británica (1,2 por ciento), Alberta (0,8 por ciento) y Ontario (1,0 por ciento) Entre 2000 y 2020 la población de Ontario aumentará en un 22 por ciento. Otras provincias, sin embargo, mostrarán un decrecimiento de su población, tal es el caso de Saskatchewan (-0,01 por ciento de

decrecimiento anual), Nuevo Brunswick (-0,07 por ciento), y Terranova y Labrador (-0,3 por ciento).

Aún más importante es que la composición de la población cambiará. Como se muestra en al Figura 2, el porcentaje de canadienses mayores de 65 años se incrementará en un 5,8 por ciento entre 2000 y 2020. Aunque todas las provincias experimentarán un crecimiento de la población mayor de 65 años, éste variará enormemente entre ellas, con variaciones que irán de 5,3 a 10,3 por ciento. Esta variación refleja un incremento en la dependencia que tiene el crecimiento de la población en la inmigración, la cual fija principalmente su lugar de residencia en las áreas urbanas principales. Igualmente,

Figura 2: **Porcentaje de la población mayor de 65 años en 2000 y 2020, por provincia**

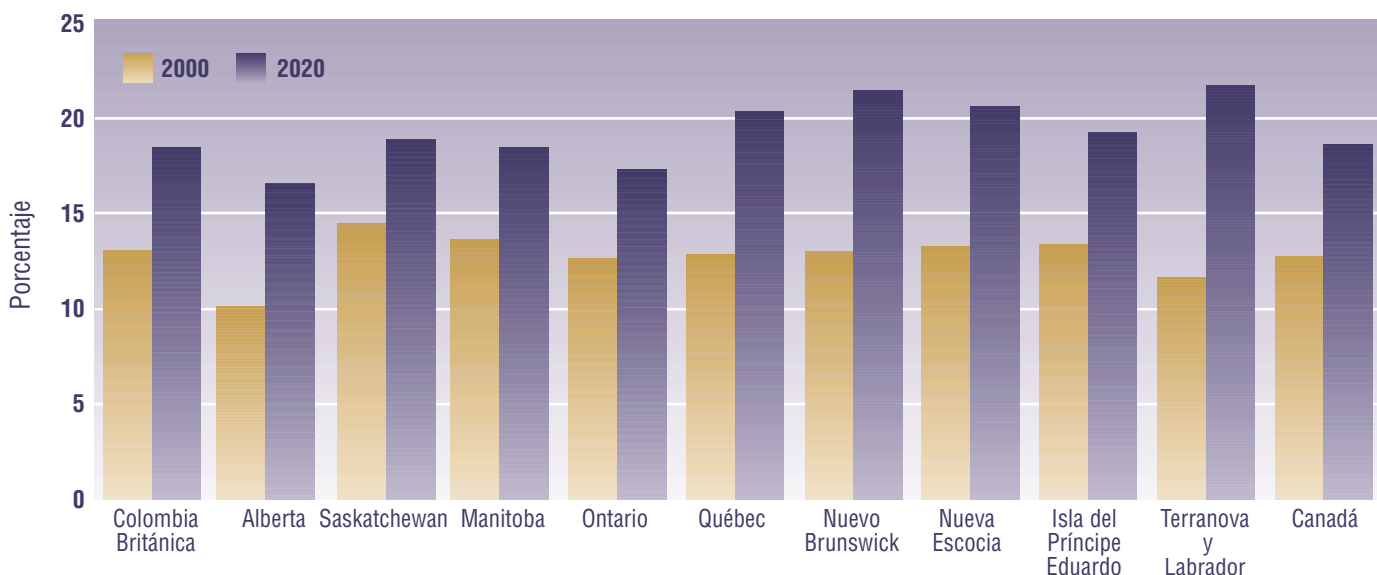


Tabla 1: **Utilización de médicos y personal de enfermería graduados (EG) por cada 100.000 habitantes, clasificados por edades, Nueva Escocia, 2000**

Edad por grupos	General	Especialistas	Cirugía	Diagnóstico	Médicos en total	EG
0-64	71,53	44,42	16,70	5,98	139,83	330,89
65+	204,02	104,37	57,90	23,64	389,94	1.410,36
Tasa	2,85	2,35	3,47	3,95	2,79	4,26

habrá una emigración de la población activa en regiones menos favorables combinado con un regreso de la población jubilada a sus lugares de origen. Terranova y Labrador es un buen ejemplo de este fenómeno; en 2000, la provincia tenía el segundo más bajo nivel de población mayor de 65 años, pero tiende a ser, según las proyecciones, el que tenga el más alto nivel en 2020.

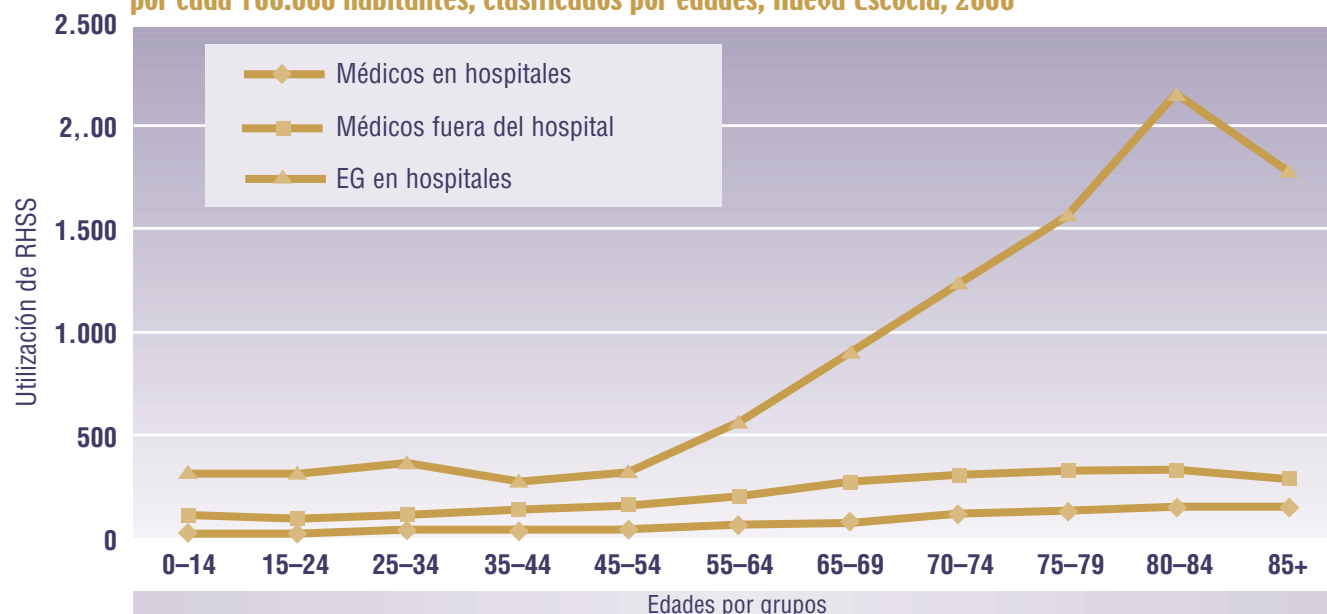
## Demografía y requerimientos de RHSS

La composición de la población es crítica en la determinación de los requerimientos de RHSS. El factor clave es que las personas mayores usan mucho más RHSS que las personas jóvenes. El caso de Nueva Escocia sirve para ilustrar esta situación claramente, usando los datos médicos proporcionados por la Información de Facturación Médica de Nueva Escocia y datos del personal de enfermería graduado proporcionado por Resumen de Información de Altas del CIHI y la base de datos del personal de enfermería graduados.

El envejecimiento de la población de Canadá conducirá a un aumento marcado en dolencias relativas a la edad, más notables en personas de 65 años en adelante. Considerando

que durante los próximos 20 años, Nueva Escocia experimentará un modesto aumento total de la población de 3,5 por ciento, la proporción de la población mayor de 65 se incrementará del 12,6 por ciento al 18,4 por ciento. Asumiendo que los otros factores permanezcan estables,<sup>3</sup> habrá un significativo incremento en la demanda por tratamientos del sistema circulatorio (38 por ciento), neoplasma (29 por ciento), enfermedades del sistema endocrino, problemas de nutrición y metabolismo y trastornos del sistema inmunitario (29 por ciento), también enfermedades sanguíneas y de los órganos formados por sangre (el hígado) (23 por ciento). Sin embargo, habrá una disminución en el requerimiento en otras áreas médicas tales como complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, las cuales se esperan que disminuyan en un 11 por ciento durante el mismo período. La incidencia de enfermedades pediátricas disminuirá también.

La Tabla 1 ilustra la utilización comparativa de médicos en cuatro especialidades claves, así como la utilización de EG (en hospitales), por residentes de Nueva Escocia menores de 65 años y aquellos de 65 o más. Como promedio, el grupo de edad más avanzada utiliza 2,8 veces más

Figura 3: **Médicos dentro y fuera de los hospitales y personal de enfermería graduados dentro de los hospitales (EG) por cada 100.000 habitantes, clasificados por edades, Nueva Escocia, 2000**

los servicios de los médicos y 4,3 veces más los servicios de enfermería, que los grupos más jóvenes.

La Figura 3 muestra como se incrementa, de acuerdo a la edad del paciente, la utilización en hospitales y fuera de ellos, de profesionales empleados a tiempo completo (ETC) y la utilización de EG en hospitales en Nueva Escocia. La utilización de médicos y personal de enfermería en hospitales comienza a incrementarse en pacientes a partir de 55 años y continúa en crecimiento hasta los 84 años. Después de los 84 años, la utilización de ambos, doctores y personal de enfermería disminuye (note que estos datos se refieren a la utilización en hospitales solamente, la utilización de los mismos en otras instalaciones de salud tales como clínicas de reposo puede continuar aumentando).

### Repercusiones de los requerimientos de RHSS

Los modelos construidos por la División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos del Ministerio de Salud de Canadá para determinar la demanda de médicos y EG en hospitales son capaces de proyectar las necesidades tanto de médicos<sup>3</sup> como del personal de enfermería en Nueva Escocia.<sup>4</sup> Las proyecciones fueron hechas por medio de una serie de ejercicios de modelaje tomando como base el año 2000; la inversión de esfuerzos de RHSS por categoría de tratamiento; actividades de tratamiento por categoría de diagnóstico y categorías de diagnósticos por edad y sexo de los pacientes por medio de la utilización de datos a nivel del paciente. Las demandas futuras de RHSS pueden proyectarse basándose en los cambios demográficos proyectados.

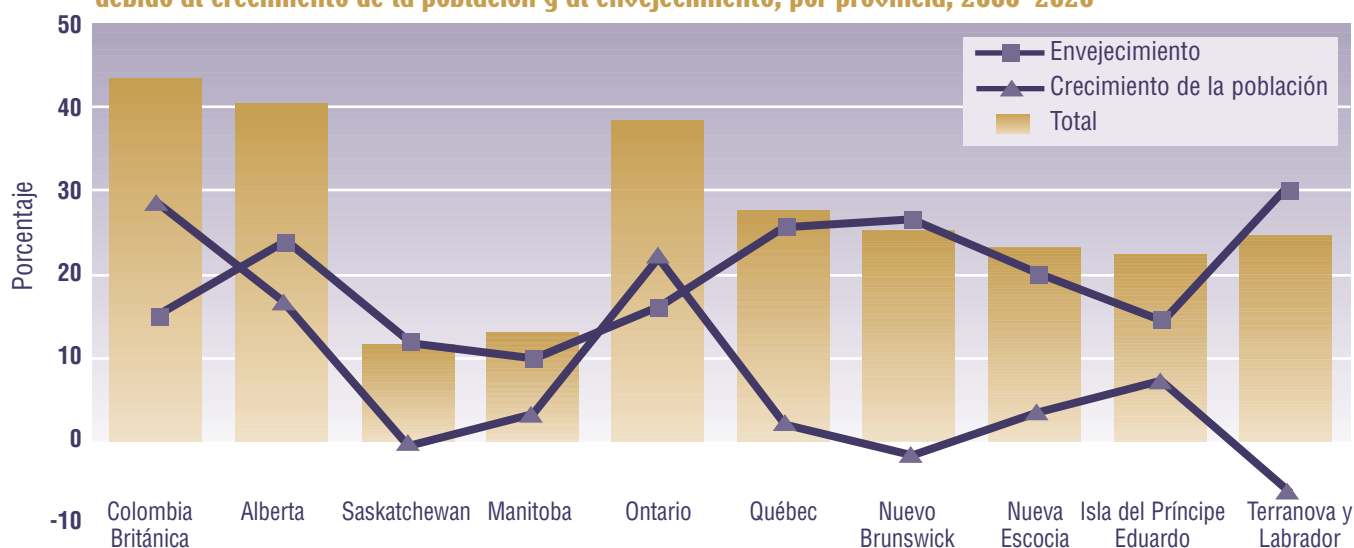
Es claro que los modelos basados en la utilización como los ejemplos anteriores tienen sus puntos débiles, quizás el

problema más importante es que el modelo asume que el predominio de la enfermedad por grupos de edad y sexo y la tasa de utilización permanecerán constantes. Tampoco es la utilización una medida perfecta de la demanda debido a que el uso está influenciado por otros factores tales como la oferta. Sin embargo, los modelos basados en la utilización tienen sus ventajas. Un atributo importante es el hecho de que están basados en la utilización real de las fuentes de RHSS a nivel del paciente, convirtiéndoles en herramientas valiosas y en buen punto de partida en el complejo campo del modelaje de la demanda de RHSS. Estos modelos también pueden proyectar las necesidades basadas en situaciones hipotéticas, tales como cuál sería el efecto en la demanda futura si el predominio de cierta enfermedad cambia o si la productividad afectara la utilización.

De acuerdo a las herramientas de proyección del Ministerio de Salud de Canadá, la demanda de médicos en Nueva Escocia se elevará a 18,3 por ciento y 23,4 por ciento para el personal de enfermería en hospitales del 2000 al 2020. Estos incrementos se deben principalmente al envejecimiento, ya que la población de Nueva Escocia sólo crecerá un 3,5 por ciento en el mismo lapso.

De hecho, el envejecimiento compensará en algo el crecimiento retardado de las demandas regionales de RHSS que de otra manera resultarían del crecimiento retardado de la población, mientras las provincias afectadas tendrían que hacer frente a mayores presiones ocasionadas por el envejecimiento de su propia población. La Figura 4 ilustra este fenómeno, demostrando las demandas demográficas futuras del personal de enfermería en hospitales por provincia: (1) el efecto del crecimiento total de la población, y (2) del envejecimiento de la población. Esto muestra la diversidad y la magnitud de los efectos a través

Figura 4: **Porcentaje del crecimiento comparativo de la demanda de personal de enfermería graduado (EG) debido al crecimiento de la población y al envejecimiento, por provincia, 2000–2020**



de las diferentes provincias en un lapso de 20 años. Las provincias con un crecimiento lento de su población tienden a tener un alto efecto de envejecimiento (el cual se evidencia claramente en las provincias atlánticas) y viceversa.

## Proyección de la oferta de médicos y EG

Los factores demográficos ejercen una fuerte presión en la demanda de RHSS, pero es importante también examinar como afectan a la oferta de los proveedores de la salud. Teniendo esto en cuenta, el Ministerio de Salud de Canadá ha desarrollado modelos preliminares de oferta de médicos y personal de enfermería basados en datos a nivel nacional. Algunas de las metodologías y datos para la elaboración del modelo para la oferta de médicos están descritas en el capítulo *La utilización de los datos relativos a la salud de Canadá*, en la página 36. El modelo de oferta de EG es conceptualmente similar al de los médicos.

Los modelos muestran que en general, la oferta de profesionales empleados a tiempo completo (ETC) médicos y EG ni siquiera seguirá el crecimiento general de la población para los siguientes 20 años si los otros factores permanecen en los niveles actuales (por ejemplo, el flujo de nuevos participantes, patrones de inmigración, emigración y jubilación, tasa de mortalidad de los doctores y EG). Este crecimiento negativo refleja un factor clave; la reserva canadiense actual en RHSS, la cual incluye una importante cantidad de miembros de la generación de post guerra, está envejeciendo y, una alta proporción de ellos jubilará o morirá en las siguientes dos décadas.

Si las tasas de inmigración, emigración, jubilación y mortalidad permanecen constantes por los siguientes 20 años, para satisfacer las necesidades tanto de la población creciente como de la que envejece, los cupos en las escuelas de medicina y enfermería de Canadá deberán tener un crecimiento anual promedio de 3 por ciento y 13 por ciento respectivamente. Cerca de la mitad de este incremento es para seguir el crecimiento de la población y la otra mitad para mantenerse con la población que envejece. Sin embargo, como se muestra en la Figura 4, habrá una variación substancial en las demandas de RHSS por provincias como consecuencia del efecto de la población y el envejecimiento. Por ejemplo, mientras el total de la población de Nuevo Brunswick disminuye y la Colombia Británica experimenta un alto crecimiento, el efecto del

envejecimiento en Nuevo Brunswick será el doble de él de la Colombia Británica. Como resultado, las dos provincias enfrentarán desafíos de demanda de RHSS significativamente diferentes durante los próximos 20 años, tanto en la cantidad como en el tipo de RHSS que necesitarán.

## Conclusión

Aunque una amplia gama de factores afectan la oferta y la demanda de RHSS, el factor demográfico es uno de los que aporta la influencia más importante. En las próximas dos décadas, los planificadores pueden esperar que: (1) la población del Canadá continúe creciendo de tal manera que para el 2020 habrá 14,5 por ciento más canadienses que en el año 2000, y (2) la población del Canadá envejecerá y requerirá aún más servicios de RHSS. Más aún, las provincias con bajo (e inclusive negativo) crecimiento de la población tenderán a experimentar el mayor crecimiento en su población anciana. Por el contrario, la oferta tanto de médicos como de personal de enfermería disminuirá si las actuales tendencias y políticas fundamentales persisten. Por estas dos razones, la brecha entre la oferta y la demanda será mayor para EG que para los médicos: la oferta de EG es más vulnerable al declive

bajo presunciones de statu quo; y la demanda de sus servicios crecerá más rápidamente que la de los médicos (note que estos modelos no toman en cuenta la demanda de personal de enfermería fuera de los hospitales). La brecha proyectada en la oferta y la demanda de personal de enfermería es un asunto muy importante ya que existe cerca de cinco veces más personal de enfermería que doctores. Mientras otros factores pueden cambiar entre ahora y el año 2020, sólo la toma de medidas estratégicas oportunas permitirá contener el profundo impacto del crecimiento demográfico en RHSS. 🌐

## Agradecimientos

Un agradecimiento especial a Teklay Messele y Louise Meyer del Ministerio de Salud de Canadá por su valiosa colaboración, Dr. Keith Jackson del Ministerio de Salud de Nueva Escocia por su colaboración al proporcionar los datos de facturación de los médicos, y Jeremy Karn y Aakash Nair por su invaluable colaboración durante la investigación.

@ Pulse aquí para obtener referencias.

# Equipos interdisciplinarios: Planificación para el futuro

Louise Rosborough, *División de cuidados primarios,  
Departamento de Comunicación y Políticas de Salud, Ministerio de  
Salud de Canadá*

**U**n componente clave en la reforma de los cuidados primarios de la salud es la introducción de los equipos interdisciplinarios para los cuidados primarios. Este artículo trata acerca de los desafíos de los recursos humanos del sector salud (RHSS) asociados con la implementación del enfoque que se dará a estos equipos.

## Acerca de los equipos interdisciplinarios

Los cuidados de salud primarios se encuentran en proceso de cambios importantes a través de todo el país. Uno de estos cambios es el de hacer accesible los cuidados de salud primarios a través de organizaciones interdisciplinarias, o equipos preparados para atender a una población específica.

Aunque los equipos interdisciplinarios varían en tamaño, como mínimo deberán incluir médicos generales, enfermeros o enfermeras practicantes o varios enfermeros. Dependiendo de las necesidades de la comunidad atendida, otros miembros del equipo pueden ser farmacéuticos, parteros o parteras, psicólogos, trabajadores sociales, dietistas, psicoterapeutas y profesionales de la salud mental. Además del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, los equipos interdisciplinarios se enfocarán en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y accidentes, y control de enfermedades crónicas. De esta forma, los equipos interdisciplinarios garantizarán que los canadienses reciban los cuidados de salud más apropiados, a través de los proveedores apropiados y en un ambiente apropiado. Se espera que los beneficios sean substanciales, mejorando los resultados y el acceso a la salud así como las condiciones de trabajo de los proveedores, incrementando la satisfacción de los pacientes y utilizando los recursos más eficientemente.

## Los cambios están en marcha

Aunque no a un nivel muy extendido, han existido en el país diferentes modelos basados en el concepto de equipo desde principios de la década de los 70. Sin embargo, la corriente impetuosa por cambios en los cuidados primarios comenzó en septiembre con el Acuerdo de los Ministros de Salud del año 2000, y confirmado en el año 2003 por el Acuerdo de Renovación de la Salud. Como resultado, las provincias y territorios están actualmente implementando una variedad de modelos de equipos interdisciplinarios.

## Implicaciones para RHSS

No se pueden establecer los equipos de cuidados primarios de salud si los profesionales de la salud no están disponibles, dispuestos y equipados para trabajar con el “nuevo” sistema. Garantizar una oferta adecuada de profesionales de la salud en varias disciplinas, entrenados para trabajar juntos en equipos interdisciplinarios requiere de una planificación apropiada a nivel nacional (incluyendo el pronóstico), actividades específicas de reclutamiento y retención de cargos y un cambio en los programas de formación ofrecidos antes y después de la licenciatura así como el contexto de la práctica clínica. Los profesionales de la salud deberán entender el papel que desempeñan los equipos interdisciplinarios en el sector de los cuidados primarios de salud y la contribución que aportan las diferentes disciplinas así como la creación potencial de un mejor ambiente de trabajo.

El enfoque de los equipos no sólo cambiará el lugar de trabajo de los profesionales de los cuidados primarios de salud sino también la forma de trabajar a través de la distribución de tareas entre los miembros. Con el tiempo, los papeles dentro de las respectivas áreas evolucionarán a la par del sistema, mientras éste adquiere experiencia en el desarrollo de equipos interdisciplinarios. Ya que este enfoque todavía está en desarrollo, se desconoce la extensión de sus impactos, dificultando el pronóstico del efecto en la oferta y la demanda de RHSS.

Sin embargo, es claro que la disponibilidad de profesionales de la salud equipados para trabajar en el nuevo sistema será una clave determinante para el éxito de la renovación de los cuidados primarios de salud. Si los profesionales de la salud ponen esta nueva visión en práctica, necesitarán los conocimientos, capacitación y herramientas pertinentes. Responder a estos desafíos de RHSS requerirá un esfuerzo colectivo de parte del gobierno y de las partes interesadas. 🌟

# Como enfrentar la creciente demanda de personal de enfermería

Judith Shamian y Michael Villeneuve, Oficina de Políticas de Enfermería, Departamento de Políticas de Salud y Comunicaciones, Ministerio de Salud de Canadá, y Steven Simoens, Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)

**E**l flujo de servicios de enfermería depende no sólo de la cantidad de enfermeros y enfermeras, depende también de cuántos de estos enfermeros y enfermeras se encuentran trabajando, su experiencia en sus áreas particulares de trabajo y sus niveles de moral. A pesar de que a primera vista el ambiente de trabajo pareciera ser responsabilidad de cada empleador, las condiciones de trabajo de mucho personal de enfermería se han deteriorado a tal punto que se requieren atención y soluciones a nivel nacional. Mejorando las condiciones de trabajo podría ayudar a reducir la escasez actual de personal de enfermería incrementando la retención de puestos y la productividad de la fuerza laboral. Además, los términos y condiciones de trabajo son factores claves en los esfuerzos de reclutamiento para atender la demanda de servicios de enfermería.

## Más allá del conteo per cápita

Como se mencionó en artículos anteriores, Canadá está actualmente experimentando una escasez de personal de enfermería y hay evidencias que sugieren que éste déficit se agravará significativamente durante los próximos 15 años. Entre los factores que contribuyen a este déficit se encuentra el envejecimiento de la fuerza laboral en el sector (ver el artículo de la página 17), así como la alta tasa de reducción en algunos programas de enfermería y durante los primeros años después de graduados.

Como se ilustra en la Tabla 1, la profesión de enfermería tiene una alta tasa de participación, donde los enfermeros y enfermeras más calificados trabajan realmente en cargos de enfermería. Por esta razón, no es probable que la tasa de participación se pueda incrementar con facilidad. Sin embargo, hay suficientes razones que sugieren que el personal de enfermería puede ser utilizado en forma más eficiente, particularmente mediante la mejora en los términos y condiciones de trabajo.

## Nivel de empleo

Durante la década de los 90, el porcentaje de enfermeros y enfermeras que trabajaban a tiempo completo disminuyó drásticamente. Aunque esta proporción ha comenzado a crecer, sólo 54,1 por ciento del personal de enfermería graduado (ER) y 42,2 por ciento de los enfermeros y enfermeras auxiliares licenciados (EAL) del Canadá están actualmente empleados en cargos a tiempo completo.<sup>1,2</sup> Aunque son muchas las razones por las que el

Tabla 1: **Número de personal de enfermería graduado (EG), personal de enfermería auxiliar licenciado (EAL) y personal de enfermería psiquiátrica (EPG), por estatus de empleo en Canadá, 2002<sup>1-3</sup>**

Estatus de empleo	EG	EAL	EPG*
Empleados en enfermería	230.957	60.123	5.132
Empleos diferentes a la enfermería	5.392	2.661	n/a**
No empleados	7.803	2.493	n/a**
No clasificados	10.600	4.097	n/a**
Proporción de personal de enfermería calificado trabajando en sus profesiones	90,7%	86,7%	97,0%

\*EPG está regulado en las cuatro provincias de occidente. El total de los registros no duplicados de EPG para el año 2002 fue de 5.285.

\*\*Los EPG que estaban empleados en otros oficios diferentes a la enfermería o desempleados fueron agregados dentro de una categoría y no fueron reportados por una de las provincias. Una provincia no reportó los EPG que no establecieron su estatus.

personal de enfermería trabaja a tiempo parcial, incluyendo una opción personal, sólo cerca del 35 por ciento del personal que hace esto de hecho prefiere el trabajo a tiempo parcial.<sup>4</sup> Se ha comprobado que muchos enfermeros y enfermeras que trabajan a tiempo parcial, tienen varios trabajos para alcanzar el equivalente al trabajo a tiempo completo.

Parece entonces que, el presupuesto de los empleadores, el mercado laboral de la enfermería y las políticas laborales no han sido capaces de conciliar la oferta necesaria de servicios de enfermería con la demanda de personal para trabajos a tiempo completo y parcial,<sup>5</sup> creando una incongruencia aparente de subempleo reportado en áreas con escasez de personal de enfermería. Los empleos a tiempo completo y parcial podrían depender de la demanda, permitiendo a los empleadores hacer ajustes de acuerdo a la fluctuación del volumen y la intensidad. En algunos casos, sin embargo, los trabajos a tiempo parcial y los empleos casuales o temporales han sido los únicos puntos de entrada a este mercado de trabajo, haciendo de la enfermería una carrera poco atractiva. Además de que podría resultar en baja productividad, calidad y continuidad de los cuidados.<sup>6</sup>

Partiendo del hecho de que algunos de los enfermeros y enfermeras ya trabajan el equivalente a tiempo completo a través de varios empleos parciales a la vez, una investigación comisionada por el Comité Consultivo de Enfermería Canadiense sugiere que al convertir a tiempo completo al personal de enfermería interesado que actualmente trabaja a tiempo parcial, implicaría una ganancia de 2.500 cargos a tiempo completo a través de todo el sistema.<sup>7</sup> De esta

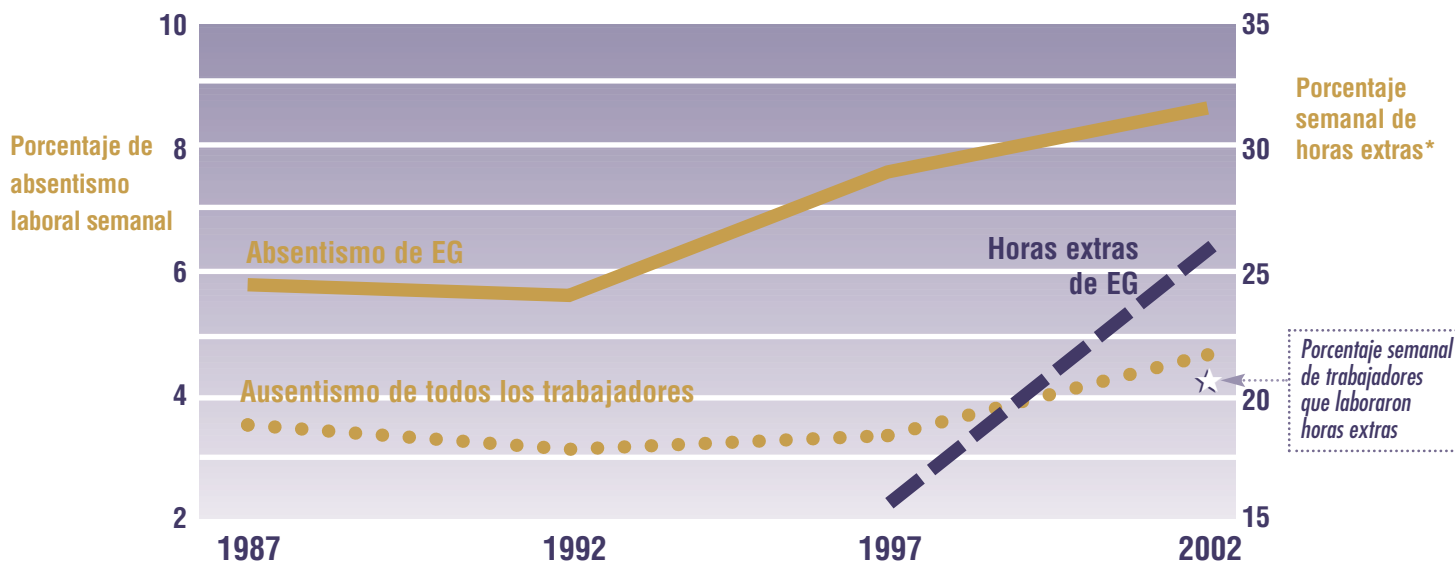
forma, al incrementar la proporción de trabajadores a tiempo completo a través del país se ayudaría a atender la demanda de servicios de enfermería a corto plazo.

Al reducir el número de personal de enfermería que trabaja en múltiples empleos, se podría también mejorar la eficiencia en este sector, incrementar la calidad y continuidad de los cuidados para los pacientes y reducir el riesgo de transmisión de enfermedades de un lugar de trabajo a otro. También, el compromiso entre el salario y los beneficios laborales reduciría considerablemente el costo neto de incrementar el número de cargos a tiempo completo ya que muchos enfermeros y enfermeras ya trabajan el equivalente a un cargo a tiempo completo a través de diversos empleos. Aunque el personal de enfermería que trabaja a tiempo completo disfruta de beneficios no disponibles para el personal a tiempo parcial, el cual equivale de un 18 al 22 por ciento del ingreso, los enfermeros y enfermeras a tiempo parcial reciben una paga adicional en lugar del pago de vacaciones y otros beneficios.

### Condiciones de trabajo

Se ha observado, por varios años ya, que el ambiente en el cual el personal de enfermería trabaja tiene un impacto negativo en la eficiencia de la fuerza laboral. Algunos de los factores más importantes que contribuyen a estas pobres condiciones de trabajo son el incremento de la carga laboral, carencia de dirección y de otros apoyos, altas tasas de horas extras de trabajo y el deterioro de las relaciones laborales. Sin embargo, muchas de las condiciones de trabajo se pueden manipular tanto a largo como a corto

Figura 1: Personal de enfermería graduado (EG) ausentismo y horas extras, Canadá, 1987 a 2002



\*No se tienen registros de los datos de horas extras de EG antes de 1997.

Fuente: Oficina de Políticas de Enfermería, Ministerio de Salud de Canadá.



plazo. Las áreas claves incluyen la interacción entre la carga laboral, horas extras de trabajo y el ausentismo así como en la satisfacción laboral, retención y renovación.

### **Carga laboral, horas extras de trabajo y ausentismo**

La carga de trabajo del personal de enfermería se incrementó enormemente a causa de los recortes presupuestarios y de apoyo al personal al principio y mediados de la década de los 90.<sup>8-10</sup> El personal de enfermería también se ha visto afectado por la reducción de hospitales, por ejemplo, como resultado de esta reducción en la Provincia de Ontario, el número de pacientes por camas se ha incrementado.<sup>11</sup> La subsiguiente disminución del tiempo promedio de convalecencia de los pacientes en los hospitales significa que éstos permanecen “más enfermos” durante su estadía en el hospital, resultando en un trabajo más intenso para el personal de enfermería. Cuando la gravedad del paciente es considerada, ha habido un 26 por ciento de incremento en casos de ajuste de la gravedad. La demanda de personal de enfermería y de otros profesionales del ramo se ha incrementado al igual que el ritmo de trabajo. Después del ajuste por gravedad, hubo un 20 por ciento de disminución de camas por paciente y 3,7 por ciento de reducción en el personal de enfermería por paciente.<sup>11</sup>

La evidencia sugiere que la carga laboral, factor importante en la satisfacción en el trabajo, está aumentando debido al incremento de las responsabilidades administrativas,<sup>12,13</sup> mientras se desatienden los aspectos clínicos.<sup>8</sup> Ambas tendencias tienen una importancia determinante en la renovación del personal de enfermería ya que ellos podrían contribuir a exacerbar el sentimiento de fracaso que podría experimentar el personal de enfermería ante la calidad de los cuidados concedidos a los pacientes o ante sus propias normas de calidad.<sup>14</sup>

Se ha comprobado que el exceso de trabajo para solventar el déficit afecta la salud del personal de enfermería, incrementando el riesgo de accidentes, un problema que se acrecenta con la avanzada edad promedio del personal. Los EG canadienses trabajaron 15,7 millones de horas extras en el año 2002 (el equivalente a 8.643 cargos a tiempo completo), con un 26 por ciento de EG trabajando horas extras cada semana. Este promedio es considerablemente más elevado que la tasa de 15,3 por ciento del año 1997 y más alto que el promedio de 22,5 por ciento reportado entre otros trabajadores en el 2002 (ver Figura 1).

Las horas extras son altamente predecibles del incremento de la tasa de días de permiso por accidentes laborales entre el personal de enfermería.<sup>10,15</sup> En el año 2002, la tasa de ausentismo por enfermedad y accidentes laborales de EG estuvo en el 8,6 por ciento, la cual es mucho más elevada que la tasa de 5,9 por ciento en 1987 y que la del 2002 de 4,7 por ciento por el total de los trabajadores (ver Figura 1).

Entre 1997 y 2002 la tasa de ausentismo para EG se incrementó en 16,2 por ciento y, cada año, la tasa entre los trabajadores a tiempo completo ha estado cerca del 50 por ciento más alta que entre los trabajadores a tiempo parcial. Es más, la tasa de ausentismo durante el 2002 para EG que trabajaba a tiempo completo fue del 83 por ciento, más alta que la registrada en el mismo lapso por la fuerza laboral en general. Ese año se perdieron 19,6 millones de horas por absentismo, el equivalente a 10.808 cargos a tiempo completo.<sup>7,16</sup> La reducción del absentismo entre los EG comparado con el promedio canadiense para el año 2001 hubiera devuelto al sistema el equivalente a 3.500 puestos de trabajo a tiempo completo.<sup>7</sup>

El estimado del costo al fisco nacional por sueldos pagados en absentismo y suplencias para EG fue en el año 2001 de \$962 millones y \$1.5 billones respectivamente. Es claro que disminuir las tasas de horas extras y absentismo tiene el potencial de reducir la carga de trabajo del personal de enfermería, incrementando considerablemente su productividad y reduciendo el excesivo costo al fisco y en consecuencia a los contribuyentes. Un personal de enfermería más sano disfrutaría de una carrera más larga, lo cual es una consideración bastante importante si se toma en cuenta que el personal de enfermería envejece. La mejor forma de reducir las horas extras y el absentismo es aumentando el número de enfermeros y enfermeras preparados y empleados a lo largo y ancho del Canadá, ya que esto ayudará a compensar los cortes hechos al personal de enfermería durante la década de los 90.

### **Satisfacción laboral, retención y rotación**

El grado de rotación (cambios de trabajo dentro del personal de enfermería en lugar de dejar la profesión) puede afectar la habilidad del personal de enfermería para ofrecer sus servicios y se ha relacionado con el descenso en la productividad y la pobre calidad de los cuidados.<sup>17</sup> La rotación puede también imponer una carga de trabajo más alta en el personal que se queda a cargo, reduciendo la moral e incrementando los accidentes potenciales. Los costos financieros asociados a esto incluyen gastos por reclutamiento de nuevo personal, contratación de agencias privadas de enfermería y el pago de horas extras al personal restante. En el año 2002, el 17 por ciento de los EG planeaban dejar sus trabajos actuales dentro del siguiente año y se sabe que el personal que quería dejar el trabajo generalmente lo hacía poco tiempo después.<sup>18</sup> Otras evidencias provenientes de estudios internacionales estiman un promedio del 9,5 por ciento en la tasa de rotación para los cinco países participantes en el estudio. El estudio también identificó los costos directos para las organizaciones canadienses en cerca de \$5.700 y los costos indirectos en \$4.400, para un total de \$10.100 por cada enfermero o enfermera que

deja su trabajo.<sup>19</sup> Otras investigaciones estiman que se podrían obtener ahorros importantes si se logra implementar efectivamente una estrategia de retención.<sup>17, 20-22</sup>

La insatisfacción laboral parece ser la mayor causa de las bajas en el personal de enfermería,<sup>23</sup> más importante que las oportunidades de trabajo o el salario.<sup>17,18</sup> Un estudio hecho a más de 43.000 enfermeros y enfermeras en más de 700 hospitales en Canadá, Inglaterra, Alemania, Escocia y los Estados Unidos reportó un alto nivel de insatisfacción y estrés relacionado con el trabajo el cual fue atribuido a la percepción negativa del personal y de las políticas de dirección de la fuerza laboral.<sup>8</sup> Estudios tras estudios indican que la carga de trabajo, la falta de autonomía y la latitud profesional, el liderazgo autocrático, la falta de participación en la toma de decisiones, falta de apoyo gerencial, conflictos de responsabilidades, la rutina del trabajo y falta de oportunidades para el desarrollo profesional estaban relacionadas a la poca satisfacción en el trabajo que a menudo concluye en la rotación.<sup>18,24,25</sup> Aunque la rotación dentro del personal de enfermería es importante en algunos casos, el desgaste general en la profesión de enfermería parece ser bajo. Aunque este fenómeno no está claro, es posible que al personal de enfermería le guste su profesión pero no disfrute de un trabajo en particular, obligándole a cambiar de trabajo constantemente en busca de mejores condiciones laborales.

Entre 1994 y 2002 se perdieron cerca de 5.500 puestos administrativos de EG.<sup>3</sup> El personal de enfermería considera que la erosión del papel del jefe de enfermería y la eliminación de muchos líderes en el personal a nivel corporativo ha reducido su participación en las políticas y la toma de decisiones. Esta tendencia fortalece el sentimiento del personal de enfermería al considerarse subvalorado y puede afectar la capacidad de los empleadores para conservar al personal.<sup>16</sup> Puede también influenciar la percepción que se hacen de la profesión de enfermería los aspirantes potenciales que deben enfrentar una elección de carrera en un ambiente altamente competitivo.<sup>16</sup> Una parte importante de la evidencia demuestra que el mejorar la percepción de poder en el lugar de trabajo puede ser una manera altamente efectiva en la prevención del agotamiento entre el personal de enfermería. Por ejemplo, una característica clave de los “hospitales atrayentes” en los Estados Unidos es la presencia de un influyente personal ejecutivo de enfermería. Estas instalaciones reportan altos

niveles de satisfacción laboral, tasas bajas de agotamiento y accidentes laborales y aumenta la percepción de productividad y calidad de los cuidados.<sup>26</sup>

La disminución de la rotación puede reducir considerablemente los costos para empleadores individuales. Sin embargo, aunque pareciera que esto es un incentivo para mejorar las condiciones de trabajo, la tasa de rotación continúa siendo elevada. Por lo tanto, se hace necesario la puesta en práctica de más soluciones a nivel macro que beneficiarían el sistema de salud en general, reducir los costos totales e incrementar la productividad. Una iniciativa a nivel nacional involucra la reciente inclusión de indicadores de calidad de la vida útil laboral en el programa del Consejo Canadiense para la Acreditación de Servicios de Salud, la cual requiere ahora de los empleados, sindicatos y personal de enfermería que reflexionen en los asuntos relacionados a la retención y satisfacción del trabajo. También el programa de Prácticas de Calidad de la Asociación de Enfermeros y Enfermeras Graduados de la Colombia Británica, el Colegio de Enfermería de Ontario y el Programa American Magnet Recognition (Centro de Credenciales de los Enfermeros y Enfermeras de los Estados Unidos) han mostrado una mejora

en la retención y calidad a la vez que reducen los costos, y ofrecen modelos de mejores prácticas que los empleados ponen en consideración en sus esfuerzos por mejorar la productividad.

## Reducción del déficit actual

Las condiciones actuales de trabajo están cobrando un alto precio en la salud y la satisfacción laboral del personal de enfermería y los indicios que relacionan los cuidados de enfermería con los resultados de los pacientes están despertando preocupaciones. Este artículo ha presentado evidencias que prueban que el enfrentar estos desafíos puede ser beneficioso, incluyendo cuidados de más alta calidad y una mayor productividad. Por ejemplo, al mejorar los términos y condiciones de trabajo se puede reducir con efectividad, en más del 35 por ciento, el estimado del déficit nacional de enfermería de aproximadamente 16.000 EG.<sup>7</sup> Específicamente, al convertir al personal a tiempo parcial de enfermería interesado en cargos a tiempo completo y reducir el ausentismo a los niveles del promedio canadiense añadiría al sistema el equivalente a 6.000 puestos de trabajo a tiempo completo tan sólo con el personal de enfermería actual.



## El desafío a enfrentar

Gran parte de la evidencia sobre los beneficios de mejorar las condiciones de trabajo y las estrategias para conseguirlo no es novedad. Aunque sólo una cantidad limitada de estrategias ha sido puesta en práctica con éxito. Las razones de esta falta de avance general no están claras. Es posible que los empleadores perciban las soluciones propuestas como muy costosas, o quizás sea la inercia que bloquea la efectividad de los cambios. Tal vez, el incentivo crítico más importante para mejorar las condiciones de trabajo para el personal de enfermería se encuentra a nivel macro.

### Razón por la cual el aumentar los salarios no funciona

Algunos estudios hechos en el Reino Unido y los Estados Unidos indican que ofrecer aumentos de sueldo sólo contribuye escasamente a incentivar al personal de enfermería a trabajar más horas.<sup>27,28</sup> En Canadá, donde la participación ya es elevada, aumentar los salarios probablemente no generaría más servicios de enfermería. Sin embargo, los salarios altos han probado su efectividad en la reducción del nivel de rotación,<sup>29,30</sup> aunque los salarios parecen ser menos importantes que las condiciones de trabajo y la satisfacción laboral.<sup>18</sup> Además, los salarios iniciales para trabajos con requerimientos profesionales similares a los de enfermería son también factores determinantes para aquellos que escogen la enfermería como carrera. Estudios hechos en los Estados Unidos sugieren que, ofrecer sueldos elevados tiene efectividad para atraer candidatos a cursos de enfermería de primer grado.<sup>31</sup>

Los términos y condiciones de trabajo inadecuados afectarán negativamente la habilidad del Canadá de atraer y retener personal de enfermería durante esta escasez que se avecina. Los canadienses aún quieren entrar a la profesión de enfermería, de hecho, las escuelas de enfermería tienen los cupos agotados y hay una alta tasa de participación. Sin embargo, las últimas graduaciones de las escuelas de enfermería, y el envejecimiento y jubilaciones tempranas del personal actual conducen a una inquietante preocupación al ver como la oferta de personal de enfermería decae.

Las escuelas de enfermería deberán incrementar sus cupos para mantenerse a la par con las futuras bajas en la fuerza laboral de este sector y la escalada en la demanda por servicios de enfermería debido al envejecimiento de la generación de post guerra. Aún así, la fuente de postulantes potenciales continuará agotándose, debido al bajo crecimiento de la población y a las otras carreras a elegir, más lucrativas y competitivas. El déficit de personal de enfermería es un problema mundial, al menos en los países miembros de OCDE. Los postulantes potenciales pueden escoger entre una gran variedad de profesiones en el campo de la salud y países en los cuales entrenar y ejercer. En un mercado tan competitivo, el sueldo es sólo una de las consideraciones (ver cuadro en esta página); para muchos postulantes potenciales, la decisión dependerá de otros factores, especialmente los términos y condiciones de trabajo. Si las condiciones de trabajo actuales continúan, los aspirantes calificados podrían no estar tan ansiosos por llenar el creciente número de cupos disponibles en las escuelas de enfermería en Canadá.

Aunque el mejoramiento de las condiciones de trabajo puede reducir significativamente la *actual* escasez de personal de enfermería, éste no puede incrementar suficientemente la productividad de la fuerza laboral existente para satisfacer el déficit *futuro* estimado en 113.000 EG en el 2016.<sup>32</sup> No obstante, condiciones de trabajo mejoradas son esenciales para atraer la oferta indicada de nuevo personal de enfermería para atender los requerimientos futuros. El tiempo es primordial y Canadá tiene que hacer un esfuerzo concertado y de colaboración para poner en funcionamiento la infraestructura que asegurará la oferta del personal de enfermería en los próximos 10 o 20 años. Para los responsables de la creación de políticas que se debaten ante el crecimiento de la demanda de servicios de enfermería, todas las evidencias sugieren que la clave es el mejoramiento de las condiciones de trabajo, tanto a corto como a largo plazo, con el fin de incrementar y mejorar la productividad y satisfacer el constante aumento de la demanda de los servicios de enfermería. 🌀

@ Pulse aquí para obtener referencias.

# Caso de estudio acerca de los médicos graduados en el exterior

Frank Cesa, División de Estrategias de Recursos Humanos del Sector Salud, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud, Ministerio de Salud de Canadá

**T**ípicamente los gobiernos enfrentan el desequilibrio en la oferta de médicos regulando el cupo en las escuelas de medicina e integrando médicos graduados en el exterior (MGE) dentro del sistema de salud. Debido al tiempo prolongado de entrenamiento de los médicos, toma varios años traducir el incremento en los cupos en las escuelas de medicina en una expansión de la fuerza laboral médica. Como resultado, el Canadá ha recurrido tradicionalmente al uso de MGE para satisfacer la demanda inmediata de médicos. Este artículo explora como la base de evidencias acumuladas está ayudando a los responsables de la creación de políticas a sobrellevar los desafíos que actualmente limitan la efectividad de esta respuesta política.

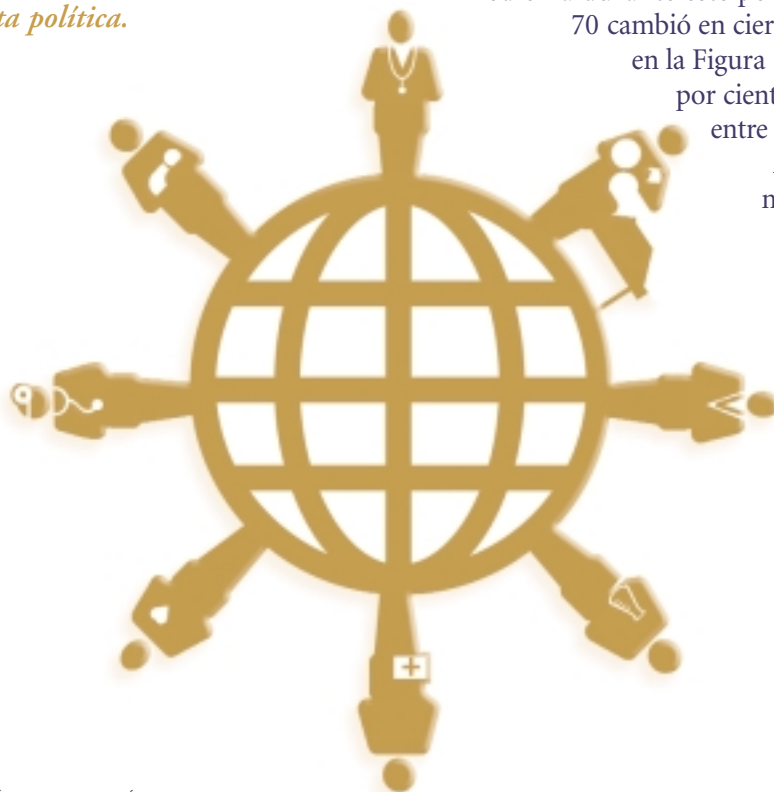
## Oferta y demanda: El incremento del cupo estudiantil

Al enfrentarse con el creciente déficit de médicos, las escuelas de medicina del Canadá han incrementado recientemente el cupo estudiantil disponible. En 1998, los inscritos en el primer año de medicina en Canadá fue de aproximadamente 1.574,<sup>1</sup> para el año 2003 este número había crecido a 1.974.<sup>2</sup> Se estima que el cupo anual en las escuelas de medicina crecerá a 2.500 para el año 2007 simplemente para mantener la tasa actual de médicos por habitantes en 1,9/1.000.<sup>3</sup> Además, se necesita una inyección de 500 MGE cada año para mantener la tasa actual de médicos por habitantes.<sup>2</sup>

## MGE: Una respuesta a la demanda a corto plazo

Debido a lo prolongado del tiempo de entrenamiento de los médicos, Canadá ha confiado a menudo en MGE, o doctores entrenados en el exterior, para satisfacer a corto plazo la demanda de médicos. Al final de la década de los 60, el Canadá importaba anualmente más médicos que los que estudiaban en el país.<sup>4</sup> La expansión de las escuelas de medicina durante este período y principios de la década de los 70 cambió en cierta forma esta tendencia. Como se muestra en la Figura 1, los MGE comprendían entre 20 y 30 por ciento de la fuerza laboral médica del Canadá entre 1969 y 1999.<sup>3</sup>

Actualmente, los MGE constituyen aproximadamente el 23 por ciento de la fuerza laboral médica. Sin embargo, como se ilustra en la Figura 2, este porcentaje varía considerablemente de una provincia a otra. Por ejemplo, en el año 2002, el 37 por ciento de la oferta de médicos en Terranova y Labrador y el 52 por ciento de la oferta en Saskatchewan eran MGE. En contraste, este grupo constituía sólo el 16 por ciento de la oferta en la Isla del Príncipe Eduardo y el 11 por ciento en Québec.



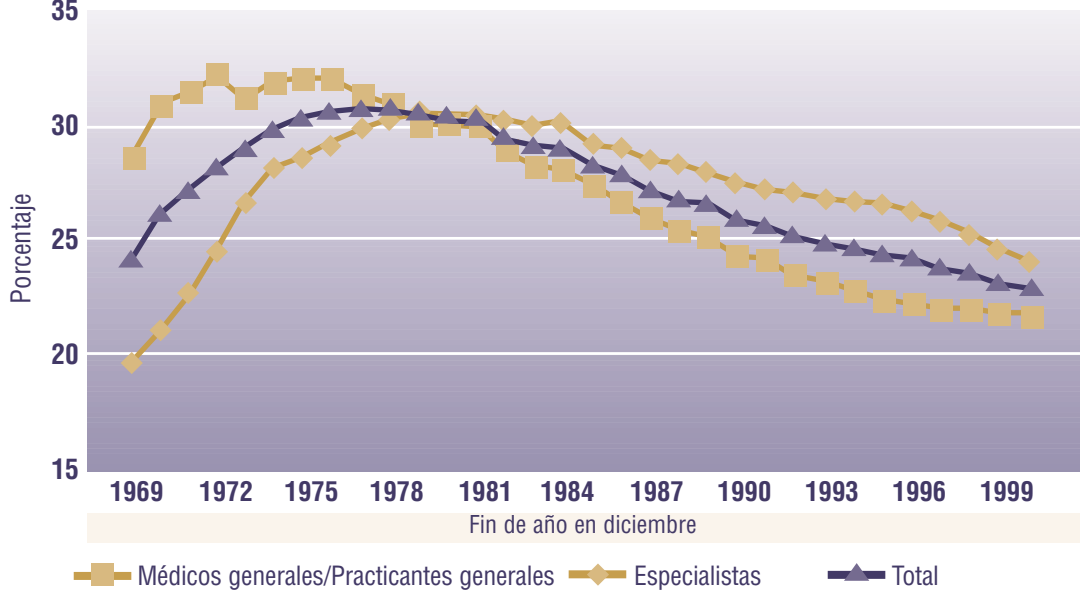
## Immigración y tendencias del ejercicio de la medicina

Durante los últimos 25 años, el origen de los MGE ha cambiado de inicialmente países como la Mancomunidad Británica e Irlanda a países del Medio Oriente, Asia y Europa Oriental.<sup>4</sup> Aunque la naturaleza de los estudios de postgrado en los países de la Mancomunidad Británica es por demás, bien conocida, no ocurre lo mismo con los nuevos países proveedores de médicos inmigrantes. En consecuencia, un gran número de inmigrantes con intenciones de practicar la profesión de medicina, debe someterse a una evaluación y requieren estudios adicionales.

Hasta hace poco, la ley de inmigración canadiense se enfocaba en “profesiones prioritarias al país”. Debido a que la profesión de medicina no estaba en esta lista de prioridades, no se les daba preferencia a los médicos extranjeros para inmigrar al Canadá. Por esta razón, muchos médicos venían al Canadá a través de programas de apadrinamiento familiar o declarando otras ocupaciones. Sin embargo, los

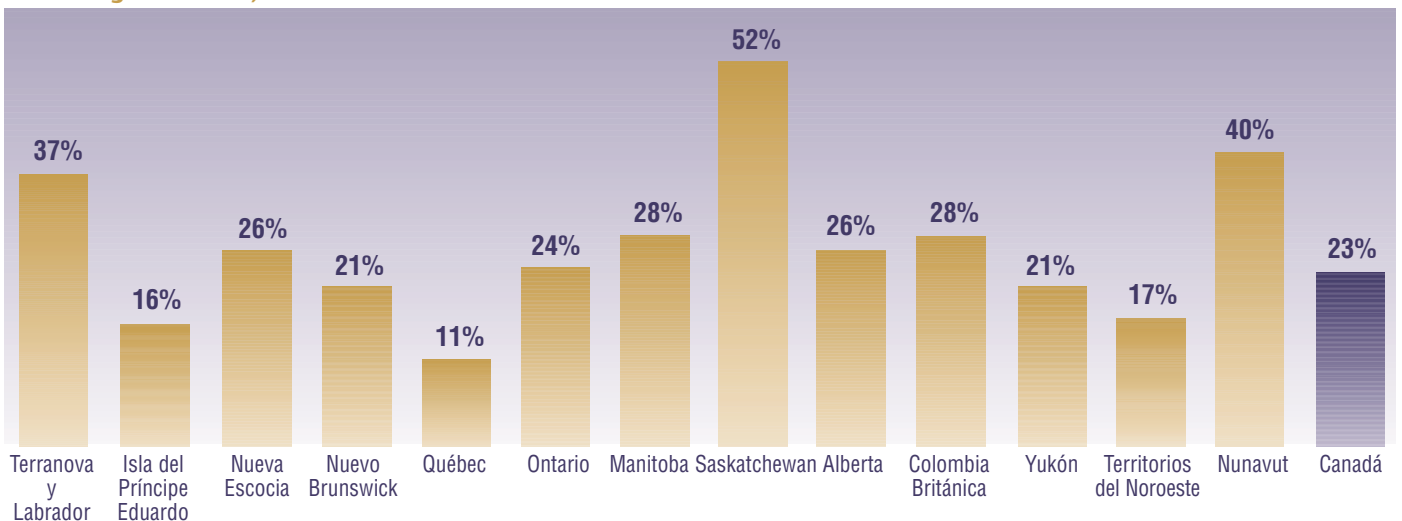
empleadores provinciales y las agencias de otorgamiento de licencias han usado también los permisos de trabajo como un método para reclutar médicos para áreas con bajo nivel de servicio médico. Como resultado, los médicos que llegaban con permiso de trabajo tendían a localizarse en comunidades pequeñas, mientras que los inmigrantes se radicaban en provincias con grandes centros urbanos. La Figura 3 muestra que la gran mayoría de MGE en Saskatchewan y Terranova y Labrador llegaba al Canadá con permisos de trabajo y empleo garantizado. ▶

Figura 1: Médicos graduados en el exterior (MGE) como porcentaje de médicos canadienses activos, 1969 a 1999



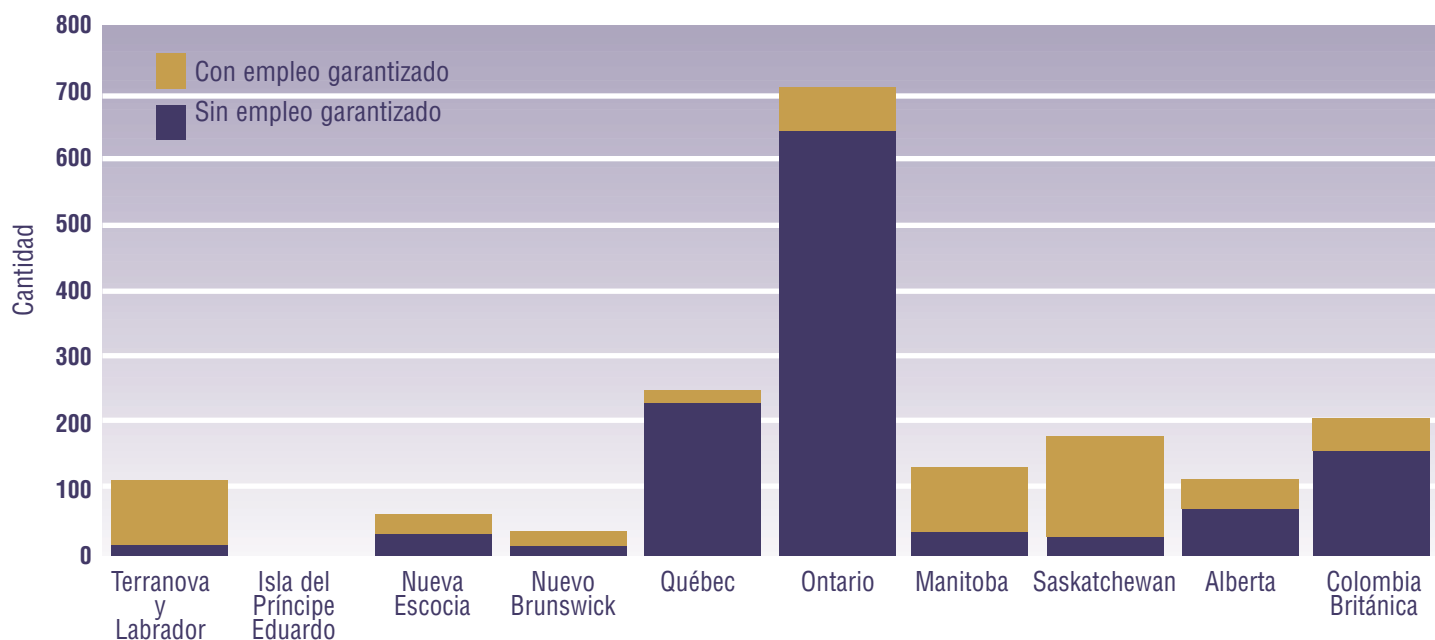
Fuente: Dr. Mamoru Watanabe, *Canadian Physician Workforce: The Role of IMGs, International Medical Graduates National Symposium Proceedings, 2002*. Datos de Southam Medical Database, Instituto Canadiense de Información de Salud.

Figura 2: Médicos graduados en el exterior (MGE) como porcentaje de médicos canadienses activos, por provincias y territorios, 2002



Fuente: Instituto Canadiense de Información de Salud: *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002*. Adapted from *Physicians by Gender, Province/Territory and Age Group, Canada, 2002, Tabla 1.0, Pág. 39*, y *Physicians, Foreign MD Graduates, by Specialty and Province/Territory, Canada, 2002, Tabla 4.1, Pág. 62*.

Figura 3: **Médicos inmigrantes con intenciones de trabajar en su profesión, por provincia, 1995–2000**



Fuente: Dr. Mamoru Watanabe, *Canadian Physician Workforce: The Role of IMGs*, International Medical Graduates National Symposium Proceedings, 2002. Datos de Southam Medical Database. Instituto Canadiense de Información de Salud.

## Una fuente aún no explotada

Una encuesta reciente hecha a los órganos reguladores de la profesión médica indicó que la mayoría de las provincias están otorgando licencias de ejercicio profesional a un número más alto de MGE con permisos de trabajo en comparación con los otorgamientos a los que poseen estatus de inmigrante, quizás porque las autoridades regulatorias no disponen de un medio confiable para identificar a los potenciales médicos calificados.<sup>4</sup> Mientras los datos de la cantidad de inmigrantes que aspiran a ejercer como médicos están disponibles, los mismos no identifican aquellos que no hayan tenido una experiencia relevante en los últimos cinco años. Ya que este último grupo necesitaría una formación posterior, no serían incluidos entre aquellos que pueden recibir la licencia para ejercer en un corto plazo. Se sabe que varias provincias tienen un fondo considerable de MGE no licenciados. Por ejemplo, se estima que hay más de 160 MGE no licenciados en Alberta y más de mil en Ontario.

La legislación canadiense de inmigración ha cambiado recientemente del enfoque “necesidad de ocupaciones” a un enfoque “basado en las capacidades” que se concentra en factores de selección, tales como la educación, la experiencia laboral y el conocimiento de las lenguas oficiales del Canadá. Debido a que los médicos tienen un alto nivel de educación y alguna experiencia laboral,

es bien probable que el número de médicos que entren al Canadá se incremente en el futuro, enriqueciendo así el fondo de candidatos potenciales con opción a licencia.<sup>6</sup>

## Un dilema ético

Recurrir a MGE para enfrentar el déficit de médicos a corto plazo trae una serie de problemas. Como se discutió en la página 4, una de las preocupaciones es el dilema ético de reclutar proveedores de salud desde otros países en un momento en que muchos países enfrentan un déficit similar en este sector. Para resolver esto, los países de la Mancomunidad Británica han firmado un Código de Ética en el que se acuerda en no reclutar proveedores de salud de países en vías de desarrollo donde se sabe que existen estos problemas de escasez de médicos.<sup>7</sup>

Sin embargo, se necesita hacer una distinción entre el reclutamiento activo de MGE y la utilización de la fuente de MGE que ha llegado al Canadá por voluntad propia y que desean trabajar en su campo profesional. Este último grupo es una fuente no explotada de trabajadores expertos y si no se integran a la fuerza laboral del Canadá, representarán una pérdida de capital humano. Teniendo esto en consideración, el gobierno del Canadá lanzó recientemente una iniciativa de reconocimiento de credenciales extranjeras para identificar a los médicos, los enfermeros y los ingenieros como profesiones de alta prioridad.

## Enfrentar los desafíos del otorgamiento de licencias

Se deben enfrentar una serie de preocupaciones si se espera que la integración de MGE sea una solución viable al déficit actual de médicos. La más importante de estas preocupaciones es la de proteger la seguridad pública asegurándose de que los MGE satisfagan los estándares de ejercicio y competencia profesional. También se necesitan mecanismos efectivos para la evaluación y el otorgamiento de licencias de tal manera que MGE pueda ser integrado al sistema de una forma oportuna. Como se ilustra en la Tabla 1, una serie de desafíos limitan actualmente la implantación de estos mecanismos. Existen, entre otras cosas, una gran variedad de programas y políticas a escala nacional, que cubren desde los puestos de residencia orientados hacia la formación complementaria de los MGE, hasta las medidas de inserción casi inmediata en el ejercicio profesional, no obstante, bajo supervisión, para médicos provenientes de países con buena

Tabla 1: **Otorgamiento de licencias a MGE – ¿Qué necesitamos?**

### Recursos suficientes para la evaluación y la formación:

La escasez de recursos, junto a la continua afluencia de MGE ha creado una reserva de MGE que esperan ser evaluados y recibir una formación compensatoria.

### Un sistema coordinado para verificar las credenciales:

Cada vez que un MGE solicita una licencia de ejercicio profesional en una provincia diferente, sus credenciales deben ser verificadas. Esto añade una demanda adicional al órgano de otorgamiento y ocasiona demoras para MGE.

### Una base de datos para los MGE admisibles:

Sin una base de datos, es muy difícil determinar la fuente de MGE admisibles ya que no hay manera de localizar y rastrear a los MGE que son inmigrantes.

### Un sistema de información centralizado:

Sin un punto de contacto, los MGE tienen dificultades para acceder a la información acerca del proceso de otorgamiento de licencia en las diferentes provincias.

### Herramientas adecuadas de evaluación lingüística:

Actualmente se utilizan la prueba de inglés como idioma extranjero (TOEFL) y la prueba de inglés como segunda lengua (TESL) para evaluar la suficiencia en el inglés. Sin embargo, estas pruebas no tienen la capacidad de evaluar el uso del inglés en el ámbito médico.

### Una estrategia de evaluación integrada:

Ha habido casos en los que a MGE se les ha negado la licencia en una jurisdicción pero se les ha otorgado en otras.

Tabla 2: **Recomendaciones del grupo de trabajo**

El Grupo de Trabajo Canadiense sobre el Otorgamiento de Licencias a los Médicos Graduados en el Exterior hizo las siguientes recomendaciones para mejorar el proceso de otorgamiento a los MGE en la Conferencia de Viceministros de Salud, las cuales fueron aprobadas el 9 de diciembre de 2003:

**Integrar a los MGE dentro del plan de recursos médicos** asegurando que haya una adecuada capacidad y fondos para su evaluación y formación.

**Esforzarse en la estandarización de la evaluación** que posteriormente conducirá al otorgamiento de la licencia.

**Expandir o establecer programas y apoyos que ayuden a los MGE** en el proceso de obtención de licencia y los requerimientos del Canadá.

**Desarrollar programas** para apoyar a las facultades de medicina y a los médicos que trabajan con MGE.

**Desarrollar capacidades para localizar y reclutar** a los MGE.

**Establecer una agenda nacional de búsqueda de MGE** que incluya la evaluación de las recomendaciones de otorgamiento de licencias a MGE y el impacto de las estrategias en la oferta de médicos.

reputación en los sistemas de entrenamiento. Algunas de estas políticas y programas provinciales pueden inclusive proporcionar modelos de “buenas prácticas”, mientras los responsables canadienses de la creación de las políticas desarrollan un enfoque más efectivo para la integración de los MGE.

## Hacia adelante: Grupo de trabajo canadiense sobre la acreditación de MGE

En mayo del 2002, el Comité Consultivo Federal, Provincial y Territorial sobre la atención de la salud y los recursos humanos estableció un grupo de trabajo para enfrentar los desafíos que afronta el otorgamiento de licencia profesionales a los MGE. Ayudados por una creciente y sólida evidencia, el grupo de trabajo hizo una serie de recomendaciones (ver Tabla 2) a la Conferencia de Viceministros de Salud en diciembre de 2003. El enfoque plurisectorial propuesto por el grupo de trabajo reconoció que no hay una única herramienta política o nivel gubernamental que pueda enfrentar los retos que presenta el otorgamiento de licencias a MGE. Si se adoptan, las recomendaciones del grupo de trabajo pueden ayudar al Canadá a enfrentar la necesidad de médicos facilitando la integración de MGE en el sistema de salud. 🌐

@ Pulse aquí para obtener referencias.



# ¿Quién hace qué?

**¿Quién hace qué?** es una columna regular del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud que presenta a los participantes clave involucrados en la investigación de políticas sobre la temática particular de cada número. Debido a la importancia de la calidad de los datos para la planificación de recursos humanos (RHSS), esta columna presenta a los principales protagonistas en la recolección de datos de RHSS e identifica algunos de los desafíos asociados a las actividades actuales de recolección de datos de RHSS.

**Marie-Gloriose Ingabire**, División de Estrategias de Recursos Humanos, Departamento de Comunicaciones y Políticas de Salud, Ministerio de Salud de Canadá, y **Brent Barber**, Instituto Canadiense de Información de Salud.

## Los recolectores de datos de RHSS

Por lo general, los datos del personal de salud no se recolectan para propósitos de control de RHSS. Por esta razón, la recolección de datos con otros propósitos debe a menudo ser empleada para enfrentar las funciones basadas en

información de control de RHSS: planificación, investigación de políticas y supervisión y evaluación.<sup>1</sup> La Figura 1 ilustra algunas de las distintas fuentes de datos del personal de salud disponibles en Canadá. En general, hay dos tipos de fuentes de datos de RHSS: fuentes administrativas y fuentes de sondeo.

## Fuentes administrativas

Los datos de las fuentes administrativas se recolectan como parte de la función del proceso administrativo, tales como la recolección del pago de la membresía o la emisión de licencias a los registrados. Las fuentes administrativas están compuestas de recolectores de datos primarios y secundarios, los cuales deben recolectar datos con propósitos comerciales y no comerciales. Los recolectores de datos primarios incluyen a las organizaciones que recolectan datos directamente del personal de salud, generalmente con fines administrativos (ejemplo: El Colegio de Fisioterapeutas de Ontario

Figura 1: **Algunas fuentes de datos de personal de salud disponibles en Canadá**

### Ejemplo de datos de recursos humanos del sector salud:

- Identificadores únicos anónimos (ejemplo, Número de identificación médica en Canadá)
- Demográficas (ejemplo, sexo, año de nacimiento)
- Educación (año de graduación y universidad)
- Patrones de ejercicio de la medicina, lugares de ejercicio profesional, etc.

## Fuentes administrativas (algunos ejemplos)

### Recolectores de datos primarios

- Autoridades reglamentarias y emisoras de licencias (ejemplo, Colegio de Terapeutas Físicos de Alberta)
- Instituciones de formación educativa (ejemplo, la Universidad Western)
- Asociaciones de voluntarios (ejemplo, Colegio Canadiense de Físicos en Medicina)

### Recolectores de datos secundarios

#### Comerciales

- El Grupo de Información Comercial
- Mercadeo dirigido a profesionales

#### No Comerciales

- Alianza Canadiense de Regulación de la Fisioterapia
- Instituto Canadiense de Información de la Salud (CIHI, por sus siglas en inglés). Base de datos del personal de enfermería regulado\* y la Base de Datos Médicos Southam (SMDB, por sus siglas en inglés).
- Registro de Estudios de Postgrados de Medicina de Canadá (CAPER, por sus siglas en inglés) y la Asociación de Colegios Médicos del Canadá (ACMC).
- Archivo Maestro de Médicos de la Asociación Médica Canadiense

## Fuentes de sondeo (algunos ejemplos)

### Encuestas de cobertura nacional

- Censo de Canadá (Ministerio de Estadísticas de Canadá)
- Encuesta de la Fuerza Laboral (Ministerio de Estadísticas de Canadá)

### Encuesta nacional sobre profesiones específicas

- Encuesta Médica Nacional\*\*

*Nota: Algunos ejemplos de fuentes nacionales de datos de RHSS están enumerados; no se implica ni debería inferirse ninguna evaluación de la propiedad de estas fuentes para la gerencia de RHSS. Los parámetros de algunas de las categorías identificadas no son tan categóricos como se ilustran.*

*\*Incluye la Base de Datos del Personal de Enfermería Regulado (BDEG), Base de Datos del Personal Auxiliar de Enfermería (BDEAL) y la Base de Datos del Personal de Enfermería Psiquiátrica (BDEPG)*

*\*\*La Encuesta Médica Nacional (EMN), que reemplaza la encuesta nacional de médicos generales del Colegio de Médicos Generales del Canadá y el cuestionario de recursos médicos de la Asociación Médica Canadiense, entró en el campo por primera vez en el 2004.*

*Fuente: Instituto Canadiense de Información de la Salud, Health Personnel Trends in Canada, 1993 to 2002.*



<<http://www.collegept.org>>). Los recolectores de datos secundarios obtienen los datos de las fuentes de recolección de datos primarios; un ejemplo de recolector secundario no comercial es el Registro de Estudios de Postgrados de Medicina de Canadá (CAPER, por sus siglas en inglés, <<http://www.caper.ca>>). Esta agencia recolecta datos de los recolectores primarios en Canadá con el fin de proporcionar información exacta para la planificación de recursos humanos médicos a nivel nacional. Otras organizaciones, tales como el Grupo de Información Comercial <<http://www.mdselect.com>>, recolecta por medio de recolectores primarios, datos disponibles al público en general para uso comercial.

En algunos casos, los recolectores secundarios obtienen los datos de otros recolectores secundarios y usan los datos con fines totalmente diferentes. La base de datos médicos de Southam (SMDDB, por sus siglas en inglés) en el Instituto Canadiense de Información de Salud (CIHI, por sus siglas en inglés, <<http://www.cihi.ca>>) es uno de estos ejemplos. CIHI compra anualmente al Grupo de Información Comercial su base dinámica<sup>2</sup> de datos médicos para añadir los datos de médicos por año específicos a la SMDDB.<sup>3</sup> La base de datos de SMDDB se usa para generar resúmenes estadísticos de la demografía de los médicos y de la práctica médica, para proporcionar información actualizada en la oferta, distribución y patrones de migración (interprovincial e internacional) de los médicos canadienses y para apoyar los análisis e investigaciones relacionadas con esto.

## Fuentes de sondeo

Los datos de sondeo del personal de salud se recolectan al momento que se necesitan o como instrumentos de encuestas unitarias con propósitos comerciales o no comerciales. En el Canadá, las mejores encuestas son llevadas a cabo, principalmente, por organizaciones no comerciales. Por lo general, las encuestas al personal de salud están dirigidas a un grupo específico de personal (por ejemplo: médicos) o reúnen información del personal de salud como producto secundario de una encuesta al público en general. Las mejores encuestas a nivel nacional que recolectan datos del personal de salud son hechas por Encuestas de la Fuerza Laboral (EFL) y el Censo, ambas del Ministerio de Canadá <<http://www.statcan.ca>>.

Lamentablemente, ninguna de estas encuestas está diseñada específicamente en dirección a los datos e información necesaria para el control de RHSS (raramente las encuestas nacionales lo son) Los asuntos concernientes a la categorización de profesionales de la salud (EFL y el Censo) y el tamaño de las muestras (EFL) también limitan la utilidad de los datos disponibles sobre los profesionales de la salud. A pesar de estos desafíos, y en ausencia de un sistema completo de administración de la información de RHSS en Canadá,

estas dos encuestas son las únicas ventanas disponibles dentro de toda la fuerza laboral del sector salud en Canadá.

La encuesta nacional de médicos de 2004 (ENM) es un ejemplo de encuesta sobre un grupo específico. La ENM, que reemplaza la encuesta nacional de médicos generales del Colegio de Médicos Generales del Canadá y el cuestionario de recursos médicos de la Asociación Médica Canadiense, que entró al campo por primera vez este año. La ENM recolectará datos de todos los médicos canadienses, describiendo los patrones de ejercicio profesional, el lugar de trabajo, cuidados compartidos con otros proveedores de salud y uso de tecnología (para mayor información póngase en contacto con <[npdb@cihi.ca](mailto:npdb@cihi.ca)>)

## Datos nacionales de RHSS

Teniendo en cuenta las interdependencias asociadas con la educación y la formación del personal de salud del Canadá, así como la movilidad de la fuerza laboral del sector salud (interprovincial e internacionalmente), las actividades de recolección de datos deben respetar las normas nacionales en materia de información sobre la salud. Estas normas se requieren para distanciar el desarrollo de datos nuevos de los parches en los “silos de datos” que existen actualmente y dirigir los esfuerzos hacia una comparación cruzada entre jurisdicciones y la visión de un sistema integrado de información de salud en Canadá. Muchos informes, ministros y viceministros de salud, el antiguo Comité Federal, Provincial y Territorial Consultivo sobre los Recursos Humanos del Sector Salud, y varios grupos interesados han identificado vacíos importantes en la información sobre el personal de salud y han hecho un llamado para el desarrollo de datos a nivel nacional.

## La recolección de datos — Como enfrentar el desafío

Hay una gran variedad de desafíos asociados con la recolección de datos de calidad de los proveedores de salud, esto incluye poder disponer, comparar, acceder, detallar y tener en tiempo oportuno los datos. Como resultado, sólo un pequeño grupo de profesionales de la salud regulados es actualmente capaz de recolectar datos estandarizados que pueden ser comparables a través de todo el país. Los datos de trabajadores no regulados (por ejemplo, proveedores no sujetos a regulaciones provinciales o territoriales) son aún más limitados o no existen para la mayoría de las ocupaciones. En los últimos años, las partes interesadas, a todos los niveles, han comenzado a concentrarse en

¿Quién hace qué? Continúa en la página 41 ►



# ¿Sabía UD. qué... ?

¿Sabía UD. qué... ? es una columna regular del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud que explora varios conceptos falsos acerca de los datos y la información sobre salud. Este número usa datos canadienses disponibles actualmente para apoyar o negar afirmaciones comunes acerca de los recursos humanos del sector salud (RHSS).

## Algunas afirmaciones acerca de los recursos humanos del sector salud

Cliff Halliwell antiguo director general de la Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad del Ministerio de Salud de Canadá, Gordon Hawley y Teklay Messele, División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos, Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad, Ministerio de Salud de Canadá

### Afirmación

### Évaluación

1

En el sector salud el trabajo es más intenso en empleo que en otros sectores de la economía.

Verdadero

El empleo en el sector de servicios de salud es más intenso ya que se enfoca en los pacientes quienes, por definición, requieren de una considerable mayor atención personal. Se estima que el costo en cuidados de salud ocupó el 9,8 por ciento de la economía canadiense en el año 2002; la mayor parte de este gasto fue en sueldos, salarios y beneficios.<sup>1</sup> Uno de los indicadores de la intensidad de empleo es el porcentaje del total gastado cargado a los ingresos, el cual fue de 62 por ciento para el sector salud,<sup>2</sup> comparado con el 52 por ciento para la economía de Canadá.<sup>3</sup>

2

Considerando el futuro, el crecimiento del mercado laboral en Canadá decrecerá significativamente.

Verdadero

El período de crecimiento rápido de la fuerza laboral ha terminado. De 1991 a 2001, el crecimiento de la fuerza laboral; fue de 9,5 por ciento.<sup>4</sup> Las proyecciones económicas estiman un crecimiento neto de la fuerza laboral muy pequeño para la segunda mitad de este siglo. La generación de post guerra, en edades de 37 a 55 años, constituían el 47 por ciento de la fuerza laboral en 2001.<sup>5</sup> En unos diez años, la mitad de este grupo tendrá 55 años o más y 18 por ciento será mayor de 60 años.<sup>1</sup> Mientras la generación de post guerra envejece, sus protagonistas se irán jubilando. Aunque continuarán trabajando, muchos reducirán sus horas de trabajo. Sin embargo, no está claro como esta tendencia afectará el sector salud.

3

Las regiones varían considerablemente en el uso de la combinación de las capacidades del personal de enfermería disponibles.

Verdadero

La combinación de personal de enfermería graduado (EG), personal auxiliar de enfermería licenciado (EAL), el personal de enfermería psiquiátrica graduado (EPG), auxiliares no regulados y otros que proporcionan servicios de enfermería a pacientes varía por regiones. Por ejemplo, la tasa de proporción entre EG y EAL en todo Canadá fue de 3,84:1 en 2002.<sup>6-8</sup> Sin embargo, esta tasa varía a través del país: 2,61:1 en la costa atlántica de Canadá; 4,07:1 en Québec; 3,30:1 en Ontario; 4,78:1 en las praderas; y 6,57:1 en la Colombia Británica y los Territorios del Noroeste.<sup>9</sup> (EPG están regulados sólo en las cuatro provincias occidentales.)

4

Cuando los actuales estudiantes matriculados en las escuelas de enfermería se gradúen, la cantidad de estudiantes graduados de enfermería será suficiente para aumentar la población total del personal de enfermería.

Falso

En el año 2001, había aproximadamente 4.500 enfermeros y enfermeras graduados y otros 1.500 enfermeros y enfermeras graduados en el exterior pasaron el examen de EG,<sup>10</sup> totalizando un flujo potencial de 6.000 enfermeros y enfermeras. Aunque esto sugiere que el número total de EG se habría incrementado del año 2000 al 2001, el número de hecho decreció en 1.054 (de 232.566 a 231.512).<sup>11</sup> Es decir, el número del personal de enfermería incorporando a la fuerza de trabajo en el año 2001 no fue suficiente para compensar las salidas netas de la profesión. Además, se espera que el déficit se incremente ya que hay un mayor número de enfermeros y enfermeras acercándose a la jubilación.<sup>12</sup>

5

Hay una proporción más elevada de personal de enfermería trabajando a tiempo parcial que en la fuerza laboral en general.

Verdadero

Aún en la década de los 80, 35 por ciento del personal de enfermería trabajaba a tiempo parcial,<sup>13</sup> muy por encima del promedio del total de la fuerza laboral (14,4 por ciento).<sup>14</sup> En 2002, el 46 por ciento del personal de enfermería trabajaba a tiempo parcial (incluyendo 11,8 por ciento en trabajos ocasionales) y el 54 por ciento del personal de enfermería trabajaba a tiempo completo.<sup>15</sup> La cantidad de EG que trabajaba a tiempo completo se incrementó sólo en 1,2 por ciento entre los años 1985 y 2002, comparado con un 19 por ciento de incremento en el total de enfermeros y enfermeras.<sup>16</sup>

## Afirmación

?

## Évaluación

6

La mayoría de los médicos están remunerados por la práctica de "servicio prestado-servicio pagado."

Verdadero

En el bienio 2000–2001, el 71,9 por ciento de los médicos facturaron bajo el sistema de "servicio prestado-servicio pagado" (SPSP) y el 28,1 por ciento recibieron su pago bajo sistemas alternativos (por salario, por sesiones, per capita).<sup>17</sup>

7

La recuperación de la inversión en la especialización médica es mayor que en la medicina general.

Verdadero

Lleva entre dos y tres años de postgrado para que un médico se gradúe de médico general, y entre cinco y siete años para la especialidad. Sin embargo, la tasa de recuperación se incrementa significativamente para los especialistas. Entre 1999 y 2000, los especialistas ganaron cerca del 50 por ciento más en ingresos netos por pagos SPSP que lo ganado por los médicos generales<sup>18</sup> (gran parte de la diferencia puede ser atribuida a las horas de trabajo<sup>19</sup>). El ingreso también varía de acuerdo al sexo, edad y tipo de especialidad.<sup>20</sup>

8

El número de cargos de residencia médica en Canadá es suficiente para cubrir las necesidades de médicos en el país.

Falso

En la actualidad hay 1.334 cargos de residencia disponibles,<sup>21</sup> exactamente el número esperado de graduados en medicina. Sin embargo, algunos de estos puestos serán comprados por estudiantes en el extranjero que no practicarán en el Canadá.<sup>22</sup> En consecuencia, habrá más graduados de medicina que cargos disponibles. Además, hay pocos cargos disponibles para médicos licenciados que deseen actualizar o cambiar sus especialidades, o para médicos graduados en el exterior para formarse y practicar en el Canadá.

9

Es un desafío constante encontrar médicos suficientes para trabajar en comunidades rurales y remotas.

Verdadero

La tasa de vacantes médicas es más alta en áreas rurales y los médicos especialistas son aún más difíciles de encontrar. A mediados del año 2003, había 593 vacantes para médicos generales (MG) en comunidades rurales y remotas de Ontario.<sup>23</sup> Áreas similares en la Colombia Británica, Alberta y Saskatchewan tienen vacantes para 62,<sup>24</sup> 56<sup>25</sup> y 27<sup>26</sup> doctores, respectivamente, mientras Manitoba y Nueva Escocia tenían vacantes para 11<sup>27</sup> y 19<sup>28</sup> MG, respectivamente. Muchas provincias han creado programas para atraer médicos a las áreas rurales y fuera de las grandes ciudades, ofreciéndoles incentivos, tales como bonos, condonación de deudas y estructuras de pago diferenciales. Sin embargo, estos programas de incentivo han tenido un éxito limitado.<sup>29,30</sup>

10

Muchos médicos emigraron a otros países en la década de los 90, particularmente a los Estados Unidos.

Falso

La "fuga de cerebros" es pequeña, aunque no insignificante. Entre 1980 y 1992, un promedio anual de 0,8 por ciento del capital activo de médicos se mudó fuera del país.<sup>31</sup> Cuando los recortes presupuestarios llegaron a su punto más alto entre 1993 y 1998,<sup>32-34</sup> la tasa promedio de flujo al exterior aumentó a 1,4 por ciento.<sup>31</sup> Sin embargo, la tasa se redujo en un 0,9 por ciento entre 1999 y 2002.<sup>31,35</sup> De hecho, el número de médicos que se mudaron al exterior se redujo de un máximo de 777 en 1993 a 500 en 2002.<sup>35</sup> Además, el número de médicos que regresaron aumentó considerablemente después de 1997. Factores profesionales, como autonomía clínica y profesional, disponibilidad de instalaciones médicas, disponibilidad de trabajo y remuneración son los factores claves en la emigración.<sup>36,37</sup>



# La utilización de los DATOS relativos a la salud de Canadá

La utilización de los datos relativos a la salud de Canadá es una columna regular del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud que destaca algunas de las metodologías comúnmente usadas en el análisis de los datos de salud. Este número se concentra en la construcción de un modelo de oferta de médicos demográficamente rico usando datos de series de tiempo.

## Construcción de un modelo de oferta para los médicos

Kisalaya Basu y Sameer Rajbhandary, División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos, Dirección de Investigación Aplicada y Análisis, Departamento de Información, Análisis y Conectividad, Ministerio de Salud de Canadá

Como se mostró en los artículos anteriores, el desarrollo de una bien informada política de respuesta de recursos humanos (RHSS) requiere de una visión hacia el futuro. Esto significa que hay que desarrollar modelos de planificación y pronóstico que ayuden a cuantificar la oferta y la demanda de RHSS futura y comprueben cuales son los engranajes políticos que puedan ser más efectivos en el equilibrio de estos dos. Este artículo destaca algunos de los datos necesarios para proyectar la oferta de médicos, parcialmente basados en un modelo de oferta de médicos desarrollado por División de Modelaje por Micro simulación y Análisis de Datos (DMMAD) y la Dirección de Investigación Aplicada y Análisis (DIAA).

### Modelo de existencia y flujo: Conceptos clave

Los servicios de salud se prestan a través de la existencia de RHSS que trabaja a cierto nivel de intensidad en el curso de un año. Esta existencia de médicos y otros profesionales de la salud se modela mejor usando un enfoque de existencia y flujo, una forma de modelación común y bien aceptada.

La existencia representa la cantidad en un momento dado, en este caso, la existencia es el número de médicos empleados al final del año. El flujo, por otra parte, representa la cantidad que varía sobre un período de tiempo. La comparación de estos dos parámetros con relación al tiempo muestra los

cambios en la existencia. Estos cambios, o flujo neto, es generalmente una consecuencia de una serie de flujos contribuyentes. Por ejemplo, la existencia de médicos al final de un año en particular, digamos 2004, es igual a la existencia de médicos al final de 2003 más el flujo neto de médicos que entran o dejan el empleo durante 2004. El flujo de salida se puede dividir en jubilaciones, emigraciones y muertes,<sup>1</sup> mientras el flujo de entrada incluye a los inmigrantes, médicos canadienses que regresan del exterior y nuevos médicos egresados de las universidades. La ventaja clave de este flujo desagregable es que se puede dividir en detalles aún más específicos, si los datos lo aceptan, por supuesto, para indagar a fondo los distintos engranajes políticos que afectan el flujo de RHSS.

### Captura de los retrasos y las pérdidas

Los modelos son especialmente útiles para capturar los retrasos y las pérdidas en el flujo. Una retraso crítico es el tiempo que lleva a un estudiante de medicina para graduarse y comenzar a trabajar. Las pérdidas son otras formas de flujo, por ejemplo, la cantidad de estudiantes de medicina que completaron la carrera.

El Modelo de Oferta de Recursos Humanos del Sector Salud (MORHSS) para los médicos ilustra como los modelos toman en cuenta estos retrasos y pérdidas. El modelo comienza con la cantidad de nuevos inscritos en

las escuelas de medicina. La carrera toma cuatro años para titularse como Doctor en Medicina (DM) y 3 por ciento de los estudiantes abandonan la carrera antes de terminarla (este es un valor por defecto basado en las experiencias recientes que puede variar de acuerdo a quien use el modelo). Después de la graduación, los DM escogen una especialidad. Actualmente, 39 por ciento de los DM entran en una residencia en medicina general, 43 por ciento entran en una residencia clínica, y el 18 por ciento restante entran en una residencia quirúrgica. Estas proporciones se han mantenido estables durante los últimos tres años. Sin embargo, hay parámetros en el modelo que pueden ser cambiados para reflejar las evaluaciones tanto de las preferencias de los estudiantes o políticas para orientar a los nuevos graduandos.

También hay pérdidas durante la residencia o al inicio de la práctica. El modelo utiliza dos valores por defecto para esta

La ventaja clave de esta subdivisión de flujos es que se puede dividir en detalles aún más específicos, si los datos lo aceptan, por supuesto, para indagar a fondo los distintos engranajes políticos que afectan el flujo de RHSS.

tasa de abandono, las cuales están también basadas en datos recientes. En primer lugar se asume una tasa de 1 por ciento por abandono durante la residencia, la cual se supone debe ser terminada en dos años para médicos generales, cuatro años para la especialidad clínica y seis años para médicos cirujanos. En segundo lugar se asume una tasa de abandono del 3 por ciento dentro de los primeros cinco años de la práctica profesional. Dicho de otra forma, por cada 100 estudiantes que entran a las escuelas de medicina, 93 estarán todavía ejerciendo la profesión cinco años después de entrar en el ejercicio.

### Las fuentes de datos

En general, Canadá no dispone de datos completos sobre RHSS. Sin embargo, se dispone de datos de alta calidad para los médicos y estos datos pueden servir de modelo para otras profesiones de la salud. La principal fuente de datos es la **Base de Datos Médicos Southam (SMDB)** y el **Registro de Estudios de Postgrado de Medicina de Canadá (CAPER)**. La información sobre estudiantes de medicina está disponible en CAPER, mientras SMDB tiene la información sobre los médicos del Canadá actualizada anualmente, incluyendo una variedad de datos únicos tales como el número de identificación de los médicos, sexo, año de nacimiento, provincia de residencia, código postal, estatus de actividad, especialidad y lugar y año de graduación. Los analistas pueden usar SMDB para rastrear la evolución profesional de un médico, en particular las transiciones dentro de la práctica médica (primera entrada en la base de datos) y diferentes especialidades, períodos de enfermedad, ausencias temporales de la práctica activa.

Finalmente, un modelo requiere también datos sobre la intensidad del trabajo de los médicos, ya que esta es la unidad de medida para la prestación de servicios. Esto se puede medir en términos de equivalencias a tiempo completo (ETC), derivado de la **Base Nacional de Datos Médicos (BNDM)**. Probablemente se necesitan varios médicos a tiempo parcial para igualar un ETC.

### Modelos históricos

El SMDB tiene más de 25 años en datos acumulados. Esta característica cronológica es esencial para construir un modelo donde las proyecciones estén basadas en las tendencias

históricas de todas las variables que componen el modelo de existencia y flujo, tales como la tasa de mortalidad, la tasa de jubilación y la tasa de emigración. Estos modelos permiten a los investigadores probar la sensibilidad de las proyecciones por cada uno de los componentes, algunos componentes son muy importantes, mientras otros pueden ser despreciados.

### Modelos demográficos

El SMDB y CAPER permiten elaborar un modelo demográfico, es decir, uno que represente ambos sexos, todas las edades y lugares.\* Un modelo demográfico es especialmente importante cuando se tiene la mirada puesta en la cantidad de servicios de salud prestados por los médicos. Algunos médicos trabajan intensivamente, otros, quizás no tanto. Esto se obtiene midiendo la oferta (la existencia) en términos de ETC. El número de ETC representado por una cantidad dada de doctores es una función de la edad, especialidad y sexo de los médicos. Por ejemplo, los datos de BNDM muestran que, en promedio por todos los grupos de especialidades, un médico hombre ofrece 25 por ciento más ETC que una doctora. Esto tendrá un impacto en la capacidad total porque la proporción de doctoras ha estado creciendo, especialmente a nivel de entrada. Un modelo demográfico incorpora cambios tales como el anterior.

Las tasas de emigración, jubilación y mortalidad están todas en función de la edad del médico, sexo y especialidad.

\*La variable de ubicación permite a DMMAD estimar la migración interprovincial esencial para construir un modelo de oferta de médicos a nivel provincial, el cual está actualmente en desarrollo.

Figura 1: Tasa de mortalidad de los médicos, por grupos de edad, 1977 a 2002

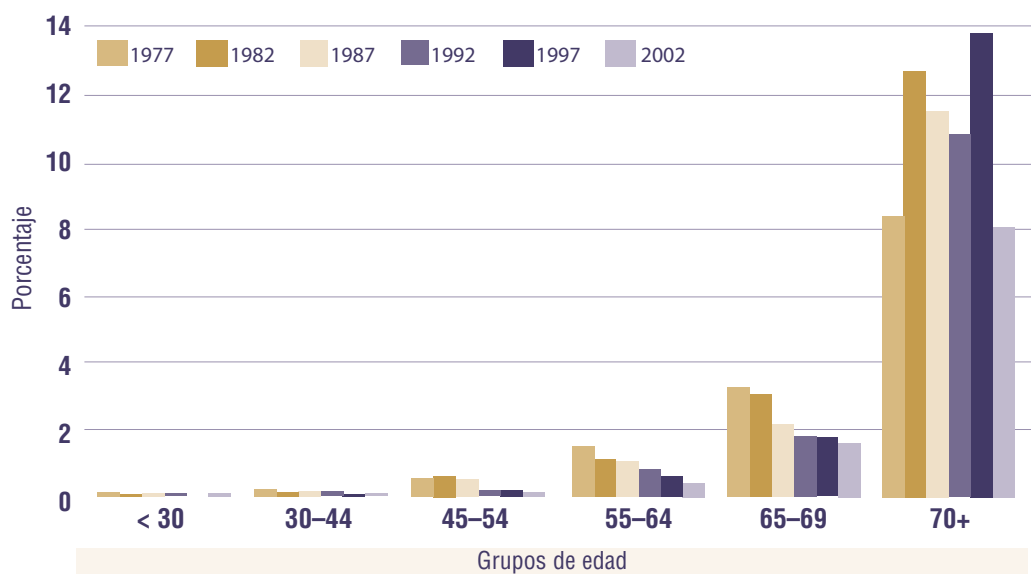
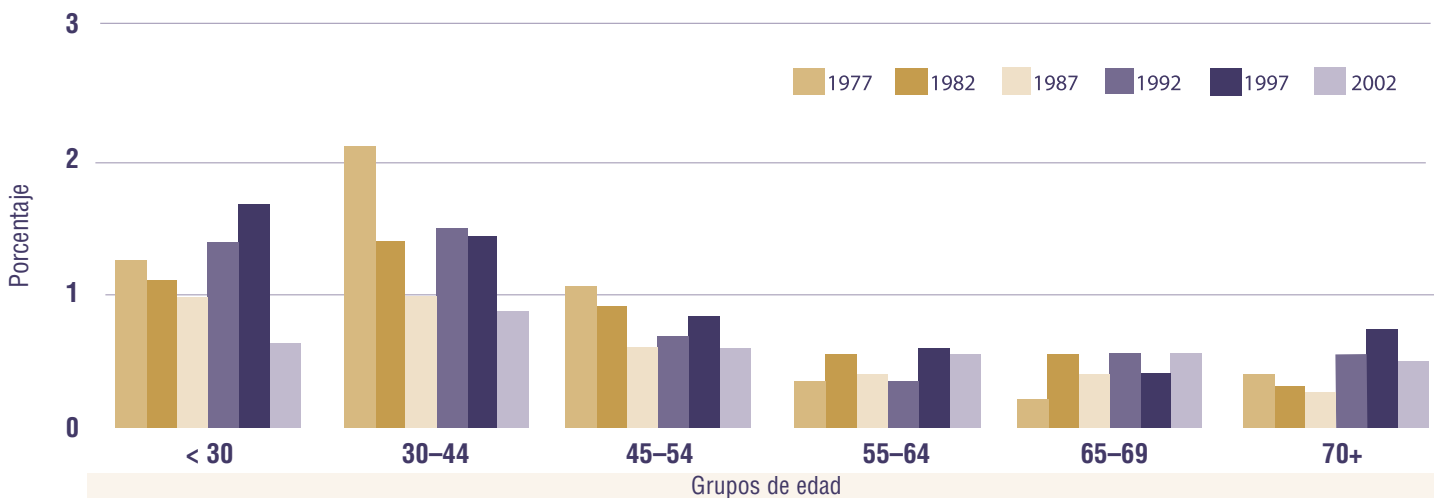


Figura 2: Tasa de emigración de médicos, por grupos de edad, 1977 a 2002



Por ejemplo, un médico de 37 años raramente se jubila. Como resultado, las tasas de jubilación, mortalidad y emigración, en general para la existencia actual de médicos serán diferente de aquellas de hace dos décadas, cuando los médicos de la generación de post guerra eran más jóvenes. En particular, la tasa de jubilación se incrementará considerablemente dentro de las dos décadas siguientes, aunque la tasa actual de jubilación se ha mantenido estable en los últimos 25 años.

El análisis del modelo proporciona información sobre que suposiciones, de hecho, importan para las proyecciones. La Figura 1 muestra la distribución histórica por edad de la tasa de mortalidad de los doctores. A primera vista, pareciera que la tasa más alta de mortalidad para médicos de 65 años o más fuese un parámetro importante en cualquier proyección. La verdad es que no lo es, debido a que la mayoría de los médicos de 65 años o más ya están jubilados y aquellos que todavía trabajan no lo hacen intensamente. Sorpresivamente, la suposición acerca de la tasa de mortalidad de los médicos en edades de 45 a 64 años, si es importante. Cada año, 0,20 por ciento de este grupo muere y hay cinco veces más médicos en este grupo de edad que el grupo que está por encima de los 64 años. Además, los grupos de edad más jóvenes ofrecen un promedio de 42 por ciento más de ETC. Por lo tanto una subestimación o sobrestimación de la tasa de mortalidad entre los 45 y 64 años tendrá un impacto considerablemente más alto en el total de la oferta de ETC del impacto que podría tener en el grupo de médicos mayores de 65 años.

Las tendencias emigratorias son aún más importantes. La Figura 2 muestra la distribución histórica de la tasa de emigración de los médicos por edades. La emigración es la mayor fuente de salida de la existencia de médicos hasta la edad de 54 años, aunque es evidente una baja en esta tendencia en los próximos años. Sin embargo, la

tasa de emigración de los médicos por encima de los 55 años se ha mantenido estable en los últimos 25 años.

### Conclusión

El modelo descrito anteriormente es complejo sólo en el sentido de la riqueza en los detalles demográficos sobre sexo y edad. Debido a que los datos cronológicos de SMDB cubren un largo período de tiempo, los analistas pueden con facilidad determinar las tendencias de la población médica de acuerdo a las distintas edades, sexo, emigración, jubilación y muerte. El modelo también muestra como evolucionan estas tendencias a través del tiempo, información crucial para elaborar las proyecciones acerca de la oferta efectiva de médicos en las próximas dos décadas.

Desafortunadamente, no se disponen de datos comparativos para otros componentes de RHSS, tales como el personal de enfermería. Por lo tanto, el modelaje de estos componentes está restringido a la necesidad de construir una descripción de la existencia en función de una base o un año de inicio y luego estimar las relaciones de flujo para las siguientes dos décadas, sin entender las tendencias del grupo, como por ejemplo, las prácticas, emigraciones y cambios de profesión durante las décadas anteriores. Los datos adicionales facilitan el análisis, no lo complican. 🌀

### Agradecimientos

Un agradecimiento especial a Cliff Halliwell por sus tan perspicaces comentarios y al trabajo hecho por Jaime Cáceres, Teklay Messele, Ronald Wall y Lori Brazeau en la primera versión del modelo. También queremos dar las gracias a Jeremy Karn y a Aakarsh Nair por su invaluable colaboración en la investigación y a Stéphane L. Paré y Timothy Liszak.

Nota: Los datos conceptuales que han servido para la creación del modelo de oferta de médicos de DIAA se pueden encontrar en la siguiente dirección <<http://www.hc-sc.gc.ca/arad-draa>>.

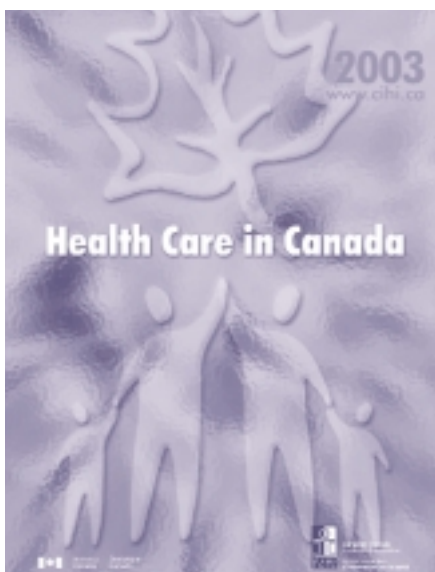
@ Pulse aquí para obtener referencias.



**N**oticias de interés es una columna regular del Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud que destaca las noticias de interés en el campo de la investigación de las políticas del sector salud.

## La atención de la salud en el Canadá de 2003

El Instituto Canadiense de Información de la Salud (CIHI) publicó recientemente su cuarto informe anual sobre el sistema de salud de Canadá. *Health Care in Canada 2003* se concentra principalmente en la atención de la salud, los recursos humanos del sector salud, gastos, salud pública y los resultados en la atención en los hospitales. Un informe que acompaña al anterior, *Health Indicators 2003*, proporciona información nueva y actualizada en 27 indicadores clave de salud y servicios de salud para 77 regiones en el Canadá representando aproximadamente el 95 por ciento de la población. Si desea más información acerca de estos informes, visite la página Web: <<http://www.cihi.ca>> o póngase en contacto con: <[kleebs@cihi.ca](mailto:kleebs@cihi.ca)>.



## Cambios del clima y evaluación de la salud en 2005

De acuerdo al Panel de Expertos en Cambios del Clima de la Universidad de Ottawa, que se llevó a cabo en abril del 2002, los cambios climatológicos resultarán en un costo significativo para la sociedad canadiense, incluyendo incrementos en el costo de la salud y pérdida de productividad y bienestar. Para entender mejor estos impactos, la Oficina de Cambios Climáticos y Salud del Ministerio de Salud de Canadá ha lanzado una Evaluación Nacional de Cambios Climáticos y Salud. Esta evaluación es parte de la Evaluación Nacional del Impacto de los Cambios Climáticos, el cual fue diseñado para ayudar a los expertos a entender mejor la vulnerabilidad de los canadienses ante los cambios del clima y estimar la capacidad de los canadienses y sus instituciones para adaptarse a los riesgos y variabilidad. Para mayor información visite la página Web: <[http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccho/policy\\_development.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/ccho/policy_development.htm)> o póngase en contacto con: <[climatinfo@hc-sc.gc.ca](mailto:climatinfo@hc-sc.gc.ca)>.

## Atención internacional a la población vulnerable

Una Junta Internacional de Debate Sobre la Reducción de las Disparidades de Salud y Para Promover la Equidad de las Poblaciones Vulnerables tuvo lugar en Ottawa del 21 al 23 de septiembre del 2003. Organizado por el Instituto Canadiense de Investigación de la Salud en colaboración con el Ministerio de Salud de Canadá y otras partes interesadas, el evento produjo una serie de documentos de síntesis en asuntos relacionados con el sexo, la salud de los inmigrantes y refugiados, los incapacitados, y los desamparados, los aborígenes y los analfabetos. Para obtener copias de estos documentos,

póngase en contacto con:  
<[igah@cihr-irsc.gc.ca](mailto:igah@cihr-irsc.gc.ca)>.

## Una herramienta de evaluación del riesgo en la selección de la sangre

Una evaluación de riesgo conducida por el Sistema de Rastreo de Sepas Virales de Hepatitis del Ministerio de Salud de Canadá (SRSVH) fue utilizada para desarrollar las recomendaciones en la política de Aduana e Inmigración de Canadá (AIC) para el escrutinio de la hepatitis B en las personas que entran al país. Para mayor información acerca de la evaluación, la cual se titula *Decision Analysis: Effective Hepatitis B*

*Screening of New Entrants to Canada, Based on a One-Year Cohort of Immigrants*, o para obtener copias en inglés del documento, contacte a Susan ElSaadany por teléfono al (613) 952-6925.

## Enlace entre la promoción de la salud y la salud de la población

El Departamento de Población y Salud Pública del Ministerio de Salud de Canadá en la región de Manitoba y Saskatchewan, publicó un cuaderno de trabajo titulado *How Programs Affect Population Health Determinants: A Workbook for Better Planning and Accountability*. El cuaderno ayuda a las partes interesadas a entender



como las actividades de promoción de la salud pueden contribuir a los cambios de los determinantes de la salud de la población. Se puede emplear para desarrollar y mejorar programas futuros, tomar en cuenta los programas existentes y demostrar el impacto a largo plazo de la promoción de la salud en los determinantes de la salud.

El cuaderno de trabajo está disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/phdd>>.

## Rastreo de afectaciones por transfusión sanguínea

La División de Rastreo de Seguridad Sanguínea y Atención Sanitaria por Infecciones Adquiridas del Ministerio de Salud de Canadá está apoyando el desarrollo de un Sistema Rastreo de Afectaciones por Transfusión Sanguínea (SRATS.) El sistema fue establecido en 1999 como proyecto piloto en cuatro provincias para evaluar el riesgo asociado con la transfusión de sangre en Canadá. Las provincias trabajaron con el Ministerio de Salud de Canadá, el servicio de Sangre de Canadá y HÉMA-QUÉBEC para establecer definiciones estándar, una planilla de informe, elementos de datos y condiciones para un informe de datos nacionales. Al terminar el proyecto piloto en 2002, el SRATS fue expandido a un sistema de vigilancia nacional. Los planes para mejorar los alcances del sistema incluyen la integración adicional de datos sobre errores ocurridos durante la transfusión de sangre y el desarrollo de datos de enlace entre las bases de datos de la salud pública. El informe del progreso del proyecto entre 2001 y 2002 está disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/hcai-iamss/ttiit>>.

## Mejoramiento de la salud de los canadienses

La Iniciativa de Salud de la Población Canadiense (CPHI) ha publicado el número inaugural de *Improving the Health of Canadians 2004*, en el cual se sintetiza la evidencia de los determinantes de la salud, incluyendo trabajos de investigación inéditos. El mismo destaca cuatro perspectivas diferentes en la salud de la población:

los ingresos y la salud; el desarrollo de la niñez; la salud de los aborígenes; y la obesidad. El informe se publicará cada dos años y discutirá varios temas. Para tener acceso al informe vaya a: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_39\\_E&cw\\_topic=39&cw\\_rel=AR\\_322\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_39_E&cw_topic=39&cw_rel=AR_322_E)>.

## Apoyo para la investigación de las políticas de salud

El Programa de Investigación de las Políticas de Salud del Ministerio de Salud de Canadá (PIPS) financia investigaciones extra-muros revisadas por colegas, que contribuyen a la base de evidencia para las decisiones de políticas del departamento. PIPS apoya un gran número de iniciativas incluyendo: la investigación de síntesis primaria y secundaria, y talleres de investigación de políticas. Se han financiado 22 iniciativas desde que se creó el programa en el 2001. Más adelante se describen brevemente cuatro proyectos terminados recientemente. Para mayor información sobre estos proyectos, visite la página Web: <<http://www.hc-sc.gc.ca/iac-dgiac/arad-draa/english/rmdd/finalreport/reportindex.html>>.

## Servicios de atención a la salud para niños y jóvenes (Dr. Terry Klassen, Universidad de Alberta)

En esta iniciativa, los investigadores de la Universidad de Alberta revisaron sistemáticamente los estudios para determinar como la relación entre volumen — resultado afectaba al resultado del paciente y a la utilización de los servicios de salud. Este tipo de relación supone que mientras más se realice un proceso o se trate a un tipo de paciente, mayor será la competencia y experiencia que tendrán en el tratamiento los médicos y el hospital. El descubrimiento muestra que la relación volumen — resultado existe en la mayoría de los casos de atención médica de niños y jóvenes, pero puede depender del procedimiento o de la especialidad pediátrica en particular implicada.

## La conceptualización y la medición de la capacidad de la comunidad (Dr. James Frankish, Universidad de la Colombia Británica)

Este estudio revisó y evaluó la base de evidencia actual basada en la conceptualización y medición de la capacidad de la comunidad. Un marco de la capacidad de la comunidad organiza a las características de la capacidad de la comunidad en tres niveles (individual, organizacional y comunitario) y a través de cuatro dimensiones (contexto, recursos, actividades y resultados.) A pesar de la falta





de consenso en la literatura sobre temas de medición, el estudio demostró que se han propuesto o usado un amplio rango de tipos diferentes de indicadores para medir la capacidad de la comunidad.

### La medición de la capacidad de la comunidad: Agenda de investigación (Neale Smith, Región Sanitaria David Thompson, Alberta)

El creciente énfasis que se ha puesto en la capacidad de la comunidad en la promoción de la salud ha sido el ímpetu que motivó una revisión completa de la literatura en esta área. Titulada *Measuring Community Capacity: State of the Field Review and Recommendations for Future Research*, (Medición de la capacidad de la comunidad: Estado de la revisión en esta área y recomendaciones para investigaciones futuras), esta revisión identifica 11 temas clave y cuatro vacíos importantes en la literatura acerca de este campo y propone un plan para las investigaciones futuras.

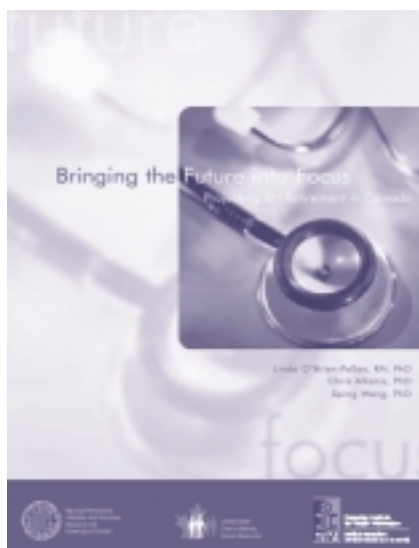
### Taller de servicios de intervención temprana para niños con necesidades especiales (Dr. Mary Lyon, Universidad Monte San Vicente)

El Equipo de Trabajo para la Intervención Temprana, el cual forma parte del Centro de Excelencia para Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales, sostuvo un taller de dos días sobre servicios de intervención temprana para niños pequeños con necesidades especiales. Los participantes al taller revisaron las políticas y prácticas provinciales y territoriales actuales; identificaron las prioridades para investigaciones futuras y establecieron recomendaciones para mejorar las condiciones de la intervención temprana. El seguimiento de las recomendaciones, requerirá recolectar datos bases en niños y familias que requieran los servicios de intervención temprana, para establecer un banco de datos de las herramientas de evaluación, programas de formación de profesionales implicados en los servicios de intervención y, desarrollar un conjunto de redes y definiciones comunes de comunicación para distribuir la información. 🌐

### ► ¿Quién hace qué? Viene de la página 33

como construir una fundación de mejores datos de RHSS sobre los que se puedan tomar decisiones basadas en dicha información.

La Iniciativa del Mapa Vial era un plan de acción de cuatro años para modernizar el sistema de información de salud del Canadá. Conducido por CIHI, fue un esfuerzo en colaboración con el Ministerio de Estadísticas y otros grupos a nivel nacional, regional y local. Se diseñaron programas de “mapa vial” para complementar y desarrollar iniciativas que ya están en camino, o en desarrollo, a todos los niveles. Por ejemplo, que una de los vacíos identificados en RHSS fue la oferta completa y distribución de información para las distintas profesiones de enfermería reguladas. Trabajando en conjunto con las autoridades reguladoras de la enfermería, CIHI condujo el desarrollo de la Base de Datos del Personal de Enfermería Auxiliar Licenciado (BDEAL) y el Personal de Enfermería Psiquiátrica Graduado (BDEPG). En el 2003, CIHI hizo las primeras publicaciones de ambos, BDEAL y BDEPG. Estas dos nuevas publicaciones pasan a complementar la publicación anual de CIHI de la Base



de Datos del Personal de Enfermería Graduado (BDEG). Desarrollado sobre una base de normas de información nacional, el sistema de BDEG proporciona una base para los resultados de políticas relevantes tales como el informe *Bringing the Future into Focus: Projecting RN Retirement in Canada* (El enfoque del futuro: Como proyectar las jubilaciones de EG en Canadá).

### Con la mirada en el futuro

Las actividades a nivel nacional para el año venidero se concentrarán en el desarrollo de datos para un rango más amplio del personal de la salud. Con el apoyo del Ministerio de Salud de

Canadá y el Comité Consultivo sobre la Prestación de Salud y Recursos Humanos, CIHI comenzó recientemente el Proyecto de Organización de Datos Mínimos de RHSS, el cual apoyará la creación de un conjunto completo de datos mínimos a nivel nacional que guiará las actividades de desarrollo de datos de RHSS en Canadá. 🌐

@ Pulse aquí para obtener referencias.

# Marque su calendario



¿Qué?	¿Cuándo?	Tema
7 <sup>ma</sup> Conferencia Mundial sobre la Prevención de los Traumatismos y la Promoción de la Seguridad	Viena, Austria del 6 al 9 de junio del 2004 < <a href="http://www.safety2004.info">http://www.safety2004.info</a> >	Análisis de los aspectos de prevención, control e investigación relacionada con la violencia, el suicidio, los traumatismos no intencionales y la seguridad.
95 <sup>ta</sup> Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública	St. John's, Terranova del 13 al 16 de junio del 2004 < <a href="http://www.cpha.ca/english/conf/95thAnl/95conf.htm">http://www.cpha.ca/english/conf/95thAnl/95conf.htm</a> >	Creación y mejoramiento de enlaces entre investigación, políticas y prácticas.
5 <sup>ta</sup> Conferencia Internacional sobre la Salud Cardiovascular	Milán, Italia del 13 al 16 de junio del 2004 < <a href="http://www.g8cardio.org/5IHH">http://www.g8cardio.org/5IHH</a> >	Posicionamiento de la tecnología para la salud cardiovascular mundial.
Conferencia sobre la Resistencia Antimicrobiana 2004	Bethesda, Maryland del 28 al 30 de junio del 2004 < <a href="http://nfid.org/conferences/resistance04/">http://nfid.org/conferences/resistance04/</a> >	Discusión sobre la ciencia, prevención y control de la resistencia antimicrobiana.
6 <sup>to</sup> Congreso Mundial sobre el Envejecimiento y la Actividad Física	London, Ontario del 3 al 7 de agosto del 2004 < <a href="http://www.uwo.ca/actage/wcaca">http://www.uwo.ca/actage/wcaca</a> >	Compartir los últimos adelantos en el área del envejecimiento y la actividad física, e introducir los métodos más recientes en el desarrollo, implementación y evaluación de los programas de actividades físicas para los adultos en la tercera edad.
La Genética y la Salud de la Población	Perth, Australia Occidental del 8 al 10 de agosto del 2004 < <a href="http://www.geneticsandpopulationhealth.com">http://www.geneticsandpopulationhealth.com</a> >	Examen de como el compartir y dirigir la recolección de información genética puede mejorar la salud en países en vías de desarrollo.
La promoción del Desarrollo de la Resiliencia en niños que reciben cuidados médicos: 6 <sup>ta</sup> Conferencia de Atención a los Niños, y 5 <sup>to</sup> Simposio Nacional sobre el Bienestar Infantil	Ottawa, Ontario del 16 al 19 de agosto del 2004 < <a href="http://www.cwlc.ca">http://www.cwlc.ca</a> >	Examen de la teoría de resiliencia y sus aplicaciones en el trabajo con niños, familias y comunidades vulnerables.
La Salud Reproductiva 2004	Washington, DC del 8 al 11 de septiembre de 2004 < <a href="http://www.arhp.org/rh2004/index.cfm">http://www.arhp.org/rh2004/index.cfm</a> >	Exploración de los nuevos adelantos en el campo de la salud reproductiva, incluyendo el aborto, la contracepción, la menopausia, y las enfermedades de transmisión sexual.
Conferencia Norteamericana sobre el Síndrome del Bebé Sacudido	Montreal, Québec del 12 al 15 de septiembre del 2004 < <a href="http://www.dontshake.com">http://www.dontshake.com</a> >	Este programa contiene temas e investigación aplicable a todas las partes interesadas y oportunidades para el diálogo y la creación de redes de contacto.
9 <sup>na</sup> Conferencia Internacional sobre la Violencia Familiar	San Diego, California del 19 al 22 de septiembre del 2004 < <a href="http://www.fvsai.org/">http://www.fvsai.org/</a> >	Prevención de la violencia familiar, intervención e investigación en las áreas de maltrato infantil, violencia marital y el abuso a los ancianos.

# Referencias

## Referencias para *Perfil de los trabajadores de la salud en Canadá* (p. 8)

- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *National Health Expenditure Trends 1975–2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_104\\_E&cw\\_topic=104&cw\\_rel=AR\\_31\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_104_E&cw_topic=104&cw_rel=AR_31_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2004). *Health Personnel Trends in Canada, 1993 to 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=AR\\_21\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_21_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2002). *Health Personnel in Canada, 1991 to 2000*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_67\\_E&cw\\_topic=67&cw\\_rel=AR\\_21\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_67_E&cw_topic=67&cw_rel=AR_21_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2000). *Health Personnel in Canada, 1988–1997*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_66\\_E&cw\\_topic=66&cw\\_rel=AR\\_21\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_66_E&cw_topic=66&cw_rel=AR_21_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (1999). *Supply and Distribution of Registered Nurses in Canada, 1999*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_89\\_E&cw\\_topic=89&cw\\_rel=AR\\_20\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_89_E&cw_topic=89&cw_rel=AR_20_E)>.
- Ministerio de Salud de Canadá. (1990). *Health Personnel in Canada 1990*. Ottawa, ON: Salud y Bienestar Social de Canadá.
- Ministerio de Salud de Canadá. (1991). *Health Personnel in Canada 1991*. Ottawa, ON: Salud y Bienestar Social de Canadá.
- Ministerio de Salud de Canadá. (1992). *Health Personnel in Canada 1992*. Ottawa, ON: Ministerio de Salud y de Bienestar Social de Canadá.
- Dirección General de Estadísticas de Canadá. CANSIM. Matriz 6367.
- Ministerio de Salud de Canadá. (2003). Atención a la salud complementaria y alternativa: ¿La otra corriente dominante? *Health Policy Research Bulletin*, 7. Disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/bulletin.html>>.
- Carr, J. (2003). Recursos Humanos en Materia de Salud: El Papel del Sector Voluntario en el Ministerio de Salud de Canadá, *The Voluntary Health Sector: Looking de the Future of Canadian Health Policy and Research Part I*, Series de documentos de trabajo sobre las políticas de salud, documento 02-09, de febrero del 2003 (pág. 2–12) Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacob-dgiac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_47\\_E&cw\\_topic=47&cw\\_rel=AR\\_14\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_47_E&cw_topic=47&cw_rel=AR_14_E)>.
- Canadian Post-M.D. Education Registry (“Registro Canadiense de Educación de postgrado Médico”) (CAPER) Disponible en: <<http://www.caper.ca>>.
- Centro de Investigación Décima. (2003). Encuesta encargada por “El Colegio de Médicos de Familia del Canadá (CMFC), octubre 2003.
- “El Colegio de Médicos de Familia del Canadá”. (2002). *Updated Data Release of the 2001 National Family Physician Workforce Survey*. Mississauga, ON: Autor.
- Asociación Médica Canadiense. (1999). *Resultados del modelo de Physician Resource Evaluation Template*. Extraído en el 1999 de <[http://www.cma.ca/cma/common/displayPage.do?pageId=/staticContent/HTML/N0/12/who\\_we\\_are/medicare/Towards/tsld013.htm](http://www.cma.ca/cma/common/displayPage.do?pageId=/staticContent/HTML/N0/12/who_we_are/medicare/Towards/tsld013.htm)>.
- Thurber, D. (2001). ¿Toma más tiempo terminar los estudios de postgrado de medicina en Canadá? La edad y el tiempo de formación de la reciente horda de nuevos médicos. Presentación de Afiches en la Conferencia Anual de la Asociación de Colegios Médicos Canadienses (*Association of Canadian Medical Colleges Annual Conference*, abril 2001, Toronto, Ontario. Ver también el sitio Web del “Registro Canadiense de Educación de postgrado Médico” (CAPER): <<http://www.caper.ca/Pages/PnP.html>> — Documentos y Presentaciones, #6.
- Chan, B.T.B. (2002). *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada’s Physician Workforce in the 1990s?* Ottawa, ON: Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_56\\_E&cw\\_topic=56&cw\\_rel=AR\\_181\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_56_E&cw_topic=56&cw_rel=AR_181_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Psychiatric Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_222\\_E&cw\\_topic=222&cw\\_rel=AR\\_1046\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_222_E&cw_topic=222&cw_rel=AR_1046_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_90\\_E&cw\\_topic=90&cw\\_rel=AR\\_20\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_90_E&cw_topic=90&cw_rel=AR_20_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Licensed Practical Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_91\\_E&cw\\_topic=91&cw\\_rel=AR\\_365\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_91_E&cw_topic=91&cw_rel=AR_365_E)>.
- Asociación de Enfermeros y Enfermeras Canadienses. (junio, 2003). *Fact Sheet on RN Education*. Ottawa, ON: Autor.
- O’Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Wang, S., Birch, S., Tomblin Murphy, G., Roy, F.A., & Sajan, P. (2003). Jubilación temprana entre EG: Estimación de la magnitud del problema en Canadá. *Longwoods Review*, 1(4). Disponible en: <<http://www.longwoods.com/LReview/LR14/LR14LOPallas.html>>.

24. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Health Care in Canada, 2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_27\\_E&cw\\_topic=27&cw\\_rel=AR\\_43\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_27_E&cw_topic=27&cw_rel=AR_43_E)>.

### Referencias para Déficit laboral: Una cuestión de oferta y demanda (p. 12)

- Chan B.T.B. (2002). *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990s?* Ottawa, ON: Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_56\\_E&cw\\_topic=56&cw\\_rel=AR\\_181\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_56_E&cw_topic=56&cw_rel=AR_181_E)>.
- Grupos de expertos en recursos médicos. (1996). *PCCAR, Reports, An Interim Guide for Physician Resource Planning in Ontario*. Toronto, ON: Ministerio de Salud de Ontario.
- Ministerio de Salud de Canadá. (2001). *Health Policy Research Bulletin, 3*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa/english/rmdd/bulletin/bulletin.html>>.
- Romanow, R. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Ottawa, ON: Comisión sobre el futuro de la atención de la salud en Canadá.
- Kirby, M. (2002). *The Health of Canadians — The Federal Role: Final Report on the State of the Health Care System in Canada*. Ottawa, ON: Comité Senatorial Permanente sobre Asuntos Sociales, Ciencia y Tecnología.
- Asociación Canadiense de Personal de Enfermería. (2002). *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections, June 2002*. Ottawa, ON: Autor.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_90\\_E&cw\\_topic=90&cw\\_rel=AR\\_20\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_90_E&cw_topic=90&cw_rel=AR_20_E)>.
- Comité Asesor de Enfermería Canadiense. (2002). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses, Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Ottawa, ON: Comité Asesor sobre Recursos Humanos del Sector Salud y Ministerio de Salud de Canadá.
- Asociación de Colegios Médicos de Canadá. (2003). *Canadian Medical Education Statistics 2003*. Ottawa, ON: Autor.
- Colegio de Médicos de Familia del Canadá. (2003). *Backgrounder: National Poll*. Extraído el 6 de febrero del 2004, de <<http://www.cfpc.ca/English/cfpc/communications/news%20releases/03%20national%20poll%20backgrounder/default.asp?s=1>>.
- Hawaleshka, D. (8 de diciembre de 2003). The Doctor Is In ... Pain. *Revista Macleans*.
- La Asociación Canadiense de Radiólogos. (2001). Acceso oportuno a la atención de calidad — la obligación del gobierno, el derecho de los canadienses. *CAR Forum 2001*, 45(3), 3–4.

13. Asociación Canadiense de Terapeutas Ocupacionales. (2001). *Report on the Education, Supply and Distribution of Occupational Therapists in Canada*. Ottawa, ON: Autor.

14. Goldsand, G., & Thurber, D. (2003). La Superposición de las Funciones de los Médicos de Cuidados Primarios, Especialistas Generales y Sub-especialistas — La Perspectiva Canadiense. Documento presentado en la *7th Annual Conference of the International Medical Workforce Collaborative*, septiembre 2003, Oxford, Inglaterra.

15. Goldsand, G. (2004). Presentación a la Asociación de Colegios Médicos de Canadá, 26 de abril del 2004, Halifax, Nueva Escocia.

16. Asociación Canadiense de Personal de Enfermería. (1997). *The Future Supply of Registered Nurses in Canada*. Ottawa, ON: Autor.

17. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2002). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_47\\_E&cw\\_topic=47&cw\\_rel=AR\\_14\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_47_E&cw_topic=47&cw_rel=AR_14_E)>.

18. Consejo Consultor Nacional sobre el Envejecimiento. (2003). *Interim Report Card: Seniors in Canada 2003*. Ottawa, ON: Autor.

19. Comité Asesor del Ministerio de Salud de Canadá sobre los Grupos de Trabajo Aliados a Recursos Humanos del Sector Salud. (2001). *An Environmental Scan of the Human Resource Issues Affecting Medical Laboratory Technologists and Medical Radiation Technologists 2001*. Ottawa, ON: Autor.

### Referencias para Impacto de los cambios demográficos sobre RHSS (p. 17)

- Denton, F.T., Gafni, A., & Spencer, B.G. (1993). El sistema de computadoras SHARP — Una herramienta para la planificación de recursos en el sector salud. En M. Malek, J. Rasquinha & P. Vacani (Eds.), *Strategic Issues in Health Care Management* (pág. 45–56). Mississauga, ON: John Wiley & Sons Ltd.
- Denton, F.T., Gafni, A., & Spencer, B.G. (junio, 1995). El estilo SHARP para la planificación de los servicios de atención de salud: Una descripción del sistema y algunas aplicaciones ilustrativas en la planificación de recursos humanos de enfermería. *Socio-Economic Planning Sciences*, 29(2), 125–137.
- Basu, K. (2003). *Projection of Demand for Physicians in Nova Scotia, 2000–2025*. Ottawa, ON: División de Modelación por Microsimulación y Análisis de Datos (DMMAD), Ministerio de Salud de Canadá.
- Wall, R., & Basu, K. (2003). *Registered Nurses Demand Projection Model for Alberta 2000–2030: Methodology*. Ottawa, ON: División de Modelación por Microsimulación y Análisis de Datos (DMMAD), Ministerio de Salud de Canadá.

## Referencias para *Mejores condiciones de trabajo: Como enfrentar la creciente demanda de personal de enfermería* (p. 23)

- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Licensed Practical Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_91\\_E&cw\\_topic=91&cw\\_rel=AR\\_365\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_91_E&cw_topic=91&cw_rel=AR_365_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_90\\_E&cw\\_topic=90&cw\\_rel=AR\\_20\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_90_E&cw_topic=90&cw_rel=AR_20_E)>.
- Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Psychiatric Nurses in Canada, 2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_222\\_E&cw\\_topic=222&cw\\_rel=AR\\_1046\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_222_E&cw_topic=222&cw_rel=AR_1046_E)>.
- Basu, K., & Wall, R. (marzo, 2003). *Estimating the Full-Time Equivalency of RNs in the Canadian Workforce*. Documento Interno. Ottawa, ON: Ministerio de Salud de Canadá.
- Gunderson, M., & Riddell, W. (2000). La Naturaleza Cambiante del Trabajo: Implicaciones para la Políticas Públicas. En W. Riddell & F. St.-Hilaire (Eds.), *Adapting Public Policy to a Labour Market in Transition*. Montreal, QC: Instituto de Investigación Sobre Políticas Públicas, Prensa de la Universidad McGill-Queen.
- Lafer, G., Moss, H., Kirtner, R., & Rees, V. (mayo, 2003). *Solving the Nursing Shortage: Best and Worst Practices for Recruiting, Retaining and Recouping of Hospital Nurses*. Universidad de Oregón: Educación Sindical y Centro de Investigaciones.
- Comité Asesor de Enfermería Canadiense. (2002). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses, Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Ottawa, ON: Comité Asesor sobre Recursos Humanos del Sector Salud y del Ministerio de Salud de Canadá.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A.M., & Shamian, J. (mayo/junio, 2001). Informes de enfermería sobre la atención hospitalaria en cinco países. *Health Affairs*, 20(3), 43–53.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vezina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001). *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, ON: Fundación Canadiense de Investigación Sobre los Servicios de Salud y (The Change Foundation) "Fundación para el Cambio".
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., & Bruce, S. (2001, Spring). El impacto económico de las decisiones acerca del personal de enfermería: ¿Es tiempo de rechazar otra vía? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42–50.
- Birch, S., O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Tomblin Murphy, G., & Thomson, D. (octubre, 2003). Más allá de los cambios demográficos en la planificación de Recursos Humanos del Sector Salud: Un marco extendido y de aplicación en la enfermería. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(4), 225–229.
- Buerhaus, P., Needleman, J., Mattke, S., & Stewart, M. (septiembre/octubre, 2002). Fortalecimiento de la enfermería en los hospitales. *Health Affairs*, 21(5), 123–132.
- Thomson, D., Dunleavy, J., & Bruce, S. (2002). *Nurse Job Satisfaction — Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace*. Informe llevado a cabo por el Comité Asesor de Enfermería Canadiense. Ottawa, ON: Comité Consultivo sobre Recursos Humanos del Sector Salud y del Ministerio de Salud de Canadá.
- Newman, K., & Maylor, U. (mayo, 2002). El plan NHS: satisfacción del personal de enfermería, estrategias de compromiso y retención. *Health Services Management Research*, 15(2), 93–105.
- Shamian, J., O'Brien-Pallas, L., Kerr, M., Koehoorn, M., Thomson, D., & Alksnis, C. (Octubre, 2001). *Effects of Job Strain, Hospital Organizational Factors and Individual Characteristics on Work-Related Disability among Nurses*. Informe final presentado a la Junta de Seguros y Seguridad Laboral de Ontario, ON: La Junta de Seguros y Seguridad Laboral de Ontario.
- "Centro Sindical y Patronal de Canadá" (Wortsman, A., & Lockhead, C. Investigadores Directores). (2002). *Full-time Equivalents and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-time Employment in the Nursing Profession*. Informe llevado a cabo por el Comité Asesor de Enfermería Canadiense. Ottawa, ON: Comité Consultivo sobre Recursos Humanos del Sector Salud y del Ministerio de Salud de Canadá.
- "La Comisión Auditora para las Autoridades Locales y el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra y Gales" (The Audit Commission for Local Authorities and the National Health Service in England and Wales). (1997). *Finders, keepers — the management of staff turnover in NHS trusts*. Abingdon, Oxfordshire: The Audit Commission.
- Irvine, D., & Evans, M. (julio/agosto, 1995). Satisfacción laboral y rotación entre el personal de enfermería: integración de los logros investigativos en los diferentes estudios. *Nursing Research*, 44(4), 246–253.
- O'Brien-Pallas, L., & Shamian, J. (Investigadores Directores), con Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., Laschinger, H., Stone, P., & Griffin, P. (2003). Un análisis internacional del costo y el impacto de la rotación de personal en la seguridad de los pacientes y productividad del personal de enfermería: Hallazgos preliminares. Documento presentado en la *5th Joint National Conference on Quality in Health Care*, 13–14 de febrero del 2003, Toronto, Ontario.
- Organización Estadounidense de Personal de Enfermería Ejecutivo. (2002). *Acute Care Hospital Survey of RN Vacancy and Turnover Rates*. Washington, DC: Autor.

21. Buchan, J., & Seccombe, I. (1991). Costo de la rotación del personal de enfermería: una revisión para el Real Colegio de Enfermería: *IMS Report No. 212*. Universidad de Sussex, Brighton, Inglaterra: Instituto de Estudios de Recursos Humanos (Institute of Manpower Studies).
22. Gray, A., & Normand, C. (1990). Costos Ocultos de la Rotación. *Health Service Journal*, 100, 1646–1647.
23. Gauci Borda, R., & Norman, I.J. (diciembre, 1997). Factores que influyen en la rotación y en las ausencias de las enfermeras: una revisión investigativa. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6), 385–394.
24. Blegen, M.A. (1993). La satisfacción laboral del personal de enfermería: Un meta-análisis de variables relacionadas. *Nursing Research*, 42(1), 36–41.
25. Hemingway, M.A., & Smith, C.S. (septiembre, 1999). Clima organizativo y estresadores ocupacionales como pronosticadores de comportamientos de retirada y accidentes laborales en el personal de enfermería. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(3), 285–299.
26. Aiken, L., Havens, D., & Sloane, D. (2000). The Magnet Nursing Services Recognition Program: Una Comparación de Dos Grupos de “Magnet Hospitals.” *American Journal of Nursing*, 100(3), 26–36.
27. Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D., & Elliott, R.F. (junio, 2003). El mercado de trabajo para la enfermería: una revisión de la oferta de literatura laboral. *Health Economics*, 12(6), 465–478.
28. Shields, M.A. (2003). *The global shortage of Registered Nurses: What can policy-makers learn from the econometric evidence on nurse labour supply?* Informe para el Departamento del Tesoro y de Finanzas de Victoria. Melbourne, Australia: Instituto de Investigaciones Sociales y de Economía Aplicada de Melbourne, Universidad de Melbourne.
29. Ahlburg, D.A., & Brown Mahoney, C. (abril, 1996). El efecto del salario en la retención de personal de enfermería. *Canadian Journal of Economics*, 29, Special Issue Part 1, 126–129.
30. Gray, A.M., & Phillips, V.L. (junio, 1996). La Rotación Laboral en el Servicio de Salud Nacional Británico: un análisis del mercado laboral. *Health Policy*, 36(3), 273–289.
31. Chiha, Y.A., & Link, C.R. (junio, 2003). El déficit de personal de enfermería graduado y algunos nuevos estimados de los efectos del salario en la oferta de trabajo del personal de enfermería graduado: una mirada al pasado y una preliminar al siglo XXI. *Health Policy*, 64(3), 349–375.
32. Asociación Canadiense de Personal de Enfermería. (2002). *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections, June, 2002*. Ottawa, ON: Autor.
2. Asociación Canadiense de Colegios Médicos. (2003). *Canadian Medical Education Statistics 2003*. Ottawa, ON: Autor.
3. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_47\\_E&cw\\_topic=47&cw\\_rel=AR\\_14\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_47_E&cw_topic=47&cw_rel=AR_14_E)>.
4. Dauphinee, D. (2003). La Introducción de Profesionales Médicos Graduados en el Exterior en la Entrega de Atención Médica en Canadá: Con la Intención de Resolver Años de Discontinuidad entre las Políticas de Inmigración y las Estrategias de Implementación en el Campo. Documento presentado en la *7th Annual Conference of the International Medical Workforce Collaborative*, septiembre 2003, Oxford, Inglaterra.
5. Kermod-Scott, B. (16 de enero de 2001). MGE no licenciados en Alberta cuentan sus aflicciones. *The Medical Post*, 37(02).
6. Ministerio de Salud de Canadá, División de Estrategia de Recursos Humanos. (2002). Inmigración y Establecimiento de MGE. *International Medical Graduates National Symposium Proceedings, April 30–May 1, 2002, Calgary, Alberta*. Ottawa, ON: Ministerio de Salud de Canadá. Disponible en: <[http://www.imgtaskforce.ca/userfiles/page\\_attachments/89768\\_IMG\\_Calgary\\_English.pdf](http://www.imgtaskforce.ca/userfiles/page_attachments/89768_IMG_Calgary_English.pdf)>.
7. Asociación Médica de la Mancomunidad Británica. (2002). *Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers*. Presentado por el Secretariado de la Mancomunidad Británica en la Pre-reunión WHA de Ministros de la Mancomunidad Británica, Ginebra, Suiza, 12 de mayo del 2002. Extraído el 3 de febrero del 2004, de <[http://www.commedas.org/files/notices/chmm\\_annex.htm](http://www.commedas.org/files/notices/chmm_annex.htm)>.

### Referencias para ¿Quién hace qué? (p. 32)

1. Kazanjian, A. (febrero, 1992). Información Necesaria para Apoyar el Control de Recursos Humanos del Sector Salud. *Health Human Resources Unit Research Reports, 1992:01*. ISBN 1-896459-62-5. Disponible en: <<http://www.chspr.ubc.ca/cgi-bin/pub?program=hhru&by=date>>.
2. La base de datos de médicos del Grupo de Información de Negocios se actualiza cada vez que hay información nueva sobre algún médico en particular, no se disponen de datos históricos.
3. La base de datos médicos de Southam (SMDB) en el Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud (CIHI) mantiene datos sobre médicos desde 1968 al presente. Los datos de SMDB están actualizados hasta diciembre de un año dado.

### Referencias para ¿Sabía UD. que . . . ? (p. 34)

1. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *National Health Expenditure Trends, 1975–2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_104\\_E&cw\\_topic=104&cw\\_rel=AR\\_31\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_104_E&cw_topic=104&cw_rel=AR_31_E)>.
2. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Health Care in Canada, 2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en:

### Referencias para Caso de estudio acerca de los médicos graduados en el exterior (p. 28)

1. Asociación Canadiense de Colegios Médicos. (2000). *Canadian Medical Education Statistics 2000*. Ottawa, ON: Autor.

- <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_27E&cw\\_topic=27&cw\\_rel=AR\\_43\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_27E&cw_topic=27&cw_rel=AR_43_E)>.
3. Dirección General de Estadísticas de Canadá. (2004). Cuentas de la economía canadiense. *The Daily*, viernes, 27 de febrero de 2004. Ottawa, ON: Autor.
  4. Dirección General de Estadísticas de Canadá. (2003). Estimados de la fuerza laboral según ocupación, sexo, provincia, promedio anual. *Labour Force Historical Review 2002*. CANSIM II, Tables 282-0002 y 282-0022. Catálogo No. 71F0004XCB. 2003 CD1-R. Ottawa, ON: Autor.
  5. Dirección General de Estadísticas de Canadá. (2003). Censo de la población: Actividad de la fuerza laboral, su ocupación, industria, clase de trabajador, lugar de trabajo, modo de transporte, idioma en el trabajo y trabajo no remunerado. *The Daily*, martes, 11 de febrero del 2003, Ottawa, ON: Autor.
  6. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002* (pág. 115). Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_90\\_E&cw\\_topic=90&cw\\_rel=AR\\_20\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_90_E&cw_topic=90&cw_rel=AR_20_E)>.
  7. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Licensed Practical Nurses in Canada, 2002* (pág. 77). Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_91\\_E&cw\\_topic=91&cw\\_rel=AR\\_365\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_91_E&cw_topic=91&cw_rel=AR_365_E)>.
  8. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Psychiatric Nurses in Canada, 2002* (pág. 68). Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_222\\_E&cw\\_topic=222&cw\\_rel=AR\\_1046\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_222_E&cw_topic=222&cw_rel=AR_1046_E)>.
  9. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2002). *Canada's Care Health Providers* (pág. 58). Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_41\\_E&cw\\_topic=41&cw\\_rel=AR\\_35\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_41_E&cw_topic=41&cw_rel=AR_35_E)>.
  10. Asociación de Enfermeros y Enfermeras Canadienses. (2002). *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections, June, 2002* (pág. 29–34). Ottawa, ON: Autor.
  11. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002* (pág. 177–178), y varias publicaciones sobre base de datos del personal de enfermería graduado (BDEG). Ottawa, ON: Autor.
  12. Buerhaus, P.I., Staiger, D.O., & Auerbach, D.I. (14 de junio de 2000). Implicaciones del envejecimiento del personal de enfermería graduado. *Journal of the American Medical Association*, 283(22), 2948–2954.
  13. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002*, y varias publicaciones sobre base de datos del personal de enfermería graduado (BDEG). Ottawa, ON: Autor.
  14. Ministerio de Estadísticas de Canadá. (2003). *Labour Force Historical Review 2002*. Catálogo No. 71F0004XCB. 2003 CD1-R. Ottawa, ON: Autor.
  15. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2002* (pág. 177–178). Ottawa, ON: Autor.
  16. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). Y varias publicaciones sobre base de datos del personal de enfermería graduado (BDEG). Ottawa, ON: Autor.
  17. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2002). *Alternative Payments and the National Physician Database (NPDB): The Status of Alternative Payment Programs for Physicians in Canada, 2000/2001*. Ottawa, ON: Autor.
  18. Busque, L. (3 de septiembre de 2003). Ingresos netos de los MG, especialistas. *Canadian Medical Association Journal*, 167(5), 535.
  19. Martín, S. (5 de septiembre de 2000). La encuesta CMA muestra que la modalidad de servicio prestado-servicio pagado no ha perecido aún. *Canadian Medical Association Journal*, 163(5), 601.
  20. Busque, L. (18 de marzo de 2003). Nuevos datos apuntan a una significativa brecha en el ingreso de los médicos hombres y las mujeres. *Canadian Medical Association Journal*, 168(6), 755.
  21. Bueckert, D. (3 de noviembre de 2003). Residentes médicos forzados a abandonar el Canadá: La cantidad de puestos para residencia médica no puede abastecer el tamaño de las clases, dicen los médicos. *The Globe and Mail*, pág. A6.
  22. Sullivan, P. (25 de noviembre de 2003). La crisis de residencia médica en perspectiva, advierten las provincias. *Canadian Medical Association Journal*, 169(11), 1197.
  23. El Ministerio de Salud y Cuidados a Largo Plazo de Ontario (2003). *List of Areas Designated as Underserved for General/Family Practitioners, July/August/September 2003*. Toronto, ON: Autor. Disponible en: <[http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth11\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/myth11_e.pdf)>.
  24. Health Match BC. (2003). *Physician vacancies*. Vancouver, CB: Autor. Disponible en: <<http://www.healthmatchbc.org/>>.
  25. Plan de acción para médicos rurales en Alberta (2003). *Practice Opportunities Listing — 16 June 2003*. Edmonton, AB: Autor. Disponible en: <<http://www.ruralnet.ab.ca/frame2.htm>>.
  26. Proyecto de Reclutamiento de Médicos en Saskatchewan. (2003). *SPRP Practice Opportunities*. Lloydminster, SK/AB: Autor. Disponible en: <<http://www.mdopportunity.org/>>.
  27. Ministerio de Salud de Manitoba. (2003). *Healthy Opportunities, Caring Careers*. Winnipeg, MB: Autor. Disponible en: <<http://web3.gov.mb.ca/healthcareers/>>.
  28. Departamento de Salud de Nueva Escocia. (2003). *Family Practice Opportunities*. Halifax, NE: Autor. Disponible en: <<http://www.gov.ns.ca/heal/physicians/>>.
  29. Plan de acción para médicos rurales en Alberta (2003). (Fundado por el Ministerio de Salud y Bienestar de Alberta) Edmonton, AB. Disponible en: <<http://www.rpap.ab.ca>>.

30. El Ministerio de Salud y Cuidados a Largo. (2001). Programa de Áreas con servicios deficientes. Disponible en: <[http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/uap_mn.html)>.
31. Barer, M.L., & Webber, W.A. (2000, Autumn). The Great Canadian Physician Exodus? *Isuma — Canadian Journal of Policy Research*, 1(2). Disponible en: <[http://www.isuma.net/v01n02/barer/barer\\_e.shtml](http://www.isuma.net/v01n02/barer/barer_e.shtml)>.
32. Naylor, C.D. (mayo/junio, 1999). La atención de la salud en Canadá: Incrementalismo bajo imposición fiscal. *Health Affairs*, 18(3), 9–26. Fundación para la Salud People-to-People, Inc. (Proyecto HOPE). Presentado en el *International Symposium on Health Care Policy*, patrocinado por el Fondo de la Mancomunidad Británica y *Health Affairs*, 22–23 de octubre del 1998, Washington, DC.
33. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud y Dirección General de Estadísticas de Canadá. (2003). *Health Care in Canada, 2003*. Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_27\\_E&cw\\_topic=27&cw\\_rel=AR\\_43\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_27_E&cw_topic=27&cw_rel=AR_43_E)>.
34. Gray, C. (19 de octubre de 1999). ¿Qué tan grave es la situación de la fuga de cerebros? *Canadian Medical Association Journal*, 161(8), 1028–1029.
35. Instituto Canadiense de Información Sobre la Salud. (2003). *Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2002* (pág. 74, 76–87). Ottawa, ON: Autor. Disponible en: <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=PG\\_47\\_E&cw\\_topic=47&cw\\_rel=AR\\_14\\_E](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_47_E&cw_topic=47&cw_rel=AR_14_E)>.
36. McKendry, R.J., Wells, G.A., Dale, P., Adam, O., Buske, L., Strachan, J., & Flor, L. (15 de enero del 1996). Factores que influyen en la emigración de médicos del Canadá a los Estados Unidos *Canadian Medical Association Journal*, 154(2), 171–181.
37. Skinner, B.J. (diciembre, 2002). Medicare, la Fuga de Cerebros Médicos y el Déficit de Recursos Humanos en el Sector Salud. *AIMS Health Care Reform Background Paper #7*. Halifax, NE: Atlantic Institute for Market Studies (Instituto Atlántico para Estudios de Mercado) (AIMS). Disponible en: <<http://www.aims.ca/Publications/BrainDrain/BrainDrain.pdf>>.

### Referencia para *La utilización de los datos relativos a la salud de Canadá* (p. 36)

1. Cáceres, J.A. (2001). Modelo de Recursos Humanos del Sector Salud: Herramienta de Proyección para las Políticas de Salud. Documento presentado en la *9th Canadian Health Economics Research Association Conference*, Toronto, Ontario, 23–26 de mayo del 2001.

El Ministerio de Salud de Canadá tiene la satisfacción de publicar una edición en español del número 8 de su *Health Policy Research Bulletin* (*Boletín de Investigación sobre las Políticas del Sector Salud*).

El Bulletin se publica tres veces al año en inglés y en francés. Para obtener números anteriores o una suscripción gratuita comuníquese con el Ministerio de Salud de Canadá a: <[Bulletininfo@hc-sc.gc.ca](mailto:Bulletininfo@hc-sc.gc.ca)>. Los números 1 a 9 también están disponibles en el sitio Web del Ministerio de Salud de Canadá: <<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa>>.



**Bulletin**

For back issues or a free subscription of the *Health Policy Research Bulletin*, contact Health Canada at: <[Bulletininfo@hc-sc.gc.ca](mailto:Bulletininfo@hc-sc.gc.ca)>.

Issues 1–9 are also available on Health Canada's website:  
<<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa>>.

Canada



**Bulletin**

Pour obtenir des numéros antérieurs du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* ou pour vous y inscrire gratuitement, communiquez avec Santé Canada à l'adresse suivante : <[Bulletininfo@hc-sc.gc.ca](mailto:Bulletininfo@hc-sc.gc.ca)>.

Les numéros un à neuf se trouvent sur le site Web de Santé Canada à :  
<<http://www.hc-sc.gc.ca/iacb-dgiac/arad-draa>>.

Canada