



FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES “IZTACALA”

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

TESIS

Retos y oportunidades debido al envejecimiento de los trabajadores de la salud mental. Estudio de caso: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (2011)

Que para obtener el grado de Maestra en Investigación de Servicios de Salud presenta:

Médico Cirujano SANDRA JANETT ESQUIVEL RIOS

DIRECTOR DE TESIS

M. en I.S.S. HÉCTOR EDUARDO GONZÁLEZ DÍAZ

REVISORES

M. en I.S.S. Pilar Castillo Nava

M. en I.S.S Jorge Salinas Rodríguez

M. en I.S.S. Gabriel Sotelo Monroy

M. en I.S.S Juan Pablo García Acosta



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Marzo del 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

*A mis padres
Por su apoyo invaluable, su cariño y dedicación*

*A mis hermanas
Por su solidaridad y compañía*

*A mi esposo
Por su impulso para lograr lo que he logrado*

*A mis hijos
Por ser el motor de mi vida, a su apoyo y comprensión*

*A mi jefe
Sin él y su respaldo no hubiera sido posible este sueño*

*A Juanita
Por compartir sus conocimientos conmigo*

A Dios y a la Vida

INDICE

Introducción	.....	4
Justificación	.....	8
CAP. I.- La investigación de salud	.....	13
1.1 Prioridades de la investigación en salud	.....	25
1.2 Los recursos humanos y su crisis mundial	.....	30
1.3 Limitaciones tácticas y legales para la investigación	.....	37
CAP. II. La crisis mundial de recursos humanos en salud	.....	40
2.1 Informe de la OMS 2006	.....	44
2.2 Limitaciones legales en México	.....	46
2.3 Limitaciones en recursos en Salud Mental	.....	52
2.4 El caso de México	.....	55
2.5 El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez	.....	57
CAP. III. Estudio de caso	.....	66
3.1 Planteamiento del problema	.....	66
3.2 Objetivos	.....	67
3.3 Metodología	.....	68
3.4 Resultados	.....	69
3.5 Análisis de Resultados	.....	81
CAP. IV Conclusiones y propuestas	.....	86
4.1 Propuesta	.....	86
4.2 Límites de la propuesta	.....	89
4.3 Pertinencia de la Tesis	.....	92
Conclusiones	.....	94
Anexos	.....	95
Bibliografía	.....	125

Introducción:

El estudio que aquí se expone, propone una forma de planificación para la adecuada administración de los recursos humanos en el área de la salud, tomando como ejemplo un hospital de alta especialidad dedicado a la atención de trastornos mentales. La institución analizada fue el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, y éste al igual que muchas instituciones médicas de nuestro país, se caracteriza porque gran parte de los trabajadores adscritos fueron contratados en fechas similares, lo que permite prever que en algunos años se dará el retiro laboral de importantes bloques de ellos, sin que se haya previsto hasta el momento, la manera en que la institución pueda conservar la experiencia acumulada por los trabajadores que actualmente se encuentran en activo, mientras se incorpora a nuevos elementos a una actividad terapéutica diaria, que no sólo requiere capacitación sino de destrezas específicas para conseguir objetivos médicos precisos en condiciones de seguridad laboral.

La incorporación de personal en áreas de alta especialidad, implica comprender que la preparación que brinda una residencia médica se consolida de manera real, solo con el ejercicio continuado de la especialidad y que no todo el personal de salud, cursa por este tipo de preparación académica, motivo por el cual, la acumulación de experiencia puede ser vital para alcanzar un nivel de desempeño adecuado. Así, las instituciones médicas, necesitan a los trabajadores más experimentados para conservar su productividad; sin embargo, la urgencia de

renovar la plantilla laboral de modo súbito, puede poner en grave riesgo la continuidad de programas de atención.

A la fecha, el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, es una de las pocas unidades de atención psiquiátrica en el país que cuenta con Certificación Institucional de Calidad, según lo establece el Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica¹. Otorga atención a población adulta, preferentemente sin acceso a seguridad social, aunque subroga atención hospitalaria a PEMEX, ISSSTE y recientemente a asegurados de una compañía privada (AXA). Para realizar esta actividad dispone de 300 camas censables y una plantilla de 860 trabajadores distribuidos en cinco turnos; incluyendo entre su personal, diferentes tipos de profesionales y técnicos que colaboran, indirectamente, en la recuperación de la salud de los enfermos que ahí se atienden.

La mayor parte de la población usuaria del Servicio de Hospitalización Continua, cursa por una etapa aguda del padecimiento, por lo que su manejo requiere preparación profesional y experiencia que faciliten conservar la seguridad tanto del paciente como del prestador de servicios. Eventualmente, la sintomatología psicótica puede manifestarse como agresión física, por lo que ocasionalmente, el personal puede encontrarse en riesgo, tanto dentro de piso como en el resto del inmueble, ya que los pacientes realizan diversas actividades en la institución y tienen posibilidad de desplazarse por diferentes áreas del hospital.

De este modo, los trabajadores con menos experiencia y los que hayan desarrollado limitaciones físicas, pueden encontrarse en un mayor riesgo de padecer consecuencias graves, en caso de sufrir una agresión física por parte de un paciente hospitalizado y con fuerte sintomatología de agresividad. En ese sentido, la planificación de los servicios de salud requiere incluir mecanismos que garanticen la seguridad del paciente y del trabajador, sin embargo como se expone más adelante, dicha planificación es sumamente difícil porque las normas sectoriales y la legislación contractual, ponen frenos al adecuado desempeño del directivo; ya que éste se encuentra incapacitado legalmente para establecer estrategias de sustitución de personal, o para establecer límites prudentes de desempeño laboral, según las capacidades físicas y/o de edad de los empleados.

Por otra parte, las recientes modificaciones de la ley del ISSSTE, institución de seguridad social a que tienen derecho los empleados del hospital en estudio, han promovido cambios que pueden afectar los intereses económicos de los trabajadores en activo, propiciando se jubilen antes de cumplir 60 años, pues el esperar a cumplir con la edad estipulada para el retiro que garantiza el 100% de la pensión por jubilación, puede llevarles a perder prestaciones o formatos de pensión que consideran más convenientes a su interés personal.

Para exponer detenidamente la pertinencia de iniciar una línea de investigación para la salud que involucre la situación laboral del trabajador de la salud, en el capítulo uno de este trabajo, se describe la controversia legal que plantea al directivo médico la contratación, jubilación y políticas laborales contemporáneas.

En el capítulo dos, se aborda específicamente la discusión, límites y retos que plantea el envejecimiento del personal de salud tanto en el mundo como en México. Se describe la propuesta de la Organización Mundial de la Salud para enfrentar el problema de la carencia de personal de salud en los diferentes continentes y países, así como los estragos que esta carencia está causando en algunas naciones. Especialmente se expone un análisis del personal dedicado a la atención de los trastornos mentales, que no sólo es reducido en número, sino que se encuentra concentrado en áreas geográficas específicas, dando lugar a uno de los mayores problemas sanitarios del sistema de salud mexicano: la inequidad. Este capítulo se cierra con la descripción de la institución objeto de estudio y los datos que de ella se tienen respecto de encuestas de calidad, riesgos de trabajo e información que permite contextualizar el análisis de esta tesis.

En el capítulo tres, se expone el cotejo de datos obtenido de la plantilla de personal y las estimaciones estadísticas de la jubilación del personal calculados para los próximos diez años; además se presenta la descripción de indicadores que permiten prever desgaste físico en los trabajadores, según la edad, sexo y rama de servicio, además de mostrarse la situación económica que aguarda a los profesionales de las salud al momento de su retiro laboral.

Finalmente, en el capítulo cuatro, y con base en el análisis de datos, se propone la manera de hacer converger mejores condiciones laborales y mantenimiento de la productividad institucional, respetando los actuales márgenes legales que se

establecen para los directivos de este tipo de instituciones. Así mismo, se incluye en este apartado, una crítica al actual modelo organizacional del sistema de salud que pone en riesgo tanto la dignidad laboral como su adecuado funcionamiento.

Justificación:

México, como la mayor parte de las naciones del mundo, aceptó la propuesta de la Organización Mundial de Salud para participar en el control del crecimiento poblacional, utilizando el conocimiento y desarrollo de la ciencia médica a través de la promoción y difusión de métodos contraceptivos. En la década de los años 70, la tasa de natalidad superaba con creces la capacidad productiva y distributiva del Estado Mexicano, por ello a finales de 1976 se modificó la política poblacional y se promovió reducir el número de hijos por mujer en edad reproductiva².

Al igual que la mayor parte de las naciones, nuestro país ha podido hacer frente a las necesidades de su población en la medida en que su crecimiento se ha frenado, mientras se incentiva el desarrollo económico. La política de control poblacional no sólo incluyó el uso de métodos anticonceptivos, sino que promovió la adopción de valores socioculturales que fomentan el desempeño laboral de las mujeres, el retraso de la edad para tener el primer hijo y la concepción de que un menor número de hijos posibilita brindar más y mejores recursos y atenciones para el adecuado desarrollo de la infancia³.

Sin embargo la propuesta de frenar el crecimiento poblacional no tuvo nunca probada eficacia para lograr lo que ofrecía, menos aún permitió a las naciones

planear adecuadamente la manera de enfrentar los fenómenos que de dicha estrategia se generaría. Independientemente que los países europeos hubiesen ensayado desde las primeras décadas del Siglo XX esta propuesta, las consecuencias del envejecimiento poblacional sólo comenzaron a vislumbrarse después de la Segunda Guerra Mundial⁴.

Nuestro país, que conserva hasta la fecha un mayor número de jóvenes que de viejos, ha dedicado un mínimo esfuerzo para estudiar y prever las consecuencias que en un futuro cercano tendrán tanto el cambio en su pirámide poblacional como epidemiológica, ya que frente al reto constante de alcanzar el desarrollo sustentable en un mundo globalizado, se mantiene ocupado en resolver infortunios inmediatos y deja poco o nada de espacio para la planificación y el establecimiento de estrategias que le preparen para enfrentar retos venideros⁵.

Es importante mencionar que el envejecimiento poblacional implica diversos desafíos entre los que deben subrayarse: incremento en las demandas de atención médica, aumento de los costos de los servicios de salud, migración de población joven, dificultad para financiar pensiones para trabajadores retirados, limitaciones de carácter contractual para eficientar el retiro de los trabajadores mayores de 60 años; la depreciación real de la economía de los trabajadores retirados y la insuficiencia en la calidad de vida para los ancianos, aún cuando se incremente la esperanza de vida en este sector poblacional⁶. El cálculo del aumento de la esperanza de vida fue como sigue según CONAPO: 74 años en 2000, 75.4 en 2005, 76.6 en 2010, 79.8 en 2030 y 81.3 en 2050.

Por otra parte, aunque se espera que la cantidad de población joven entre 15 y 24 años alcance su máximo histórico en 2011, con 21.5 millones de mexicanos, empezará a disminuir hasta llegar a los 15.2 millones en 2050. Mientras, la población de entre 25 y 59 años se calculó en 50.6 millones para 2010 y de 56.4 para el 2050. Para el mismo periodo se ha estimado que los adultos mayores vayan del 9.9 en 2010 a 36.2 millones en 2050⁷; ello demuestra que la cantidad de personas en proceso de envejecimiento será cada día mayor; y en caso particular de la institución estudiada, esta realidad ya se encuentra presente.

El personal sanitario en México, ha merecido poca atención en cuanto a las características de su envejecimiento y las consecuencias laborales que ello implica. No basta con saber que igual que el resto de la población se encuentran en riesgo de padecer enfermedades crónicas, que frecuentemente aceleran su envejecimiento al optar por desempeñar varios empleos con la finalidad de satisfacer sus necesidades económicas, y que existe cada vez menos acceso al empleo estable en instituciones públicas o que se ha sobre estimulado la especialización, retrasando los tiempos que pueden dedicar a la vida personal y el mantenimiento adecuado de una estructura familiar, que les sirva de apoyo cuando sean ancianos⁸.

Otro aspecto relevante en este sector productivo reside en el modo en que se contratan y se planifican los periodos de jubilación de los trabajadores, mismos que se encuentran fuertemente influenciados por intereses políticos y no

profesionales o propios del funcionamiento del sistema de salud. En general, las políticas laborales mexicanas siguen siendo condicionadas por los intereses sindicales y económicos del estado, más que por las necesidades de los trabajadores o las instituciones contratantes.

El personal dedicado a la atención de enfermos mentales se encuentra en una condición de mayor riesgo laboral toda vez que se halla inmerso en un ambiente laboral altamente demandante y hostil, y no todos ellos son trabajadores especializados en psiquiatría, por lo que el estrés laboral a que se someten es diferente y el pago de sus servicios es reconocido de modo inversamente proporcional. Es decir, aquellos trabajadores con menor preparación y protección profesional, son quienes menores salarios obtienen, pues desempeñan funciones consideradas auxiliares en el proceso de rehabilitación a la salud mental⁹. En este sentido, nos referimos al personal denominado administrativo, de servicios generales (cocina, mantenimiento, lavandería, choferes y de intendencia); que si bien realiza actividades esenciales para el funcionamiento institucional, se supone tiene poco impacto en el resultado del tratamiento médico o en la rehabilitación de los enfermos.

Los trabajadores adscritos al hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tienen en promedio 20 años de antigüedad laboral, y una edad media de 47 años, mientras la población que atienden incluye personas adultas mayores de 18 años. Los profesionales con mayor edad son los médicos especialistas, mientras el personal de enfermería se encuentra entre los grupos de trabajadores

considerados sobre expuestos a accidentes laborales¹⁰, y que en la institución de estudio se encuentra cursando la cuarta década de la vida.

La institución no sólo brinda atención hospitalaria; también incluye diversos servicios de carácter ambulatorio, donde el personal más experimentado y más añoso se puede desempeñar con mayor seguridad, sin embargo, la complejidad del tratamiento del paciente en estado agudo de la psicopatología ha favorecido la concentración de éstos en áreas de hospitalización. La experiencia de los médicos para diagnosticar y establecer el tratamiento adecuado es fundamental para alcanzar metas institucionales de reducción de días estancia y ello favorece que los más viejos, sean también, nombrados en las jefaturas de los servicios.

Sin embargo, igual que cualquier otra persona, estos trabajadores sufren de deterioro a la salud con el paso de los años y en ese sentido, se puede prever que en unos 10 años la cantidad de ausencias por enfermedad, deterioro físico debido al envejecimiento y retiro por años de trabajo cumplido, incrementen el riesgo global de envejecimiento prematuro del personal restante, ya que los más jóvenes deberán sobre-esforzarse para cumplir y mantener las actividades de servicio. Por tanto en esta tesis se buscó, a partir de la metodología de investigación en salud, desarrollar una estrategia organizativa de distribución de personal y de actividades que garantice la productividad de los todos los trabajadores, incluso los más añosos, mientras la institución continúa cumpliendo con los objetivos para los que fue creada.

CAP. 1.- La Investigación para la salud

La investigación para la salud es un proceso complejo y holístico que habitualmente incluye una gran cantidad de variables para establecer alternativas de solución científicas, ya que los fenómenos que aborda son esencialmente problemáticos y heterogéneos. Por ende, el abordaje multidimensional como estrategia de análisis es lo que permite diseñar y sustentar la razón de los cambios e innovación que requieren los sistemas de salud, sobre todo si la finalidad es hacer frente a las necesidades de poblaciones específicas. Lamentablemente, la producción de conocimiento derivado de la investigación en salud, no garantiza que su saber influya en las decisiones políticas que toman funcionarios de estado¹¹.

Cabe mencionar que por décadas ha persistido, entre los especialistas del área, el dilema de la delimitación del objeto de estudio de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS). Incluso se ha cuestionado si su mayor relevancia consiste en promover relaciones democratizadoras en el diseño y acceso de los servicios médicos o si lo realmente importante es su aplicabilidad al generar soluciones. Ello sucede a pesar de que la OMS, en 1990 la definió como "...un proceso de obtención sistemático de conocimiento y tecnologías que pueden ser utilizadas para la mejora de la salud de individuos y de grupos. Proporciona la información básica sobre el estado de salud y enfermedad de la población;

procura desarrollar instrumentos para la prevención, cura y alivio de los efectos de las enfermedades y se empeña en planificar mejores enfoques para los servicios de salud individuales y comunitarios”¹².

En 1984, ya se había operacionalizado en nueve categorías el espectro de investigación que corresponde a las ISSS incluyéndose en ellas: 1) relaciones de los servicios con el entorno social, 2) determinación de las necesidades y demandas de salud de la población, 3) producción y distribución de recursos, 4) estructura organizativa y componentes del sistema de salud, 5) estudio de la utilización de servicios de salud, 6) administración de los servicios de salud, 7) análisis económico, 8) evaluación de programas, y 9) participación de la comunidad en su relación con los servicios de salud¹³. Esta propuesta de líneas de acción, propias del campo de las ISSS, implicaba considerar que esta investigación debería ser multidisciplinaria y que como disciplina subsidiaria, haría uso de herramientas y paradigmas epistemológicos disímiles que habrían de adecuarse a las necesidades del problema y objeto de estudio concreto.

Tal vez, la necesidad de delimitar el objeto de estudio que le corresponde a la investigación en servicios de salud, se deriva más de su origen que de la verdadera necesidad epistémica de esclarecer una isla de actuación para un determinado tipo de investigación. Pues como se verá en adelante, fueron más bien las urgencias de los estados y agencias financiadoras las que dieron rumbo a la investigación.

Sabemos que fue a partir de la segunda guerra mundial, que los servicios de salud comenzaron a representar un dilema para los estados, ya que con la industrialización y el crecimiento de la población asalariada, la implementación de la seguridad social se generalizó en los países occidentalizados y/o miembros de la OMS¹⁴. De este modo, saber cómo se distribuye la salud y los recursos para lograrla, dio lugar a los primeros estudios sistematizados aunque su manufactura estuvo influida por el interés del estado de estar enterado respecto del posible impacto que tienen las políticas sanitarias. En la década de los años 70, comenzó a notarse el costo de otorgar servicios de salud y la investigación empezó a orientarse a justificar la reducción del tamaño de los sistemas e instituciones de salud; así mismo, se iniciaron los discursos que alegaban la necesidad de que capital privado invirtiera en este rubro. La finalidad de estas justificaciones, basadas en evidencias científicas, fue la de permitir a las economías gubernamentales redireccionar el gasto social y superar la crisis fiscal que se había generalizado¹⁵. Esto dio lugar a políticas en Estados Unidos, tales como la reducción de número de camas en hospitales de todos tipos y que la OMS propusiera reformas diversas a los sistemas de salud que desde entonces tienden a la globalidad, pero que permanecen en constante readecuación.

Obviamente este giro no puede comprenderse sin tomar en cuenta los orígenes económicos de la firma de la declaración de Alma Ata en 1978; pues esta propuso que se gastaba un enorme capital en reparar el daño a la salud y que la prevención era más factible de llevarse a cabo reduciendo gastos en salud. La Estrategia de Atención Primaria a la Salud supuso que incluso los países más

pobres podían hacer recortes presupuestales, ya que previniendo y educando para la salud, menos personas harían uso de clínicas y hospitales. De este modo, el presupuesto antes destinado a la atención de enfermedades podía capitalizarse en el desarrollo económico y productivo de dichas naciones. Esta solución fue tan optimista que finalmente colocó como meta alcanzar la Salud para todos en el año 2000; y la razón de tanto ánimo estuvo basada en la creencia de que verdaderamente las naciones más pobres invertirían el dinero ahorrado en salud para generar más empleo y mejorar salarios. Es decir, la estrategia de atención primaria a la salud serviría para mejorar sustancialmente la calidad de vida de sus pueblos. Para lograr este cometido, se promovió el desarrollo de los niveles básicos de atención (con base en el compromiso multisectorial de los gobiernos firmantes), a fin de mantener a las poblaciones sanas y no gastar en la enfermedad.

Este compromiso multinacional dio pauta para que organizaciones como el Banco Monetario, la ONU, UNICEF y el Fondo Monetario Internacional, propusieran llevar mejores controles de la aplicación de las nuevas políticas sanitarias y la investigación en salud se orientó hacia allá. Así, podemos constatar como, en la década de los ochenta¹, aparecen y se reproducen publicaciones sobre la experimentación de estrategias de atención primaria y evaluaciones de

¹ A este respecto debe aclararse que el control financiero a las naciones más pobres, por parte de dichas instancias multinacionales, se debió a los préstamos que tuvieron que solicitar durante esa década debido a la parálisis de la economía mundial y porque pese a todos los esfuerzos del llamado tercer mundo, la Guerra Fría solo favoreció el desarrollo de la industria armamentista, industria de la que ellos no participaron.

intervención comunitaria, al tiempo que la metodología de la investigación acción y la evaluación de costos se vuelven esenciales en la ISSS¹⁶.

Desde entonces, la construcción de indicadores que permitan la comparación entre naciones y la evaluación de estrategias políticas, se ha convertido en hito de la investigación en servicios de salud. Sin embargo, la contracción de la economía mundial durante la década de los años ochenta¹⁷, acentuó la demanda de organismos multinacionales para que el papel del estado en la producción de bienestar social se redujera y se iniciaron Reformas en todos los países miembros de la OMS, incluido México; dichas reformas concibieron frecuentemente al sector salud como elemento de negociación macroeconómico o para la obtención de préstamos¹⁸.

Durante la década de los noventa, la perspectiva neoliberal que sostiene que el estado debe intervenir lo menos posible en la economía, favoreció también los procesos de descentralización y desconcentración de los servicios médicos en América Latina, pero exigió patrones de producción de servicios de carácter internacional que se continúan a la fecha. La racionalidad del estado y sus políticas se orientan a la investigación y planeación estratégica, lo que da lugar a la construcción de políticas sanitarias orientadas a su desarrollo gerencial más que a cualquier otra cosa¹⁹.

Sin duda alguna, la primera década del siglo XXI evidenció problemáticas mundiales y diferencias locales que están desviando la atención de los

investigadores en servicios de salud, y esta se está modificando respecto de lo que se diseñó durante la década pasada. Entre estas nuevas situaciones debe mencionarse: garantizar cobertura, hacer frente a las nuevas epidemias infectocontagiosas y la aparición de retos de salud tales como los trastornos crónico degenerativos que afectan cada vez a mayor número de personas, que al envejecer corren mayor riesgo de padecerlos. Aún así, persiste la búsqueda de creación de indicadores y no obstante los compromisos del milenio, se insiste en la corresponsabilidad del usuario de servicios de salud, pero con mayor énfasis en el pago directo o indirecto por exponerse a riesgos asociados a la pérdida de la salud²⁰.

Como se expone más adelante, una de estas nuevas cuestiones a poner atención desde la ISS, es la carencia progresiva de recursos humanos para la salud y el proceso de envejecimiento poblacional que también contribuye a mayores problemas para mantener sanos a enormes grupos poblacionales. Este tipo de investigación es reciente, no elaborada en México, pero se inscribe dentro de las líneas de investigación propias del campo de la Investigación en Servicios de Salud.

Sonis²¹, refiere que el programa de Servicios de Salud de la OMS estableció en febrero de 1989, un modelo de clasificación para las contribuciones de la investigación en servicios de salud en diez categorías, adjuntando en este caso el contenido que abarca la que describe el sentido de esta tesis, como sigue: 1) Servicios de Salud: contexto social, económico y político, 2) Evaluación de las

condiciones de salud, 3) Producción de recursos de salud: recursos humanos, instalaciones, equipo y tecnología, 4) Distribución de recursos en salud: recursos humanos, instalaciones, equipo y tecnología. 5) Estructura organizacional de sistemas de salud y sus componentes, 6) Suministro de servicios personales de salud, **7) Gerencia de sistemas de salud:** Institucional, local, regional y nacional: Investigación operacional. Estudios sobre eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios de salud. Estudios sobre la calidad de la atención y la administración de los servicios de salud. **Investigación sobre solución de problemas, administración de personal,** sistemas de suministros, mantenimiento, comunicaciones, sistema de transporte, procesos de presupuestación y de financiación, registros médicos, estadísticas y sistemas de información para la toma de decisiones. 8) Economía en salud: estudios macro y micro, 9) Comunidad y participación social y 10) Evaluación: técnicas, metodología, etc.

De este modo la tesis que aquí se presenta, parte del hecho de considerar que la problemática de la administración del personal es ámbito de la Investigación en Servicios de Salud y que debe incorporarse como elemento para la toma de decisiones. La necesidad de realizar un estudio de caso se deriva de las limitaciones que tiene un solo investigador para obtener y analizar los datos; ya que si bien es indispensable realizar estudios multinacionales para obtener mejores probabilidades de acierto, esto es prácticamente imposible sin un equipo y financiamiento adecuado.

En México se carece de información nacional para realizar un estudio por área geográfica o del país, pero es deseable que se desarrolle la infraestructura que recupere, administre y organice la información del sector sanitario y gubernamental relacionada con su funcionamiento, a fin de que los analistas la usen y se puedan realizar estudios contrastables o elaborar información con mayor valor predictivo y aplicarlos a las políticas de planeación.

Sin embargo, debido al alto costo que ello significa para los gobiernos locales y federal, en México se sigue adoleciendo de datos suficientes, de modo que los estudios de caso siguen siendo herramientas valiosas para generar información y ensayar alternativas de solución a problemas reconocidos en nuestro país y en el resto del mundo.

En esta lógica de pensamiento, la presente tesis sostiene que los recursos humanos son el elemento clave para que el servicio de salud funcione y exista. De este modo, se sostiene que la condición personal, laboral y de salud que tenga el trabajador sanitario, influye de modo directo en el funcionamiento del sistema de salud, mismo que debe cumplir no sólo con infraestructura que haga equitativo el acceso a servicios médicos, sino que guarden un mínimo de calidad en la atención que brindan.

Si bien en este trabajo no se expone específicamente la situación actual que guardan dos de los grandes rubros que resultan sustantivos para establecer la pertinencia del Sistema de Salud (calidad de la atención y acceso equitativo), se

puede sostener que el factor *recurso humano para la salud* influye de modo directo en la calidad de la atención, así como en la posibilidad de acrecentar la infraestructura para servicios de alta especialidad, como lo es el caso de la psiquiatría²².

Con la finalidad de exponer la pertinencia de investigar sobre el proceso de envejecimiento de los recursos humanos para la salud, y las repercusiones que ello puede traer al adecuado funcionamiento del sistema de salud, se expone a continuación el origen de las alertas mundiales sobre este fenómeno y las propuestas que la OMS y la OPS han realizado al respecto.

La primera Conferencia Latinoamericana sobre investigación e innovación para la salud (2008)²³, propuso entre otros asuntos de relevancia, modificar el enfoque con que se había asumido hasta entonces, la aplicación de la metodología científica en la medición y planeación de sistemas de salud, así como la evaluación de sus productos. Este nuevo enfoque incorpora determinantes económicos, sociales, históricos y culturales que faciliten la comprensión del modo en que se articulan los distintos elementos que conforman el proceso salud-enfermedad en América Latina.

En dicha conferencia también se planteó una agenda que abarca prácticamente una década de trabajo, de 2008 a 2017. Su finalidad consiste en que el conjunto de los países que conforman el bloque latinoamericano consiga avanzar en el

desarrollo de sistemas de salud sustentables, equitativos y eficientes, aun que se prevea sigan existiendo diferencias entre ellos y no sea factible su homogeneidad. Para el análisis de las diferencias y posibles convergencias o apoyos que se pueden proporcionar los países de la región entre sí, se tomó en cuenta la información obtenida del documento emitido por la OPS, sobre la Salud de las Américas del 2002²⁴. En dicho informe, quedó demostrada la extraordinaria inequidad en la región si se compara con el resto del mundo. Gran parte de la inequidad tiene como fundamento la diferencia en cuanto a desarrollo económico observable en cada país, mismo que puede verse acentuado por eventos de carácter global que inciden en su menor eficiencia en el ámbito sanitario. Entre los fenómenos emergentes de mayor relevancia se mencionó: la violencia y el envejecimiento poblacional.

En América Latina no existe homogeneidad ni en los retos epidemiológicos ni en la disponibilidad de recursos para la salud; sin embargo, coinciden en que las cargas de la enfermedad pesan sobre los que menos tienen y los recursos que existen o se encuentran mal distribuidos o están subutilizados, lo que agrava enormemente la promoción de un desarrollo sustentable en la región.

La razón fundamental para que se den estos fenómenos deviene de la incapacidad del estado para planificar con base en investigación y mediante el desarrollo de una metodología científica que articule sus recursos para que los distribuya de manera racional. Esta carencia se explica, entre otras cosas, por la insuficiencia de recursos humanos formados en investigación de los sistemas de

salud y, en otros, la escasez de voluntad política para aplicar las soluciones propuestas por los investigadores²⁵.

Los sistemas de salud americanos pueden considerarse endeble debido a problemas de financiamiento en gran parte del continente; además de caracterizarse preferentemente por la mala coordinación intersectorial. El problema del mantenimiento de los actuales sistemas de salud es tan grave que incluso varias naciones del continente han tenido que asumir modificaciones a la legislación de la seguridad social, tal y como se ha hecho en Europa, existiendo cada vez mayor probabilidad de que la seguridad social desaparezca, abriéndose paso a la privatización de los servicios de salud²⁶. Esta tendencia es notoria ante el incremento de la presencia de empresas aseguradoras que ofrecen cobertura de gastos médicos, hecho que afectaría a la continuidad de las estrategias de prevención de por sí diezmados, al tiempo que se fomenta mayor consumo de prácticas médicas curativas o remediales a los problemas de salud²⁷.

Mientras tanto, los retos de atención a la salud van en aumento y se complican ante la atomización geográfica de grupos vulnerables. Entre estos casos, debe mencionarse que la sobrevivencia de poblaciones rurales es cada vez más difícil. Hecho que promueve la migración del campo a la ciudad o a otras naciones, disminuyendo la cantidad de residentes jóvenes en esas áreas y creando el fenómeno de pueblos habitados casi exclusivamente por mujeres y ancianos²⁸.

La desnutrición y malnutrición en dichas regiones, fomenta que nuevas y viejas enfermedades aparezcan y afecten de manera especialmente negativa la salud de los ancianos, pues a los problemas de absorción de nutrientes derivados del envejecimiento se suma la poca disponibilidad de alimentos para ellos, ya que al reducirse su capacidad productiva y percepción económica, disponen de menor cantidad de dinero para comprar alimentos. En este sentido, deben resolverse problemas de salud producto de padecimientos transmisibles y crónicos degenerativos, todo ello sin contar que amplios sectores poblacionales padecieron, mucho antes de llegar a los sesenta años de: desnutrición y riesgos de salud asociados a la pobreza que les han mantenido en desventaja²⁹.

Los cambios demográficos han tenido un gran impacto en toda la región; en los últimos 50 años se duplicó la población del mundo y desde 2007 la población urbana es más numerosa que la rural, pero la infraestructura y servicios urbanos son insuficientes o no existen en asentamientos humanos que tienden al hacinamiento y con ello, a la promoción de enfermedades infectocontagiosas³⁰. Por tanto, la falta de adecuada infraestructura urbana y de instituciones de salud, pone en mayor riesgo a grandes conglomerados humanos que adicionalmente han de hacer frente a eventos de la naturaleza cada vez más desastrosos, básicamente debidos al cambio climático global que padece todo el orbe y en ciudades mal planeadas o establecidas en lugares antes no considerados de riesgo³¹.

Si bien ha aumentado la esperanza de vida, los más pobres siguen teniendo mayor riesgo de morir a menor edad o cursar el periodo de la vejez en pésimas condiciones de vida, generalmente enfermos y sin acceso a un servicio de salud adecuado³². Para hacer frente a estos retos se ha propuesto la innovación en servicios de salud, que implica más allá de la creatividad, un verdadero compromiso político que permita modificar los paradigmas para resolver problemas sanitarios, y en ese sentido, la investigación en salud puede ser la alternativa más fiable y efectiva.

1.1 Prioridades de la investigación en salud

En la década de 1950 comenzó a considerarse la necesidad de un sistema nacional de investigación, al principio casi exclusivamente ligada al trabajo universitario, pero a fines de la década de 1960 y principios de la de 1970 surgieron las primeras unidades gubernamentales encargadas de generar políticas para el desarrollo de la ciencia y la tecnología en los países de las Américas. La declaración de la Conferencia Panamericana sobre política de investigación en salud realizada en Caracas Venezuela en 1982, manifestó que la investigación en el campo de la salud tiene como objetivo fundamental el desarrollo del conocimiento y las tecnologías que conduzcan a la solución de problemas de salud actuales y futuros³³.

La OPS ha impulsado desde 1999 la investigación en salud, y en 2004, durante la Cumbre Ministerial de Investigación de Salud se solicitó a los gobiernos financiaran un sistema de investigación que permitiera la planificación e

intercambio de información, de modo que la propuesta incluyó la transferencia de desarrollo tecnológico que facilite enfrentar los retos de la transición epidemiológica que atraviesa el continente americano³⁴. Así, con el lanzamiento de la agenda de las Américas 2008-2017, se espera que se haga realidad la inversión del 5% del presupuesto en salud para fines de conocimiento y planificación de los sistemas de salud³⁵.

Si bien la investigación biomédica ha sido el área preferida de desarrollo del conocimiento que produce la investigación para la salud, la salud pública también ha contribuido a la innovación. Asimismo se ha incluido en este tipo de investigaciones, los estudios referentes a los servicios de salud, los recursos para la salud, la regionalización y prioridades de salud³⁶. Si bien todas y cada una de las áreas pueden ser sustantivas, la investigación en servicios para la salud se orientó más al análisis de aspectos financieros y para sostener una calidad mínima según cambios previstos en la demanda y acordes a las necesidades de una población creciente.

La demanda de atención ha sido el factor fundamental para establecer indicadores de recursos indispensables para satisfacer problemas de salud, y un elemento clave de este tipo de recursos resultó ser la disponibilidad de médicos especialistas. Si bien la mayor parte de los análisis sobre estos profesionales se han orientado a calcular la cantidad de personal médico y de enfermería a formar, ha implicado a la larga habilitar también a personal técnico y otro tipo de

profesionales afines a las ciencias de la salud, que son necesarios para completar el proceso productivo de servicios para la salud³⁷.

El llamado de Acción de Toronto para una década de Recursos Humanos en salud (2006-2015) pretende suscitar un esfuerzo común entre los países del continente americano para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud, necesario y útil para todos los países miembros. Estos esfuerzos deberán guiarse por los principios que consideran a los recursos humanos como la base del sistema de salud, por lo que debe buscarse su contribución para mejorar la capacidad y calidad del sistema de salud. Donde se considere que trabajar en salud, implica otorgar un servicio público con responsabilidad social, de tal manera que debe darse un equilibrio entre derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores y ciudadanos que tienen derecho y merecen recibir atención a la salud. Se tiene como principio también, considerar que los trabajadores son protagonistas de su desarrollo, es decir deben contribuir en mantenerse capacitados, motivados y saludables.

Dentro de los desafíos que se concluyeron en Toronto, se mencionan cinco que agrupan problemas múltiples, a saber: 1) políticas a largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, 2) colocar a las personas en los lugares adecuados según las necesidades de salud, 3) regular el desplazamiento y migración de los trabajadores de la salud, 4) generar relaciones entre los trabajadores y las instituciones para promover ambientes de trabajo saludables que garanticen salud para toda la población y 5) desarrollar mecanismos de

interacción entre instituciones formativas y de servicio de salud para adecuar sus competencias a la atención universal, equitativa y de calidad³⁸.

En este sentido, y aunque el gobierno de México conoce de las problemáticas que enfrentan los trabajadores de la salud en general, no ha establecido un programa integral para el sistema de salud que prepare de modo real y contundente a las instituciones que próximamente se verán obligadas a renovar su plantilla laboral.

El énfasis político que se ha dado a este asunto se ha limitado a establecer normativas que intentan salvar el financiamiento de las instituciones públicas y de seguridad social, pues aún cuando nos encontremos en disponibilidad de aprovechar el bono poblacional, no han existido políticas económicas eficientes para generar empleo y por ende no se ha conseguido la seguridad de que un mayor número de personas vayan a aportar dinero en el futuro para la capitalización de las instituciones médicas y financiar a los trabajadores en retiro. No obstante se espera que a largo plazo, el sistema de salud sea autogestivo, sano financieramente y capaz de adecuarse a las demandas de atención que exigirá una población cada vez más envejecida³⁹.

Esta problemática si bien ha sido abordada por los organismos internacionales ha sido poco discutida en el país, y ello ha implicado que la mayor parte de los involucrados en este fenómeno, desconozcan su gravedad. Así pues debe mencionarse que las estimaciones de CONAPO respecto de la inversión de la

pirámide poblacional, parecen distantes a la problemática que habrán de enfrentar diversas instituciones de salud.

En este sentido, debe subrayarse que el envejecimiento poblacional estimado para el país será distinto al que se espera padezcan las instituciones sanitarias respecto del personal adscrito; pues aunque para el país se estima que actualmente, apenas se tiene un 7.7% de población mayor a los 60 años, y su porcentaje para 2030 se espera llegue al 17.5%, la cantidad de personal jubilado que se acumula sigue creciendo y comienza a representar una carga económica especial⁴⁰.

En términos políticos y económicos, se ha explicado que son necesarias las reformas al proceso de jubilación, y pese a que este discurso se base en señalar que la disminución de percepción económica para los adultos mayores no significa una pérdida en capacidad adquisitiva para los ex-trabajadores, se ha demostrado también que entre mayor sea el sueldo de dichos trabajadores, mayor será también la disminución del ingreso por pensión, hecho que sin duda puede ser razón para que los trabajadores, retrasen su salida del empleo y permanezcan laborando por mayor número de años, incluso más de los que exige la legislación⁴¹

Es decir, aún cuando las actuales cifras de población indican que el promedio de edad de los mexicanos apenas asciende a 26 años⁴², el proceso de envejecimiento en los trabajadores es diferente, pues el periodo de mayor

crecimiento y contratación de personal ocurrió en las últimas décadas del siglo pasado^{43, 44}.

Así, se puede comprender que durante las décadas de los años 70, 80 y 90s del Siglo XX, cuando se construyeron la mayor parte de las instituciones hospitalarias, se dio también el mayor número de contrataciones de personal de salud para todas las instituciones públicas, para disminuir en años más recientes ante la permanencia en el empleo de estos trabajadores. Por ende, la generalidad de las instituciones a estas fechas ha acumulado problemas derivados del envejecimiento del personal sanitario, lo que ha repercutido en su productividad laboral. Pese a esta realidad, en la actualidad se propone, a nivel mundial, se retrase el tiempo de jubilación y con ello se debilita la posibilidad de incorporar nuevos profesionales al empleo remunerado e institucional⁴⁵.

Por ello, a continuación se expone el modo en que la OMS reconoció la insuficiencia de personal para la salud y los riesgos estimados que de este fenómeno se deriva.

1.2 Los recursos humanos y su crisis mundial

A partir del informe de la OMS de 2006, sobre la salud en el mundo, se demostró la incapacidad de muchos países para promover y mejorar la salud de su población, entre otras cosas debido a los desequilibrios de personal sanitario que inciden negativamente en su capacidad para proveer de servicios médicos adecuados a sus necesidades⁴⁶.

Entre los factores que se presume han intervenido para que esta circunstancia sea grave en algunos países, se menciona la insuficiente inversión en la educación formativa de este tipo de profesionales, la migración internacional de trabajadores capacitados que buscan mejores condiciones de vida, su salida temprana del mercado laboral debido a jubilaciones anticipadas, limitaciones en sus capacidades y la mortalidad prematura. Sin embargo, la mayor parte de los países miembros a la OMS, desconocen la dinámica de los movimientos de este tipo de personal lo que ha impedido elaborar y aplicar programas eficientes para retener su fuerza laboral en las mejores condiciones de productividad.

En general se dispone sólo de dos indicadores habitualmente usados para describir esta problemática y que se reducen a determinar el número de trabajadores en el mercado laboral sanitario en un tiempo determinado y el número de proveedores de servicio recién egresados de las universidades que les preparan. La razón fundamental de la ausencia de indicadores que permitan conocer cuántos trabajadores de la salud existen en una nación, dónde laboran y hasta cuándo podrán hacerlo con eficiencia, deviene de la incapacidad de establecer mecanismos de medición estandarizada que permita comparar soluciones y recursos entre naciones.

Sin embargo, se reconoce que es urgente elaborar información sobre este elemento indispensable del sistema de salud, ya que tener una oferta suficiente de este personal, garantizaría que los sistemas de salud funcionen de modo adecuado⁴⁷. Suponemos que la actividad prioritaria de los profesionales para la

salud estaría orientada a la prevención de la enfermedad y promoción de actitudes, hábitos y conductas para la conservación de la salud. Es decir, personal capacitado en la atención primaria a la salud evita la necesidad de incrementar la infraestructura de modo inmediato, si los profesionales realizan adecuadamente su labor, ya que en todo momento colaborarían para evitar que la enfermedad aparezca trabajando directamente con la comunidad y enseñándola a llevar una vida sana, así como intervenir de modo oportuno ante cualquier problema de salud⁴⁸.

Una de las mayores complicaciones para cumplir con la Estrategia de Atención Primaria para la Salud, reside en las contradicciones halladas en lo que se conoce como ciclo de vida laboral, pues al parecer existen una gran cantidad de influencias político administrativas que distorsionan la preparación, vocación y desempeño de quienes trabajan en instituciones sanitarias, por lo que es conveniente explicar detenidamente en qué momentos dicho ciclo puede afectar negativamente al sistema de salud, si se incluye como variable el proceso de envejecimiento de los trabajadores.

El ciclo de vida laboral se entiende como el proceso por el cual el profesional cursa su preparación, práctica y retiro del empleo. Dicho ciclo se ha modificado en los últimos 50 años por distintas razones. La primera se originó en la necesidad de las naciones de masificar la educación para producir el número suficiente de profesionales médicos, de enfermería, psicología y trabajo social como elementos básicos del equipo sanitario⁴⁹. En México, al inicio dicha masificación estuvo

orientada a satisfacer la demanda de recursos humanos para instituciones de servicio médico, y se calcularon para hacer frente a los problemas de salud de 40 ó 50 millones de personas. Una ínfima parte de ellos se orientaba al trabajo en zonas rurales y dispersas, lo que dio lugar a la aparición de dos supuestos tipos de profesionales, aquellos reconocidos por su contacto con la modernidad y los que se enclaustraban en la pobreza compartida con las comunidades que atendieron y que en algún momento se conocieron como médicos descalzos⁵⁰.

La segunda condición que modificó este ciclo estuvo dado por la modernización de planes de estudio que se encaminaron a preparar en el uso de la tecnología a todos los profesionales y en el estudio de especialidades pues se concluyó que la complejidad del conocimiento del proceso salud enfermedad solo podía ser develado mediante el desarrollo y comprensión de saberes que alcanzaran la precisión molecular.

El tercer gran motivador de los cambios en este ciclo, fue la multiplicación de la oferta educativa a través del incremento de escuelas privadas que iniciaron la enseñanza de una práctica sanitaria más ligada a visión del servicio de salud como negocio que como proceso de redistribución de riqueza social, mientras se saturaron las posibilidades de empleo institucional para este tipo de profesionales⁵¹. Situación que finalmente promovió que el ejercicio de este tipo de profesiones incluyera básicamente el formato de trabajo independiente, lo que restó adscripción gremial a instituciones específicas y fomentó la competencia por el empleo.

Con la atomización del gremio médico se dio lugar a una enorme pérdida de estabilidad laboral y se incrementaron los diferenciales en cuanto al ingreso, pues las alternativas de empleo remunerado se afectaron para todos los profesionales en la década de los años ochenta. Con el advenimiento de cada vez más profundas y constantes recesiones económicas, los sistemas de salud vivieron estancamientos y pérdidas presupuestarias que afectaron la disponibilidad de recursos materiales y humanos que facilitarían el cumplimiento de sus tareas. Si bien los primeros afectados fueron los pacientes, también los profesionales y técnicos que trabajaban en las instituciones públicas sufrieron de un deterioro sensible en las condiciones de trabajo⁵².

En la década de los años noventa, la situación no mejoró y la instauración del modelo neoliberal en varias de las naciones latinoamericanas profundizó aún más las deficiencias en la oportunidad de empleo digno y promotor del desarrollo personal. Esta situación no ha mejorado en la primera década del tercer milenio y se puede considerar que este ciclo se caracteriza por remuneraciones insuficientes, malas condiciones de trabajo, insatisfacción laboral, escasa autonomía, oportunidades limitadas de desarrollo personal y profesional, migración de profesionales para la salud debida a oportunidades laborales en otros lugares y la búsqueda de mejores condiciones de vida para ellos y su familia⁵³.

Las transiciones o movilidad intersectorial incluyen tanto el cambio de empleo como la emigración internacional, y ambas pueden contribuir a acentuar la

inequidad de acceso al servicio médico que se ha presentado en la región desde el siglo pasado; pues los trabajadores suelen cambiar su residencia de zonas rurales a urbanas, prefieren laborar en instituciones privadas antes que en las públicas o buscan ejercer en un país donde su salario pueda ser mayor; incluso si para conseguir dicho empleo han de renunciar a la profesión reconocida en su país de origen y realizar actividades de menor exigencia académica, como sucede con médicos que terminan practicando la enfermería en otra nación, a condición de elevar sus ingresos. Esto implica por supuesto que la inversión en educación de una nación pobre acaba siendo usufructuada por aquella nación que teniendo mejores condiciones económicas puede ofrecer mejores salarios a los trabajadores de la salud, como el caso de médicos filipinos que emigran al Reino Unido en la búsqueda de mejores oportunidades profesionales y de vida⁵⁴.

Pese a que en casi todo el mundo se ha elevado el nivel educativo de la población y una gran cantidad de ellos cuenta con universidades que producen recursos humanos para la salud, existen zonas que se han quedado a la zaga y presentan fuertes problemas para cubrir las plazas vacantes. Así, Sudáfrica es en especial, una extensa área continental que tiene fuerte dificultad para retener a su personal sanitario, que al migrar deja en situación cada vez más lamentable a una población que padece entre otras catástrofes, la mayor incidencia de VIH/SIDA en el mundo, padecimiento que además también sufre el personal de salud. Por ejemplo en Zambia, la mortalidad de personal de enfermería femenino se multiplicó en más de 10 en la década de 1980 a 1990, pasando de 2.0 a 26.7 por 1000, debido al VIH⁵⁵.

Por otra parte, las muertes prematuras en este grupo de trabajadores no es situación extraña, aún en el supuesto de que manejan información sobre medidas de protección de infecciones, enfermedades y muerte, pues no se encuentran exentos de padecer accidentes y violencia. La OMS ha calculado que los países de ingresos bajos pierden 2% de su personal médico y de enfermería por esta causa⁵⁶.

En ese sentido, los movimientos de personal sanitario obedecen tanto a razones intrínsecas como extrínsecas a la voluntad del trabajador, y pueden ser permanentes o temporales, tales como las salidas del empleo por razones de salud, embarazo, jubilación o muerte. Así se puede comprender también, que una gran cantidad de médicos especialistas dejan de ejercer como clínicos para asumir otras actividades, como la de directivos, afectando la disponibilidad de recursos para la atención; situación que puede ser grave en aquellos lugares donde se carece de suficiente personal especializado.

La salida del personal de este ciclo laboral es, en la mayoría de los casos, desventajosa para los trabajadores de la salud, pues es común que su envejecimiento haya sido acelerado por la necesidad del múltiple empleo y ello se traduzca en peores condiciones de salud incluso antes de alcanzar la edad de jubilación. Si a lo anterior agregamos que un sector líder, representado por los médicos, suele ser reacio a la prevención y oportuna atención de los problemas de salud para sí mismo, acudiendo a la automedicación o evadiendo la atención a sus patologías, podemos comprender que incluso los que participan en este ciclo con

mejores oportunidades, terminan cerrando su ciclo laboral en condiciones insatisfactorias⁵⁷.

La deformación de la vocación profesional durante la formación del personal y durante su desempeño no sólo está mediada por los cambios en los planes y programas educativos, sino que incluyen formas organizacionales legitimadas por normas de operación que reproducen en toda su brutalidad, la explotación y enajenación en el proceso productivo de servicios de salud.

Esta situación excede a la mera voluntad del profesional sanitario toda vez que se engarza a modelos legales y de representación sindical que se opone abierta o simuladamente al desarrollo de la persona trabajadora, obligándola a ceñirse a requerimientos de control, muestra de productividad así como a aceptar formas de contratación que van en contra de sus intereses personales, pero que de no ser acatadas lo dejan en el desempleo o a disposición de empresas que han constituido del problema de salud, un negocio redondo, donde no interesa la salud sino lo que se pueda obtener por la promesa de curar o aliviar enfermedades⁵⁸.

1.3 Limitaciones tácticas y legales para la investigación

El estado mexicano tiene como obligación constitucional garantizar el acceso a la salud y la recepción de servicios médicos de calidad, adecuados a sus necesidades y en equidad de condiciones para todos los nacidos en su territorio. El artículo cuarto de la constitución obliga entonces a la existencia de un sistema de salud sólido con capacidad universal, sin embargo esta meta no se ha

alcanzado y pese al diseño de la modalidad del Seguro Popular, sigue habiendo limitación en el acceso a la salud integral. Es decir, existen tanto en el ámbito privado como público limitaciones para ofertar servicios de atención, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías y a todas las edades. Así pues, los trastornos mentales siguen siendo padecimientos no contemplados en algunas formas de servicio médico⁵⁹.

El sistema de salud nacional adolece de una estructura que incorpore la atención a los trastornos mentales, del mismo modo como incorpora alternativas de tratamiento para eventos de vida tales como los procesos infecciosos o del nacimiento. Así, el sistema nacional de salud para trastornos mentales se reduce a instituciones que prácticamente únicamente hacen frente a estas patologías cuando el daño ha aparecido, pero no cuentan con recursos ni en infraestructura ni en personal para anticiparse a su aparición, ya que se supone que el resto del sector salud se encargará de ello con la aplicación de la Estrategia de Atención Primaria a la Salud, aunque como se verá más adelante ello no sucede así, entre otras cosas, porque la formación de personal para la salud no enseña ni tratamiento integral ni habilidades o competencias para la identificación de factores de riesgo o sintomatologías de alarma de este tipo de problemas de salud⁶⁰.

Los trastornos mentales se caracterizan por ser disfunciones de carácter preferentemente crónico, que inhabilitan a las personas en su desempeño social y productivo; y esta situación hace que su rehabilitación sea de larga duración y

altamente costosa, no sólo porque implica en la mayor parte de los casos, ingesta prolongada de medicamentos de alto precio, sino porque exige la asistencia de personal altamente especializado⁶¹.

Esta característica del tratamiento psiquiátrico ha desmotivado la inversión del gobierno en su atención. Además, políticas de orden internacional proponen modificaciones al sistema de salud que difícilmente pueden adoptarse en nuestro país, toda vez que para su implementación se requieren cambios radicales en la organización actual y que exigen recursos en infraestructura y de personal para los que no se puede garantizar financiamiento.

Es menester subrayar, que el sistema de atención a los problemas de salud mental carece de un segundo nivel de atención que favorezca la rehabilitación de las personas con este tipo de trastornos y no existe tampoco iniciativa política alguna que lo subsane. Además, la reordenación del sistema de salud según las propuestas de descentralización y desconcentración de los servicios de salud mental han favorecido la ausencia o parcialización de la información que opacan la disponibilidad de datos útiles en el diseño innovador en políticas sanitarias en lo que respecta a psiquiatría, elementos que se pretenden exponer más ampliamente en el índice 2.2 de este documento.

No obstante cabe adelantar aquí, que la legislación general y específica para la regulación de la contratación de personal en México, otorga gran influencia a actores políticos como lo son algunos líderes del sindicalismo en el país, lo que

complican el diseño de estrategias científicas para la reordenación de estos recursos y en especial de los humanos.

CAP. II. La crisis mundial de recursos humanos en salud

La OMS considera que un sistema de salud esta constituido por seis elementos fundamentales: la prestación de servicios, el personal sanitario, la financiación, la información, el liderazgo, la gobernanza, las tecnologías y los productos médicos⁶². Cada uno de ellos es esencial, sin embargo, el número de trabajadores sanitarios en el mundo parece ser, dramáticamente, insuficiente. Más aún, si se vislumbra dar cumplimiento a los denominados Objetivos del Milenio pactados para ser alcanzados en 2015.

Recordemos que en septiembre del 2000, se realizó la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas y los países asistentes se comprometieron a trabajar en conjunto, para conseguir ocho objetivos y 18 metas conexas para combatir la pobreza, es decir, lo que hoy se conoce como Objetivos de Desarrollo del Milenio y que consisten en: Erradicar la pobreza y el hambre, Reducir la mortalidad de los niños, Mejorar al Salud Materna; Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades contagiosas, Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y Fomentar una alianza mundial para el desarrollo⁶³.

No obstante la firma del compromiso por parte de los países miembros, la OMS previno que aun cuando se reunieran los recursos económicos indispensables para luchar contra la pobreza, estos serían insuficientes e inútiles si no había

quien ejerciera el papel de atención, prevención y promoción a la salud que le correspondería; pues es el personal quien debe aplicar los fondos y hacer realidad la intervención sanitaria. De este modo como parte de las resoluciones del informe de la salud del 2006, la Asamblea Mundial promovió una Alianza en pro del personal sanitario. Así, durante el primer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la salud se exhortó a los gobiernos, a crear un sistema de información sobre disponibilidad de personal sanitario que permitiera mejorar la investigación y gestionar decisiones basadas en datos científicos⁶⁴ .

Esta organización de la que México es miembro fundador, ha estimado que faltan 2 millones trescientos mil médicos, enfermeros y parteros, pero más de 4 millones de ellos si se incluyen en la estimación todas las áreas afines al trabajo sanitario. En particular África subsahariana presenta la mayor carencia de personal, lo que le obligaría a formar 140% más profesionales del área si desea superar su déficit⁶⁵.

Este tipo de problemas no sólo afecta a naciones extremadamente pobres, también esta produciendo estragos en el funcionamiento de los sistemas de salud de países europeos como España, que comienza a cuestionarse si requerirá de contratar personal formado fuera de sus fronteras para hacer frente a la demanda de atención médica que solicita una población cada vez más envejecida. En un estudio realizado en el principado de Asturias y reportado en 2008, se calculó el índice de reposición de profesionales de salud, donde se estima que si este es menor de 1 no se garantiza que las jubilaciones puedan ser repuestas por los

profesionales jóvenes y por tanto, sería imposible reponer los recursos humanos que salen del sistema por edad y años trabajados. De su análisis conocieron que tenían una población mayor de 50 años en más de la mitad de sus facultativos (57.9%), que estos eran preferentemente hombres y que entre más jóvenes eran los grupos de análisis, mayor equidad de género se daba. Según su información, las plazas de médicos se cubrían de manera ineficiente en todos los niveles y especialidades, por lo que tendrían un 24.3% de plazas sin cubrir dado el ingreso de aspirantes a especialidad médica en su localidad de estudio⁶⁶.

La problemática de los recursos humanos para la salud inicia desde su formación, a la que se denomina entrada, y que puede verse limitada por los contenidos de planes de estudio, estrategias de selección de los estudiantes, equipo y material para su entrenamiento, así como formación práctica, teórica y ética en la profesión. En esta etapa, las políticas deben orientarse a la formación del número suficiente de profesionales competentes que permitan atender las necesidades de salud de una población específica, distribuida geográficamente, para recibir atención de modo equitativo.

Lamentablemente, al no existir indicador alguno que determine cuál es el número idóneo de estudiantes a formar para satisfacer demandas de atención a la salud, la mayor parte de los países asumen estándares que después incumplen o no distribuyen adecuadamente. Esta incapacidad de planeación hace que al egreso de la licenciatura, una gran cantidad de profesionales queden en el desempleo, mientras algunas áreas del país carecen de recursos para la salud, pues el

empleo que ofrecen no resulta atractivo para profesionales que son formados con perfiles que les orienta al trabajo en instituciones médicas de alta especialidad y preferentemente tecnificadas.

Durante la etapa laboral, los retos inciden en la posibilidad de empleo, disponibilidad y acceso a la capacitación, así como oportunidades de desempeño en diversas áreas geográficas y no sólo en algunas o ninguna de ellas. Ello implica comprender que en ocasiones, la tendencia a la super-especialización en el área de la salud, contribuye a la deformación de alternativas reales de trabajo que sean necesarias y verdaderamente útiles para atender los problemas de salud de la comunidad, dando lugar a que cierto tipo de empleo sanitario se vea saturado y solo accesible en zonas urbanas⁶⁷.

En la etapa de salida del ciclo de trabajo del personal se incluyen los eventos migratorios, la reducción del personal en activo y la capacidad del sistema para limitar las pérdidas o suplir a los que han de salir del sistema productivo por distintas causas (jubilación, enfermedad, renuncia o muerte). Sin embargo en este renglón es importante la planificación, ya que de no darse de ese modo se puede poner en peligro el desempeño del sistema de salud y agravar la fragilidad de los que ya son endebles. La salida del personal por defunción o jubilación puede poner en peligro la estabilidad de la fuerza de trabajo, de ahí que se haya recomendado reducir riesgos de salud y aumentar la seguridad del personal sanitario. Pese a la importancia de llevar un control y planificación en cada una de estas etapas, no existen por el momento indicadores adecuados que orienten la

formulación de estrategias que permitan medir el impacto y costo de las políticas hasta ahora emprendidas⁶⁸.

Como se verá más adelante, en nuestro país se siguen desarrollando alternativas para dar respuesta, fundamentalmente a la primera etapa, es decir formativa de los recursos, pero se descuida enormemente la retención de fuerza de trabajo especializada⁶⁹, permitiendo que naciones con mejores economías disfruten del beneficio educativo mexicano y no se tome en cuenta que la mayor parte de las instituciones de salud están a punto de enfrentar colapsos, principalmente debidos a salidas en bloque de los trabajadores que hoy se encuentran en activo.

A continuación, se resume la trascendencia de la crisis de disponibilidad de recursos humanos, según han determinado organizaciones multinacionales para todo el mundo y en especial para América Latina.

2.1 Informe de la OMS 2006⁷⁰

La OMS define al trabajador de la salud como toda persona que realiza acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud, y calcula la existencia de 59.2 millones de trabajadores de jornada completa y remunerados, de los cuales, dos terceras partes son proveedores de servicios y un tercio administrativos o auxiliares. En la región de las Américas se encuentran 21 millones 740 mil trabajadores, casi la mitad de los disponibles en todo el mundo, lo que indica que la distribución de recursos no es equitativa y que por ello, tal vez nuestra región

esté convirtiéndose en un excelente proveedor de recursos humanos para la salud a favor de otras naciones y áreas mundiales.

Pese a la enorme cantidad de recursos humanos estos no se encuentran distribuidos en todas las áreas donde hay asentamientos humanos y tienden a concentrarse en algunas zonas, preferentemente las urbanas. Esta situación coincide también con la concentración de instituciones médicas asentadas en zonas urbanas que, en efecto, también concentran al mayor número de población.

Con independencia de que en Las Américas existan un gran número de profesionales y técnicos de salud, persisten desigualdades en acceso a los servicios y enormes grupos sociales con insuficientes atenciones médicas. Además, se informa que 57 países presentan una escasez crítica de recursos, por lo que se calcula en 2 millones 400 mil el déficit en médicos, enfermeras y parteras.

La OMS notificó también, que la crisis empeorará en el futuro dados los retos poblacionales y epidemiológicos, donde los jóvenes se enfrentan al riesgo de la infección por VIH y cuando los limitados servicios médicos están siendo absorbidos por la demanda de atención de los adultos mayores que empiezan a crecer, como grupo etéreo, de manera importante en todo el mundo⁷¹.

Este informe recomendó se diseñe un plan con duración de 10 años que analice las etapas del ciclo laboral: la entrada, la laboral y la salida. Lo que se intenta con

esta propuesta de registro de información, es identificar las causas de falta de personal y actuar en consecuencia. Ello significa que los resultados preliminares de la ISS, estarán disponibles después de 2016 y serán de orden general, por lo que eventos específicos como los que suceden en la especialidad de psiquiatría y sus instituciones pueden tardar muchos más años para ser comprendidos y analizados.

2.2 Limitaciones legales en México

La descentralización y la desconcentración de los servicios de salud⁷² no han beneficiado a las instituciones públicas que se dedican a atender trastornos mentales. Más bien ha favorecido la decadencia de muchas de ellas y por tal motivo se ha incrementado el riesgo de que desaparezcan sin que se creen alternativas viables, suficientes y eficientes para suplir el trabajo que a la fecha realizan.

Así, la información que el estado puede otorgar sobre la situación que guarda este apartado del sector salud, es más deficiente que en otras áreas y niveles de atención médica. Ello se debe, entre otras cosas, a que los encargados de compilar los datos de las instituciones de salud desconocen las características de la infraestructura, servicios y recursos para la Salud Mental. Incluso, ocasionalmente se puede verificar que el sistema de salud mexicano contempla la solicitud de notificaciones sobre información inexistente en instituciones psiquiátricas, pues siguen parámetros homologados para uso administrativo pero no útil en la planificación o resolución de problemas institucionales. Tan agudo es

este problema que la Dirección del Sistema de Atención Psiquiátrica desconoce con precisión el número total de especialistas en psiquiatría con que cuenta el país; dato que debería ser esencial en la planificación o elaboración de propuestas de solución a dificultades tan sensibles como la atención de las adicciones⁷³.

Así, puede comprenderse que si el sistema de salud se muestra incapaz de brindar información esencial a otros actores, como las universidades formadoras de recursos humanos para la salud, estos estarán imposibilitados para proveer de soluciones académicas o científicas a dicho sistema y por ende, sólo mediante la investigación para la salud, se puede subsanar esta deficiencia estructural.

Otro problema al que se enfrenta la modernización del sistema institucional médico en nuestro país deviene de la gran influencia que tienen los sindicatos en la administración de recursos humanos, financieros y hasta de la infraestructura en salud, ya que ilegal o legalmente se les ha permitido instituyan estrategias que limitan las decisiones de los directivos médicos, siendo capaces de movilizar, incluso de modo fraudulento, fuerzas políticas para remover directivos que puedan oponerse a prácticas de corrupción que diezman a las instituciones y corrompen las condiciones de trabajo para los empleados en el sector salud estatal y federal.

La constitución de grandes y fuertes sindicatos en el área de salud ha burocratizado la administración de recursos humanos y ha promovido circunstancias tales como la preferencia de contratación de familiares de personal

ya adscrito a las unidades médicas, sin importar que existan, en la oferta de mano de obra especializada, mejores candidatos para la contratación.

Por tanto, es común que se hallen familias completas laborando en una misma unidad operativa o administrativa, dando lugar a gran cantidad de fenómenos que pueden ser perniciosos para la productividad institucional, al grado de trasladar conflictos familiares a la dinámica organizacional o formar cotos de poder o asociaciones que en nada coinciden con las necesidades de producción del servicio.

Un elemento clave para comprender la fuerza de los sindicatos de salud en México y el mundo, reside en aceptar que la representación de los trabajadores, sirve también, para que algunos líderes escalen peldaños en la política nacional incorporándose a puestos legislativos que les permite desde ahí, tomar decisiones que legalizan tanto condiciones de trabajo inadecuadas como acuerdos de cúpula orientados a la privatización de los servicios de salud.

Así, deben mencionarse con especial énfasis, dos eventos legales que han modificado el proceso de salida para el ciclo laboral de los trabajadores de la salud, a saber: la Reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social y La Reforma a la Ley del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado, concretamente en lo que respecta al apartado de retiro y jubilación del trabajador para la salud.

En un intento por explicar, las modificaciones que se han establecido jurídicamente en la reforma a la Ley del ISSSTE, a continuación se reseñan los cambios más importantes en la nueva versión y se analiza también, el interés que se persigue subsanar con dichos cambios, aunque se puede adelantar que básicamente son de orden pecuniario y no necesariamente responden a la necesidad de dignificar el trabajo.

La reforma a la Ley del ISSSTE consiste fundamentalmente en modificar las condiciones para acceder a una pensión después de haber laborado entre 28 y 30 años y con independencia de la edad del trabajador a su retiro. La reforma establece un nuevo sistema de pensiones basado en cuentas individuales manejadas por el "Pensionisste", con una pensión garantizada de 3,034 pesos con 20 centavos mensualmente, que se actualizará cada año según el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Ello con independencia de que el monto de la pensión para los trabajadores de más bajos ingresos sea incluso menor, a los magros salarios que obtuvieron cuando fueron trabajadores activos y que a todas luces, esta pensión no alcanzaría para llevar una vejez digna.

El cambio en la ley también incluye una cuota para el fondo de pensiones financiada por el Estado, para todos los trabajadores sin importar su ingreso y que representará 5.5% del salario mínimo. Esa contribución se incrementará de manera gradual hasta llegar a 6.125% del sueldo básico; el gobierno pagará una

aportación de dos por ciento para el retiro y de 3.65% para cesantía en edad avanzada y vejez. Además, la edad de retiro se incrementará de manera gradual cada dos años, hasta llegar en 2027 a 60 años de edad para hombres y a 58 para las mujeres, y en caso de muerte los beneficiarios recibirán la pensión y la podrán retirar en una sola exhibición.

Esta ley permitió a los trabajadores elegir, de modo aparente, determinar si deseaban o no pasar a formar parte de esta generación de trabajadores que pueden disponer de cuentas individuales para el retiro. Aunque en realidad solo tuvieron garantizada la permanencia en el antiguo régimen, aquellos trabajadores que cumplieran los requisitos de ley antes del 31 de diciembre de 2009. Ellos tendrán derecho a una pensión correspondiente al 100% del sueldo del tabulador regional que está definido en la ley como la nueva definición del sueldo básico. Es de señalar que este nuevo sueldo básico solamente representa el 75% del sueldo básico definido en la ley anterior. A partir enero de 2010 los trabajadores en activo que opten por el viejo sistema no se jubilarán sólo por años de servicio sino requieren además cumplir el requisito de edad: 58 años para mujeres y 60 para hombres. Sin embargo, recibirán una pensión del 100% de su sueldo tabular que es sensiblemente inferior a su actual salario. A los trabajadores que elijan el “bono de pensión” se les calculará el monto de la pensión según la nueva ley y se jubilarán por edad y años servicio. Finalmente, a los trabajadores de nuevo ingreso se les aplicará la nueva ley. Se jubilarán a los 65 años y con una

cotización mínima de 25 años. Su pensión dependerá íntegramente de cuánto hayan logrado acumular en su cuenta individual.

No obstante que la modificación legal afecta de modo negativo, básicamente, al personal de nuevo ingreso, los economistas han evadido exponer cuáles serán las condiciones de seguridad laboral y de solvencia para su jubilación; es decir los nuevos trabajadores son la generación que constituirán al grupo de ancianos más numerosos en la historia del país, pues alcanzarán los 60 años en 2050 y nadie les ha podido asegurar que esta forma de ahorro para la vejez les será suficiente y útil, para sobrevivir de modo digno cuando tengan que dejar de laborar.

Finalmente, la ley establece que los recursos del SAR-92 no desaparecerán ni se perderán; continua vigente esta prestación y los recursos acumulados se depositarán en las cuentas individuales de cada trabajador que elija bono, registrando su contabilidad en los estados de cuenta en forma separada, o bien, se entregará a los trabajadores que decidan quedarse en el sistema actual, cuando se jubilen, en la misma forma como se hace hoy en día⁷⁴.

La incertidumbre y las críticas a la Nueva Ley del ISSSTE, han generado en los trabajadores dos actitudes aparentemente opuestas: piden su jubilación de inmediato en cuanto cumplen con la edad y/o tiempo de servicio o, aún

cumpliendo los requisitos de ley prefieren permanecer laborando por tiempo indefinido, pues están concientes que, incluso gozando de las prerrogativas del antiguo sistema de pensiones, su ingreso económico se verá diezmado de modo importante.

2.3 Limitaciones en recursos en Salud Mental

En México existen 4500 psiquiatras certificados y el censo de población 2010 reporta que en el país existen 5 739 270 personas que sufren de discapacidad y de ellos, 8.5% son discapacitados mentales. Cabe mencionar aquí, que cualquier discapacidad puede ocasionar en quien la padece, alteraciones de orden psíquico que requiera intervención psicológica o psiquiátrica. Además debe mencionarse que estas personas adquieren la discapacidad principalmente por enfermedad (39.4%) y debido al proceso de envejecimiento (23.1%)⁷⁵. Anualmente habrá de esperarse que el número se incremente debido a la agregación de casos nuevos que se generan por accidentes o debido a alteraciones congénitas. Para la atención de trastornos mentales se calcula que México tendrá a estas fechas y compartirá con el resto del mundo similares condiciones epidemiológicas, siendo relevante mencionar que se calcula que uno de cada 100 personas sufra de esquizofrenia, mientras que se estima que 1 por ciento de la población requerirá de asistencia hospitalaria a causa de trastornos mentales, y que la depresión es ya la primera causa de invalidez y pérdida de años de vida saludable.

Independientemente de que la morbilidad psiquiátrica sea suficiente para justificar la necesidad de formar médicos especialistas en esta área y fomentar la especialización en personal de salud para atender este tipo de trastornos, es claro que la formación de médicos especialistas en el país se ha reducido y que cada año se ofrecen menos plazas, incluso cuando los planes de estudio se orientan a promover este tipo de expectativas en los estudiantes, por lo que existe un gran número de jóvenes médicos que nunca logran acceder a la especialidad. Así, se sabe que en 2010 se repartieron 6024 plazas para médicos residentes entre 25 mil aspirantes y que las plazas para especialidad rondan entre las 4500 y las 4000 mil al año en promedio, existiendo hasta 2005, 63 mil 230 médicos especialistas contratados en el servicio sanitario de nuestro país⁷⁶. Por otra parte debe subrayarse la ausencia de planes para crear empleo para médicos generales, presentándose un decremento de plazas de 93 al año, no obstante, egresen 12 mil médicos generales al año.

A partir de estimaciones de la UNAM, se calcula que antes del 2012, el 25% de las plazas ocupadas por especialistas sean abandonadas debido a la jubilación de los trabajadores, y según proyecciones del IMSS del 2014 al 2017, ocurrirán las salidas más numerosas de médicos adscritos a sus unidades, alcanzando cifras record de 2800 y 2600 médicos al año, para estabilizarse en cifras anuales menores a los 2000 médicos hasta el año 2020. En total se esperan 13050 jubilaciones de 2010 a 2015 y en ese mismo lapso deberán contratarse 23950 médicos para cubrir sus vacantes, la obra nueva y programas prioritarios, además

de las jubilaciones aquí mencionadas y que constituyen la razón del 54.4% de sus necesidades planeadas⁷⁷.

Los médicos que se iniciaron en la profesión en la década de los años 70 son personas que cumplen más de 60 años en el 2010 y por ende se encuentran próximos a jubilarse. Aún cuando la población mexicana sigue siendo preferentemente joven, con una edad promedio nacional de 26 años según el último censo de población, se espera que la crisis de recursos humanos para la salud se de en 2020. Por ello, se recomienda que nuestro país realice estrategias y planes que le garanticen no sólo generar el número suficiente de profesionales en el área, sino mantenerlos en nuestro territorio.

En el caso de la salud mental, se sabe que la mayor parte de los médicos especialistas en psiquiatría residen en localidades urbanas, concentrándose principalmente en la zona metropolitana de la ciudad de México, mientras que del total de psiquiatras certificados, 10% reside en otro país, preferentemente, en Estados Unidos.

Sin embargo, la cantidad de plazas nuevas para especialistas en el área resultan insuficientes de acuerdo al número de egresados, lo que fomenta que estos profesionales hayan de preferir laborar en instituciones privadas o ejercer de manera independiente, lo que a la larga puede colocarles en una condición de inseguridad económica y laboral. Así, las instituciones de atención pública no cuentan con especialistas de psiquiatría en los tres niveles de atención, incluso

cuando se reconoce que una gran cantidad de patologías que causan estragos a las potencialidades físicas de la población están relacionadas directamente con la salud mental.

En cuanto al personal de enfermería y trabajo social, fundamentalmente capacitados para la atención de los trastornos mentales, existen especializaciones más de carácter técnico que profesional y las sedes educativas para su aprendizaje son limitadas. En México hay prácticamente la misma cantidad de médicos que de enfermeras. Los profesionales de la psicología, preferentemente los del área clínica supondrían mayores calificaciones para su desempeño con enfermos mentales, sin embargo, el trabajo en instituciones de alta especialidad obliga a una preparación extra para la que no existe instancia alguna que, en términos educativos, prepare a este tipo de profesionales. Otras ramas de atención sanitaria como laboratorio, imagenología, farmacéuticos, personal odontológico y administrativo carecen también de centros educativos que les preparen para atender a personas con trastorno mental en etapa aguda del padecimiento.

2.4 El caso de México

Las enfermedades mentales en México iniciaron a ser atendidas en el ámbito de la caridad religiosa. Después del advenimiento de la conquista de México se crearon el Hospital de San Hipólito y el Hospital del Divino Salvador, también conocido como “la Canoa”, el primero para hombres y el segundo para mujeres. En 1910 con la inauguración del Manicomio General la Castañeda se cerraron esos dos

asilos y sus enfermos se trasladaron a la nueva institución. Esta operó hasta la década de los sesentas cuando su funcionamiento fue sustituido por 11 hospitales psiquiátricos que albergaron a los pacientes dependiendo de su edad, condición mental y necesidades de internamiento. En un principio el servicio de psiquiatría no contó con atención de primer nivel.

En el Distrito Federal se ubicaron tres hospitales, uno para infantes, uno para adultos mixto y uno para adultos varones con padecimientos crónicos. Para la década de los años 80, existían además de los tres hospitales psiquiátricos, 16 Centros de Salud con módulos de salud mental en el Distrito Federal; de aquella infraestructura sólo quedan los tres hospitales⁷⁸.

Según las Propuestas de la reforma Psiquiátrica promovida por la OMS, en la década de los 90, se intentó promover además de la atención primaria en psiquiatría (que en México lo constituyen los Centros Comunitarios de Salud Mental CECOSAM), que la medicina general asumiera su compromiso con la atención integral, ubicando en hospitales generales camas para atención a los trastornos mentales.

Así se instauró, en algunos hospitales generales servicios de psiquiatría, pero ninguno cuenta con camas de internamiento. Ello incluso cuando la Secretaría de Salud señalaba en 1999, que existían 20 mil personas que podían necesitar atención hospitalaria psiquiátrica y cuando el número de camas disponibles para tal fin resultaban insuficientes⁷⁹.

Actualmente el país cuenta con 31 Hospitales psiquiátricos que en conjunto disponen de 4,643 camas censables; sin embargo, sólo uno de cada 5 pacientes con necesidad de recibir atención hospitalaria logra obtener una cama; es decir, existe un alto riesgo de no cubrir la demanda de atención o no brindarla de forma equitativa a todas las personas con trastorno mental agudo⁸⁰.

A través de la encuesta de epidemiología psiquiátrica realizada en 2003, se supo que 15 millones de mexicanos presentaban problemas de salud mental, de los cuales el 95% podría ser atendido en servicios ambulatorios, pero el 5% restante, alrededor de 750 mil necesitarán la atención hospitalaria especializada⁸¹. Sin embargo y pese que los datos epidemiológicos disponibles alertan sobre el hecho de que varios trastornos mentales de gravedad inician desde la niñez, no se ha incrementado la capacidad de la infraestructura de salud mental y prácticamente, el peso de la atención a estos trastorno recae en instituciones de orden federal, ubicados en la Ciudad de México.

Uno de estos hospitales de alta especialidad es precisamente el Fray Bernardino Alvarez que teniendo una experiencia de 45 años, se ha mantenido vigente, aún en contra de tendencias políticas que abogan por su desaparición.

2.5 El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

Esta institución se inauguró el 8 de mayo de 1967 y recibió a los pacientes catalogados como agudos que hasta esa fecha fueron atendidos en el Manicomio General. En un principio este hospital fue habilitado con 600 camas censables y

las plazas se cubrieron con la reubicación del personal que trabajaba en el manicomio, donde la mayor parte de ellos careció de entrenamiento académico para la atención de enfermos mentales.

Desde su inauguración ha tenido como tarea específica atender pacientes con trastorno mental agudo que requieran internamiento breve, distribuidos para su hospitalización en secciones para hombres o mujeres; cuenta además, con servicios para pacientes ambulatorios, es decir: Consulta Externa y la Hospitalización Parcial^{II}. Brinda también, campo clínico para la enseñanza de profesiones médicas y afines en el área, y es residencia para la especialización en psiquiatra. Por tanto una de sus funciones sustantivas es, del mismo modo, la enseñanza y la investigación.

Este hospital ha transitado por modificaciones esenciales que le han permitido modernizarse tanto en la atención como en la organización administrativa. La *primera etapa* puede considerarse de *conformación*, es decir, el periodo en el que se transforma de un nuevo manicomio a un verdadero hospital. Este periodo se caracteriza porque al inicio se reprodujo el sistema de encierro y hacinamiento de pacientes crónicos abandonados para los que no había otro lugar de atención. Esta situación, dependía más de exigencias legales que del papel que deseaba tener la institución, pues hasta ese momento, las obligaciones legales de la

^{II} La hospitalización parcial es una estrategia terapéutica de rehabilitación psicosocial, aplicada en pacientes con trastornos psicóticos crónicos. Ciertos padecimientos psiquiátricos como la esquizofrenia invalidan social y productivamente a los pacientes y requieren de este tipo de servicios para reinsertarse socialmente y alcanzar diferentes grados de independencia.

institución incluyeron la asistencia social, hecho que daba lugar a estancias prolongadas; saturación de camas y disminución de la calidad de la atención. Sin embargo con la Propuesta de Reforma de la Atención Psiquiátrica de Caracas Venezuela y la modificación de la Norma Oficial para la Atención Psiquiátrica Mexicana, hubo la posibilidad de modificar los criterios de ingreso hospitalario, estableciéndose la obligatoriedad de un responsable del paciente, lo que impidió la acumulación de pacientes y su abandono⁸².

Una vez que por ley se pudo reubicar a los pacientes abandonados en el Manicomio General y luego trasladados al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, se pudo modificar la organización de la institución para la función que fue creado: otorgar servicios de hospitalización corta, dar consulta a pacientes ambulatorios y proveer de servicios educativos e investigación.

La *siguiente etapa* consistió en la búsqueda de la *mejora de la atención* que había costado enormes críticas y señalamientos en cuanto al abuso al enfermo mental durante su estancia en la institución⁸³. Para dichos efectos, se realizaron estrategias programáticas y de auditoría interna que beneficiaron la percepción de los servicios recibidos por parte de los usuarios, es decir los pacientes y los familiares de estos.

En 1988 y 1989 se realizaron investigaciones sobre calidad de la atención de la que se supo que las quejas fundamentales de los usuarios, fueron el tiempo de espera, la poca información recibida para saber cómo tratar al paciente en su casa

y el trato recibido en el servicio de caja, así como malestar por el constante cambio de médico tratante en la Consulta Externa. En ese entonces la institución contaba con 648 trabajadores y mantenía un promedio de 353 camas ocupadas. En consulta externa se otorgaban 119 consultas diarias, de las cuales 8 eran de primera vez y éstas requieren de aproximadamente 90 minutos para ser realizadas, ya que incluyen la elaboración de la historia clínica; hechos que explicaban el tiempo de espera de los usuarios, pues el número de consultorios era reducido y aunque la mayor parte de las consultas eran de seguimiento, estas tampoco pueden ser igual de breves que en otras especialidades médicas.

En uno de los estudios, se supo que los trabajadores tenían inasistencias al trabajo por diversos motivos, entre los que se destacó el ausentismo por licencias con goce de sueldo que avala la falta del trabajador hasta por 20 días y que por mes, justificaba en promedio la ausencia de 10 casos. Mientras, otros 220 faltaban al trabajo por distintas causas. Esto explicaba por qué algunas áreas quedaba descubiertas y se exigiera un sobre esfuerzo a quienes si se presentan a laborar, generando eventualmente una atención inadecuada al usuario, ya que el número de pacientes a atender no se modificaba en ningún turno pero si el personal disponible⁸⁴.

Estas dos encuestas dieron lugar a sustentar la necesidad de equilibrar el número de trabajadores para atender la demanda real, y por ello se redujo la cantidad de camas censables y se contrató personal, al tiempo que se establecieron programas que dieran contención tanto a la familia como a los pacientes durante

su estancia. De ahí que nacieran varios programas específicos para cada grupo. De este modo se instituyó el programa de Orientación Familiar y el de Asamblea de Pacientes. Ambos se enfocaron a brindar información para la detección oportuna de síntomas que hicieran urgente acudir a la institución, la importancia de la adherencia al tratamiento medicamentoso y para responder a los cuestionamientos que los usuarios pudieran tener sobre el funcionamiento de la institución y de la patología mental. Por otra parte, se establecieron programas de capacitación específicos para el personal administrativo, a fin de garantizar que se mejorara la calidad de la atención a los familiares que requerían hacer diversos trámites como obtener citas y pagar los servicios.

En 1991 se realizó un estudio de riesgos de trabajo en el hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, pues ya se conocía lo que pensaban los usuarios y se habían tomado medidas para remediar las deficiencias detectadas en la calidad del servicio. Sin embargo un elemento indispensable para lograr una verdadera calidad incluía tomar en cuenta también la percepción de los asalariados.

En ese año, el hospital tenía una capacidad de 400 camas censables con una plantilla de 750 trabajadores, distribuidos en cinco turnos dando un índice de trabajador por cama de 2.1; menor al establecido por la OMS que sigue siendo de 3.1. En aquella ocasión la edad promedio de los trabajadores fue de 36 años para mujeres y 37 en hombres, siendo el estado civil predominante el de casado (42% en mujeres y 65.7% en hombres); la mayor parte de ellos eran nacidos en el DF y tenían un promedio de tres hijos.

La mayor parte de los empleados tenían preparación técnica, básicamente de enfermería que era el grupo más numeroso (35%), sólo 10% tenía licenciatura, 9% especialidad y 1% maestría. De los trabajadores de la institución sólo 31% llegó a trabajar en el área porque le interesaba, el resto llegó a ese lugar por distintas circunstancias. De lo anterior llamó la atención que 25% de los médicos hubiesen preferido otra área médica en que desarrollarse, pero en el momento en que dichos encuestados consiguieron su ingreso a la residencia médica, no elegían la especialidad a cursar, sino que eran enviados según las habilidades mejor mostradas en el examen de selección⁸⁵.

En el año 2007 se realizó un estudio sobre clima organizacional⁸⁶ en el que el 67% de los trabajadores declararon tener más de diez años de antigüedad y en el rango de los recién contratados (hasta con cinco años de antigüedad) solo se alcanzó el 14% de la muestra. La mayor parte de los trabajadores reportaron dependientes económicos (36%), sólo 6.2% no gastaba en la manutención de otra persona que no fueran ellos mismos y casi la mitad dijo ser casado. Más de la mitad sólo trabaja en este hospital y 34% desempeñaba otro empleo. La mayoría ocupaba menos de una hora diaria para llegar a trabajar, aunque 20% invertía más de hora y media en transporte.

Para más de la mitad de los encuestados, su remuneración era acorde al trabajo que desempeñaba, pero presentaron quejas sobre la insuficiencia de material y el número de personal para realizar sus actividades. También reportaron que el funcionamiento de equipo y aparatos era malo para más del 30% de los

encuestados. En cuanto a si la plaza que ocupaban era acorde a las funciones, 36% dijo que no; además, más de la mitad reportó haber sido agredido físicamente en los últimos 6 meses a la fecha de la citada encuesta, aunque cabe destacar que algunos señalaron, que pese a no haber recibido agresión física en el lapso de estudio, sufrían agresiones verbales por parte de los pacientes de manera cotidiana.

En las deficiencias del espacio físico, se destacaron las quejas del turno matutino en cuanto a hacinamiento en consultorios y falta de privacidad para trabajar con el paciente; goteras, así como fallas en equipo. Para el personal de enfermería en todos los turnos la queja más común fue la falta de ropa o entrega de ropa para pacientes, problema para controlar la salida de agua en las regaderas de pacientes y falta de aparatos para toma de signos vitales o control de niveles de azúcar en sangre. Para el resto de personal la demanda se centró en descomposturas de máquinas de escribir, computadoras viejas o inservibles, chapas descompuestas y filtraciones de agua.

En lo concerniente a las relaciones laborales 5.5% dijo que no le gusta trabajar en este hospital, aunque 41.4% tal vez cambiaría de trabajo si encontrara uno mejor. La mayoría dijo tener una buena o regular relación con sus compañeros de trabajo, aunque dijeron llevarse mejor con sus jefes. Para los trabajadores los jefes estaban preparados para desempeñar su función, aunque 21% dijo que eso no era así.

La mayor parte se sentía apoyado por sus compañeros, aunque la competencia y la indiferencia fue descrita por 22.3% de los encuestados. Cuando se presentaba algún problema, el personal mayoritariamente intentaba proponer soluciones, pero 20.03% sentía que era ignorado.

Trabajar con enfermos mentales les pareció equivalente a trabajar con otro tipo de pacientes, pero resultó desagradable o peligroso para 9% de los compañeros. Respecto de los manuales de procedimientos la mayoría dijo que estaba disponible, pero se insistió que no existía en algunos casos (6.7%), cuando se les preguntó si eran útiles estos manuales 22.4% dijo que nunca se usaban.

En cuanto a la capacidad para el trabajo, resaltó la solicitud de los trabajadores para que se capacitara al personal habilitado procedente de ramas administrativas o de servicios generales y que no tuvo como preparación inicial la de enfermería, ya que consideraron que su desempeño, además de ser limitado, producía problemas en la atención adecuada al paciente, en la relación de trabajo y en el aumento de riesgo de agresión. Con independencia de ello, para la mayoría de quienes respondieron, todos requerían seguir capacitándose.

La última encuesta formaba parte de las estrategias institucionales para favorecer la certificación institucional como un hospital de alta especialidad que cumple con todos los requisitos normativos para brindar atención de calidad con seguridad para el paciente y los propios trabajadores, es decir, lo que puede constituir la

tercera etapa de evolución institucional, en la que se separa definitivamente de la organización manicomial.

Toda vez que la perspectiva del cliente en las instituciones médicas sigue siendo determinante para medir la eficiencia de su actuación, en el 2009 se realizó un estudio más, con motivo de remodelaciones al interior de la institución. Estas buscaban abatir la sensación de encierro en los pacientes y sus visitantes; pues aunque con antelación se crearon programas para hacer más grata la estancia hospitalaria y favorecer la confianza de los familiares de pacientes^{III}, dicha sensación no se había logrado erradicar. Así, se modificaron todas las puertas de acceso a los pisos de internamiento, adquiriendo la institución una apariencia similar a la que tienen los hospitales generales, habiéndose obtenido excelente respuesta por parte de los usuarios, no así de los trabajadores que mostraron celos al sentir que se incrementaba el riesgo de violencia física en contra de ellos⁸⁷.

Debe subrayarse que con independencia de los primeros celos mostrados por los trabajadores para que se generalizara la remodelación de puertas, finalmente se generalizó el cambio y no hubo como ellos pensaron, mayor incidencia de agresiones físicas.

^{III} El programa de Vista a Puertas abiertas para familiares se instituyó a fines de la década de los 80. Este consistía en permitir que los familiares accedieran a los dormitorios y convivieran con el paciente dentro del área de internamiento. Su razón de ser la tuvieron las quejas de maltrato y trato inhumano a los enfermos mentales. Los pacientes se quejaban de maltrato con sus familiares para conseguir pidieran el alta y por supuesto, los familiares desarrollaban desconfianza con el trabajo de la institucional. Cuando los familiares tuvieron acceso al lugar donde los pacientes pasan la mayor parte del tiempo y verificaron que es igual al espacio hospitalario de cualquier institución médica, disminuyeron las altas por petición familiar y las quejas por mala atención.

Actualmente la institución se distingue por contar con el primer servicio de Psicogeriatría, una clínica de Adherencia Terapéutica que sirve a pacientes con dificultades de mantener la medicación, y la creación de diversas clínicas tanto en Consulta Externa como en Hospitalización continua, entre los que deben mencionarse: la Clínica de la Memoria y la Clínica de Terapia Familiar.

Aun cuando en términos generales las condiciones de trabajo se hayan mejorado para todas las áreas, es indispensable prever cómo la propia condición del empleado de la salud mental puede afectar su seguridad física y si existe alternativa para evitar que ni su envejecimiento ni la pérdida de habilidades o fortalezas físicas, demerite su capacidad productiva.

Para tales efectos a continuación se plantea la metodología que se seguirá para conocer la estimación de retiros programables en los próximos 10 años, así como la posible influencia que puedan tener las incapacidades físicas para que este proceso se acelere.

CAP. III. Estudio de caso

3.1 Planteamiento del problema

Debido al incremento de edad de una gran proporción de trabajadores adscritos al hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la aparición de problemas de salud [crónico-degenerativos] cada vez más frecuente en el personal, es factible que se

de un fenómeno de jubilación masiva y/o salida del empleo debido a invalidez o muerte del personal. Por tanto, se requiere establecer un plan de acción que impida el desarrollo de procesos críticos en el sistema de atención especializada, a partir de la insuficiencia de personal capacitado y experimentado en el tratamiento de padecimientos mentales agudos; por lo que me propuse realizar un estudio analítico que demuestre la urgencia del diseño de procedimientos planeados que garanticen la sustitución de recursos humanos especializados en psiquiatría. Para tales efectos se tomó información generada por el servicio de Recursos Humanos y fue analizada para establecer prioridades a abordar en el diseño de estrategias de acción en un término de diez años, a partir del 2011, que prevengan riesgos de operación institucionales, de salud de los trabajadores y de seguridad en los pacientes.

3.2 Objetivos:

3.2.1 General: diseñar un modelo de sustitución de personal que garantice la continuidad de la atención médico psiquiátrica sin menoscabo de la seguridad de los pacientes.

3.2.2 Particulares:

- 1) Analizar la información disponible para conocer la frecuencia de salida de personal adscrito y los motivos que lo causan.
- 2) Describir la frecuencia de las incapacidades médicas que presentan los trabajadores, según la rama, sexo y edad.

- 3) Analizar la demanda de atención del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y la disponibilidad de trabajadores para cubrirla, según el servicio (hospitalización continua o servicios ambulatorios).
- 4) Estimar retiros de personal a 10 años.

3.3 Metodología

Se realizó un estudio analítico para establecer una proyección de las necesidades de reemplazo de personal especializado de una institución médica de alta especialidad dedicada a la atención de padecimientos psiquiátricos, con la finalidad de comprobar las siguientes:

HIPOTESIS:

Ho= No existe diferencia significativa en la necesidad de reposición de profesionales debido al envejecimiento.

Hi= Existe diferencia significativa en la necesidad de reposición de profesionales debido al envejecimiento.

La información con que se nutrió la base de datos se obtuvo de los registros del Servicio de Recursos Humanos de la institución. Se retomaron las estimaciones que dicha área administrativa, realizó respecto de las diferencias de salario por rama al año 2011, según sean trabajadores en activo o jubilados. Estos últimos, perciben una remuneración mensual, según lo establecido por la Ley del Instituto de Servicios de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado. Con dichos datos se calculó la desviación estándar de las percepciones salariales, ya

que la disminución en la capacidad adquisitiva puede ser un factor en la decisión para retrasar la jubilación.

El modelo de regresión lineal utilizó como variables la edad y tiempo laborado; con ella se buscó el peso de influencia de la variable edad para la antigüedad y obtener la proyección de retiro de los trabajadores. Los datos disponibles, para medir la frecuencia de las incapacidades médicas se tomaron de los años 2006 al 2009. De estas se correlacionaron las frecuencias de licencias médicas con la edad, antigüedad, sexo y rama funcional, para estimar la probabilidad de mayores riesgos de trabajo, asociados al deterioro de salud que suele acompañar al proceso de envejecimiento. La información fue analizada con el paquete estadístico SPSS versión 13.

Finalmente debe mencionarse que la variable “rama funcional” fue recodificada, ya que la multiplicidad de códigos funcionales desagregan en exceso las puntuaciones, de modo que se diseñaron los siguientes grupos profesionales: Médicos, Psicólogos, Terapistas, Auxiliares de diagnóstico, Odontólogos, Directivos o Jefes, Servicios Generales, Enfermería, Trabajo social y Administrativos.

3.4 Resultados

El hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, contaba en el mes de abril de 2011, con 892 Plazas, de las cuales 17 se encontraban vacantes al momento del corte; diez de ellas pertenecían al área médica y paramédica y el resto al área

administrativa. De la información se obtuvo que el 55.05% eran mujeres y el resto hombres (44.95%); La edad promedio para los trabajadores fue de 47 años con una desviación estándar (DE) de diez años, mientras que el promedio de años de servicio fue de 19 años (DE=9.7años).

En cuanto a los promedios de edades y antigüedad por estratos de ramas laborales, se obtuvo que el personal más añoso pertenece al estrato de médicos y que entre el personal auxiliar de diagnóstico se ubican los de mayor antigüedad. En cuanto a personal por sexo, resultó que el estrato con mayor feminización es la de trabajo social, aunque el mayor número de mujeres se concentra en el área de enfermería; en tanto que el sexo masculino predominó en el área administrativa. La información se presenta en el Cuadro 1.

Posteriormente se aplicaron estadísticos de correlación para sexo y rama profesional encontrándose correlación bilateral significativa. Al separar por sexo, hubo correlación bilateral significativa respecto de la edad y la antigüedad para todas las ramas en el caso de mujeres, excepto en: Jefes, Auxiliares de Diagnóstico y Trabajo Social; no obstante cuando se realizó estadística para conocer homogeneidad marginal, Trabajo Social alcanzó correlación de .005

Es decir, aunque el personal que asume jefaturas, es de mayor edad, no tiene tanta antigüedad como el resto del personal, de igual modo sucede con el personal que realiza labores de auxiliar de diagnóstico o desempeña el Trabajo Social.

En cuanto a las desviaciones estándar para la antigüedad, las más altas se ubicaron, para Auxiliares de diagnóstico, Servicios generales y Terapistas para antigüedad (DE 12, 11 y 10 años respectivamente); mientras que para la edad las desviaciones más grandes resultaron para Auxiliares de Diagnóstico, Servicios Generales y Administrativos (DE 11.7, 11.1 y 9.9 años). En este caso las desviaciones estándar tan amplias, significa que los años de labor máximos y mínimos se encuentran muy dispersos, de modo que en estos grupos se ubican

**CUADRO 1
EDAD Y ANTIGÜEDAD POR RAMA 2011**

RAMA	HOMBRE	%	MUJER	%	PROM EDAD	DE. EDAD	PROM ANT	DE. ANTIGÜEDAD
TRABAJO SOCIAL	0	0	22	100	46.896	8.4852	19.27	7.7781
PSICOLOGIA	12	29.3	29	70.7	46.73	8.4852	17.56	19.0918
MEDICOS	58	57.4	43	42.6	50.28	7.7781	18.16	7.7781
ENFERMERIA	95	31.5	206	68.5	46.06	3.5355	20.4	6.3639
ADMINSITRATIVOS	134	66.3	68	33.7	47.27	4.9497	36.36	4.9497
TERAPISTAS	8	53.3	7	46.7	48.73	1.4142	19.26	2.1213
AUX. DIAGNOSTICO	10	55.5	8	44.5	48.44	16.2634	20.77	9.192388
SER. GRALES	49	40.8	71	59.2	46.37	19.0918	18.05	10.7134
DIRECTIVOS/JEFES	21	34.4	40	65.6	51.69	8.4266	17.25	5.6568
ODONTOLOGOS	2	25	6	75	53	0	23.5	2.8284

los trabajadores con menos antigüedad y aquellos que ya tienen el tiempo cumplido para jubilarse.

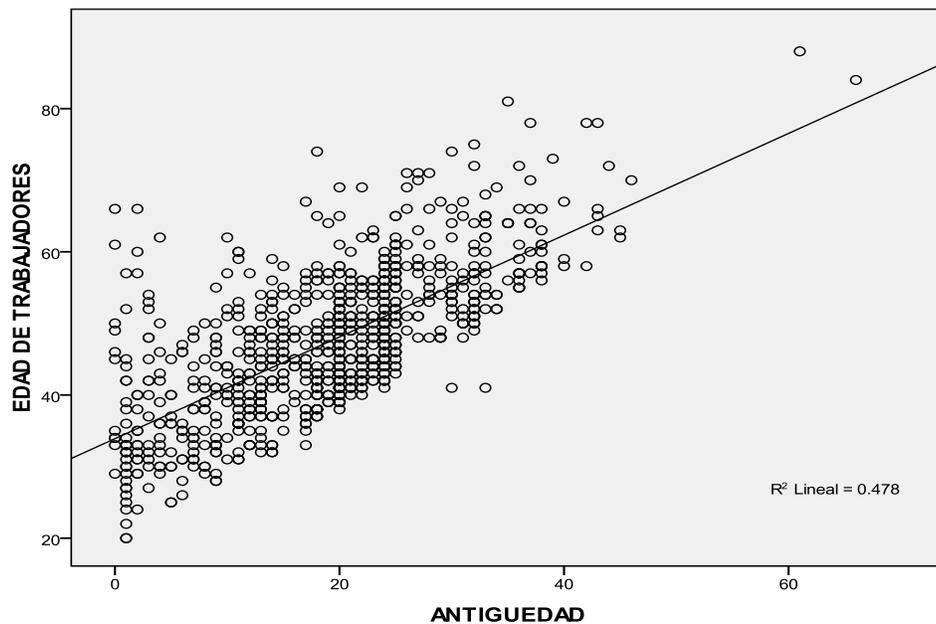
En hombres, Las desviaciones más grandes para edad fueron para Terapistas, Administrativos y Servicios Generales (DE 14.43, 11.46 y 11.42, respectivamente) aunque los médicos también alcanzaron los once años. Respecto de la antigüedad las desviaciones más altas las tienen los médicos, seguidos de los trabajadores de

Servicios Generales y los Administrativos (DE 11.2, 10.38 y 10.33). Es decir, definitivamente son los médicos varones los que más cercanos se encuentran a la jubilación, aunque los hombres que laboran en áreas administrativas y de servicios generales concentran a los más añosos.

Para conocer la relación que tiene la edad y la antigüedad de los trabajadores y establecer los tiempos límite para realizar acciones específicas en ellos, se aplicó la regresión lineal obteniéndose el resultado gráfico 1 que a continuación se muestra:

GRAFICA 1

RESULTADOS CORRELACION Y REGRESION LINEAL DE TODOS LOS TRABAJADORES



La prueba estadística incluye el cálculo de correlación de pearson, que en este caso alcanzó una influencia del 69%, con significación bilateral como se muestra en los siguientes cuadros (2, 3, 4 y 5):

CUADRO 2: Correlaciones

		EDAD DE TRABAJADORES	ANTIGUEDAD
EDAD DE TRABAJADORES	Correlación de Pearson	1	.691**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	888	888
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	.691**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	888	888

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CUADRO 3 Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.691 ^a	.478	.477	6.983

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD DE TRABAJADORES

CUADRO 4. ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	39570.207	1	39570.207	811.426	.000 ^a
	Residual	43206.900	886	48.766		
	Total	82777.107	887			

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD DE TRABAJADORES

b. Variable dependiente: ANTIGUEDAD

CUADRO 5 Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	-12.860	1.144		-11.238	.000
EDAD DE TRABAJADORES	.673	.024	.691	28.486	.000

a. Variable dependiente: ANTIGUEDAD

De este modo, para obtener valor de “y”, se aplicó la fórmula $y=a+bx$, aplicando por sustitución, tanto la edad promedio como la antigüedad promedio de la población (que hoy tiene 47 años con una antigüedad de 19 años), es decir la que corresponde al promedio de la muestra, obteniéndose una proyección de $[y=12.86+ .63 (19)]$ 24.83 años de servicio. Es decir, que en diez años, el 63% de los trabajadores habrán de encontrarse en posibilidad de iniciar el proceso de jubilación por años de servicio cumplidos y con edad suficiente para obtener el 100% de la jubilación como lo establece la Ley del ISSSTE.

Análisis de Licencias Médicas

Los trabajadores que presentaron licencia médica cuando menos en una ocasión durante los cuatro años de análisis (de 2006 a 2009), sumaron 433 casos; de ellos 58% fueron mujeres. Por mayor antigüedad en el empleo, predominaron los rangos de 11 a 26 años alcanzando el 65.1% de los casos; las edades predominantes en estos trabajadores, oscilaron entre 40 y 50 años, representando

el 41.6%. Por año, el número de trabajadores que solicitaron licencia fue como sigue (Cuadro 6).

CUADRO 6
Trabajadores con licencia médica por año y
Total de días de ausencia laboral

AÑO	DIAS	TRABAJADORES
2006	4459	241
2007	1694	158
2008	2916	190
2009	3272	198
TOTAL	12341	433^{IV}

Las patologías más frecuentemente presentadas por los trabajadores y que necesitaron más días de licencia médica fueron: el cáncer, las cirugías, y las lesiones osteomusculares, de estas últimas las más frecuentes, fueron: la lesión en cervicales, fracturas, lesión de tobillo y/o rodilla.

La regresión lineal para este conjunto de datos señala una alta correlación bilateral de .01, con estadístico de Pearson para edad, sexo y antigüedad como se muestra en la Gráfica 2, cuadros 7 y 8.

El año en que las mujeres presentaron más días de incapacidad médica fue el 2006 con 10.61 días, seguido del 2009, en que el promedio fue de 6.79; no obstante el valor máximos de días por incapacidad, se presentó en un caso con 216 días en el año 2008.

^{IV} El dato no corresponde a la sumatoria, sino a los individuos que en algún año recibieron licencia médica.

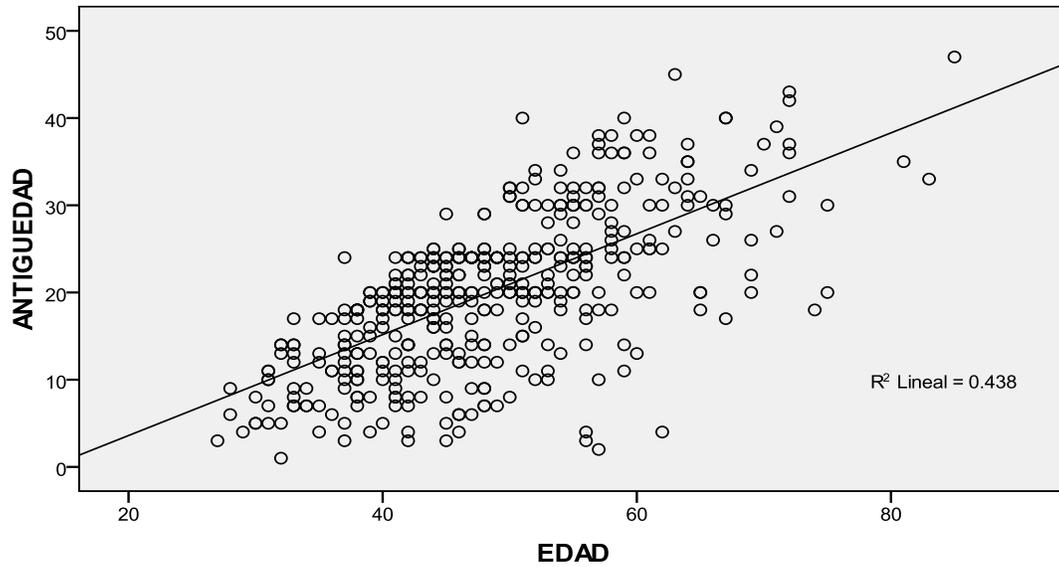
En Hombres, el año con más problemas médicos también fue el 2006, con un promedio de 9.86 días. Aunque ellos necesitaron menos días que las mujeres para volver a trabajar en todos los años; el trabajador que necesitó mayor número de días para recuperarse, ocupó 175 días.

Por otra parte, tanto para hombres como para mujeres se encontró alta correlación para permanecer enfermos a partir del 2007. es decir, las personas que comienzan a presentar problemas de salud con mayor número de días son también las que después siguen enfermándose. En estos casos, debe excluirse a las mujeres que se incapacitan por embarazo, ya que una vez que se reintegran al empleo, no dejan de asistir por causas médicas. Véase anexo cuadros estadísticos de licencias médicas.

GRAFICA 2

REGRESION LINEAL DE EDAD Y ANTIGUEDAD

PERSONAL CON LICENCIA MEDICA 2006-09



CUADRO 7 Correlaciones

		ANTIGUEDAD	EDAD
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	1	.662**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	433	433
EDAD	Correlación de Pearson	.662**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	433	433

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CUADRO 8 Correlaciones

		ANTIGUEDAD	EDAD	SEXO
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	1	.662**	-.079
	Sig. (bilateral)		.000	.101
	Suma de cuadrados y productos cruzados	33067.852	25036.624	-147.363
	Covarianza	76.546	57.955	-.341
	N	433	433	433
EDAD	Correlación de Pearson	.662**	1	-.104*
	Sig. (bilateral)	.000		.030
	Suma de cuadrados y productos cruzados	25036.624	43289.432	-223.314
	Covarianza	57.955	100.207	-.517
	N	433	433	433
SEXO	Correlación de Pearson	-.079	-.104*	1
	Sig. (bilateral)	.101	.030	
	Suma de cuadrados y productos cruzados	-147.363	-223.314	105.501
	Covarianza	-.341	-.517	.244
	N	433	433	433

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

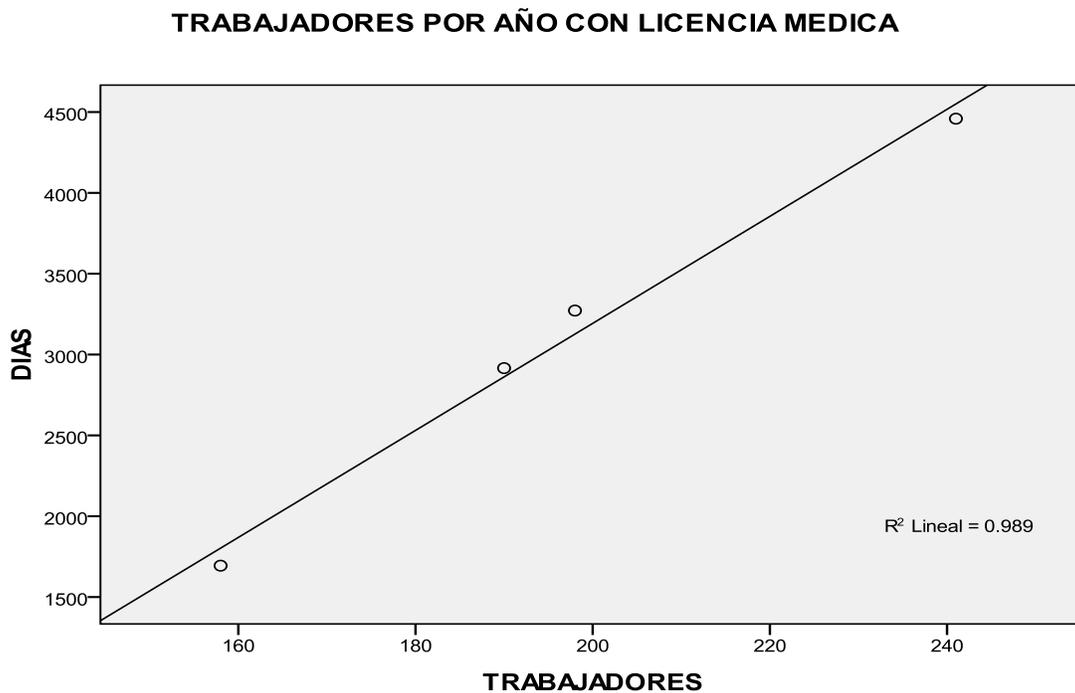
* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Por otra parte, debe comentarse que 53 sujetos de los 433 que presentaron incapacidad en los cuatro años de estudio (12.24%), ya no aparecen en la plantilla de personal de 2011; diez de ellos fallecieron antes de jubilarse, lo que representa una tasa de mortalidad acumulada para los años 2006-2009, de 12 por cien trabajadores. Treinta más, fueron jubilados o salieron del empleo por retiro

voluntario (56.6%) y el resto cambió de adscripción, se encuentra comisionado o renunció.

En cuanto a la relación y progresión de días por trabajador con incapacidad médica, se encontró una muy alta influencia, que alcanza el 98% de influencia sobre la cantidad de días perdidos, como se muestra en la siguiente gráfica 3.

GRAFICA 3

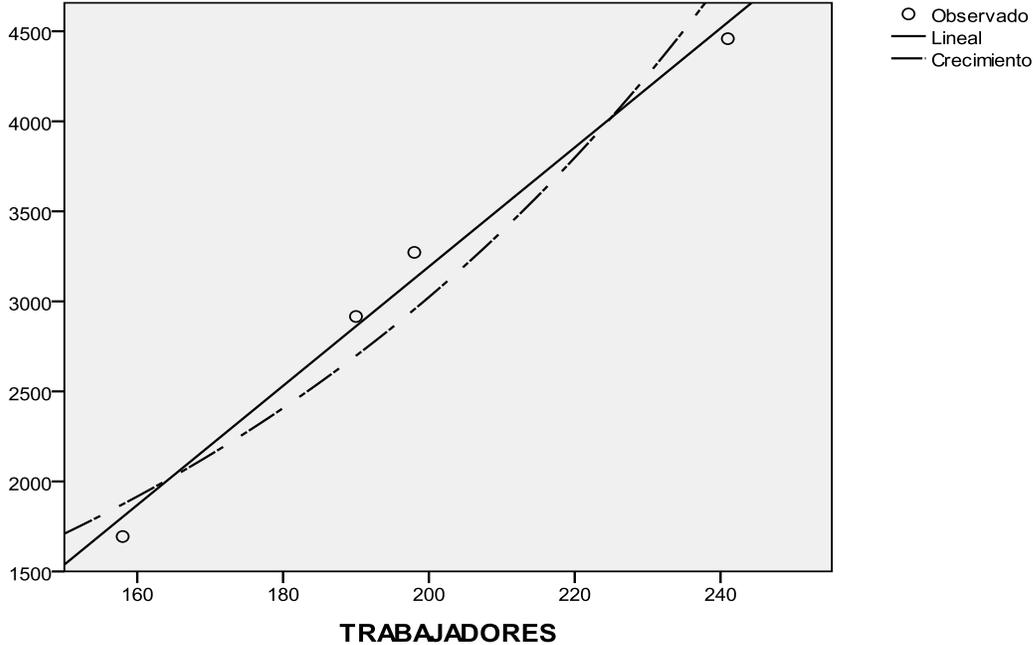


Cuando se aplicó la fórmula para la proyección, se obtiene además de la correlación positiva (98%, nivel de significancia .001 bilateral de Pearsons) el incremento paulatino, tanto de trabajadores enfermos como de días necesarios para recuperar la salud, tal como se observa en el siguiente gráfico 4. Los valores

observados corresponden a cada año de análisis, de 2006 a 2009 y la curva punteada a la proyección ascendente para días y moderadamente controlada para número de trabajadores.

GRAFICA 4

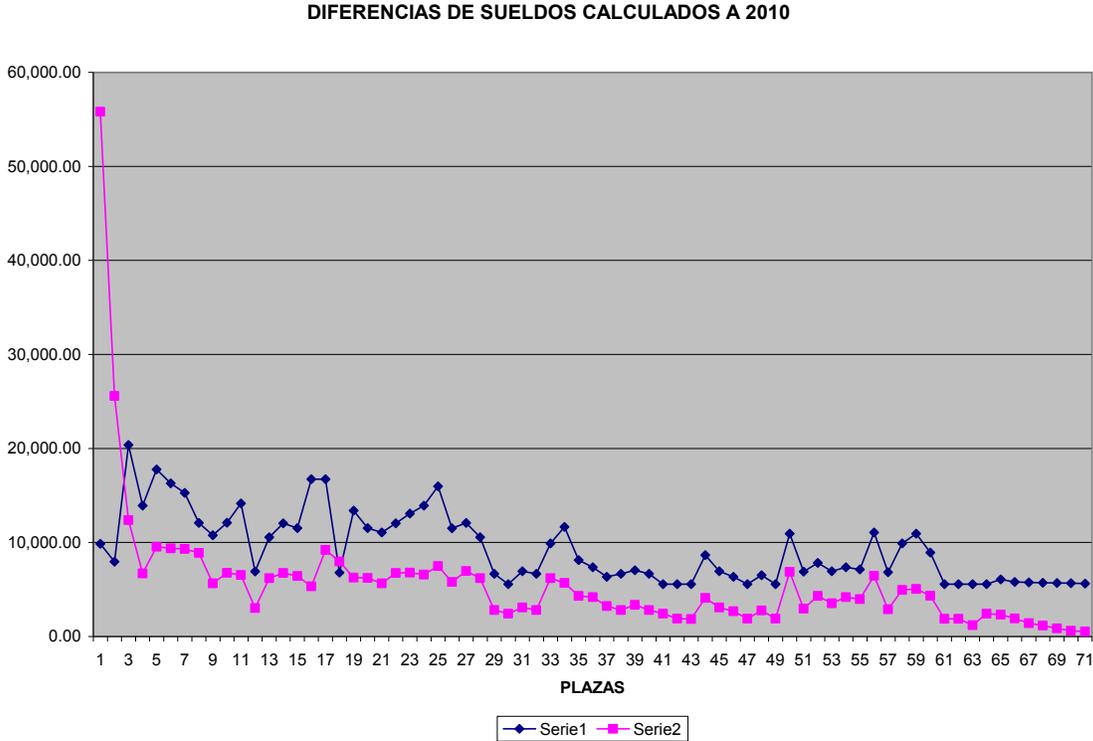
DIAS



Finalmente, en la comparación de sueldos que el personal obtenía durante 2010, respecto de los que puede llegar a tener en caso de que se jubile en el 2011, se obtuvo una desviación estándar de 8.91 (es decir una diferencia de casi nueve mil pesos si se compara el salario actual con el de jubilado) y un promedio de disminución de sueldo mensual bruto de \$5865.88, como se expone en el gráfico de comparación del descenso de ingresos. Obviamente las fluctuaciones son superiores cuando los sueldos sean mayores y más estables en ingresos

inferiores. La serie 1 representa los sueldos en activo y la serie 2, la disminución del sueldo. El primer puntaje no tiene comparación, por carecer del cálculo en la base de datos de origen y corresponde al sueldo del Director de Área. Grafica 5

GRAFICA 5



3.5 Análisis de Resultados

El personal de este hospital se encuentra mayoritariamente, cursando la cuarta y quinta década de la vida, siendo los más añosos los médicos y directivos. El 70% de ellos habrá alcanzado el tiempo y la edad de jubilación en 13 años, mientras tanto, 49.7% de los trabajadores requieren incapacidades médicas, que aumentan en número de días de incapacidad conforme aumenta la edad; además se ha estimado que cada año haya más trabajadores con problemas de salud que

ameriten incapacidad médica. Ello significa que aunado al ausentismo, la problemática para cubrir la demanda de atención se ve acrecentada. Por otra parte, en 4 años los trabajadores mostraron un promedio de 2.7 defunciones anuales y las jubilaciones o retiros voluntarios han ocurrido preferentemente en plazas denominadas administrativas. Estas no siempre son reemplazables, debido a políticas de la Secretaría de Salud; por lo que desde 2009 se suspendieron los retiros voluntarios. Aún así, conservar la plantilla laboral no es actividad fácil, pues ocasionalmente se reciben de parte de áreas centrales de la Secretaría, indicaciones de “congelar” plazas, y esos puestos pueden quedar descubiertos por años.

En cuanto a la salud de los trabajadores, debe mencionarse que la aparición de problemas cardiovasculares y metabólicos, si bien ocupan pocos días de incapacidad (1 a 5 días por evento), señalan la existencia de problemas de salud que tienen la capacidad de minar, paulatinamente, las capacidades de trabajo. Llama la atención que sean pocos médicos los registrados en licencias médicas, tal vez porque ellos prefieren la automedicación o no usan los servicios del ISSSTE a menos que requieran faltar varios días al trabajo, pues recordemos que los empleados del estado cuentan con prestaciones como días económicos o licencias con goce de sueldo que facilitan cubrir las faltas.

Los problemas musculares, articulares y óseos, deben prevenimos de riesgos para la reacción inmediata y oportuna que implica la subyugación de cuadros agudos con agresividad heterodirigida, y más grave es aún la aparición de cáncer

en mayores de 40 años. Por último, cabe mencionar que ocurrieron cuatro casos con problemas relacionados a trastorno psiquiátrico que requirió de incapacidad médica, por orden de días ocupados para la recuperación quedaron como sigue: policontusión por crisis epiléptica, alcoholismo, depresión y ansiedad. Es decir, pese a encontrarnos en una institución de psiquiatría, en la que es común que los trabajadores consulten a sus compañeros para abatir este tipo de problemas, es factible que algún caso salga de control, por lo que esta información puede alertarnos de problemas de agotamiento laboral que no se atiende de manera adecuada y menos aún se da a conocer para establecer mecanismos de acción organizacional que favorezcan su disminución. Sin embargo, como es sabido, poco se habla de estos malestares y menos aún se asumen en el área de psiquiatría⁸⁸, porque la disminución de salud mental pone en duda la capacidad de permanecer en el empleo de manera satisfactoria.

Este razonamiento no es compartido por otras disciplinas médicas, pues ocasionalmente se reciben trabajadores por cambio de adscripción, precisamente porque dichos empleados padecen problemas psiquiátricos o neuropsiquiátricos y por alguna razón, les envían al hospital Fray Bernardino Álvarez porque creen que ahí se desempeñaran mejor y estarán cuidados. El problema resulta cuando sus compañeros no saben como tratarlo si como colaborador o paciente, complicando el ambiente de trabajo y la productividad de todos.

La ausencia de un compañero de trabajo, implica necesariamente la sobrecarga de tareas y responsabilidades, pero si a ello le sumamos la propia fragilidad física

de los que se quedan a laborar se comprende cómo se potencia el desgaste a la salud y la eventual urgencia de dejar de trabajar en condiciones indeseables, a saber: enfermo y recibiendo remuneraciones más bajas. Algunos autores han realizado estudios al respecto de la eventual disminución de ingresos debido a estos factores, y han encontrado que este fenómeno de desgaste laboral, enfermedad y pobreza tiende a afectar más severamente a las mujeres y a aquellas personas que desde un inicio contaban con salarios bajos y tareas de poca calificación. En los grupos constituidos por hombres con estudios superiores y que hayan desempeñado puestos directivos, la situación tiende a mejorar enormemente, pues ellos tienden a acumular bienes que pueden usar en la vejez⁸⁹. Así, aunque hayamos comprobado que los directivos son los que terminan con mayor impacto en el ingreso cuando se jubilan, es factible que en efecto no vean tan afectada su economía, ya que es de esperar hayan tenido más oportunidad que otros trabajadores para asegurar un mejor nivel económico para la vejez.

En la institución estudiada, existe una alta feminización y después de verificar que son las trabajadoras quienes más tiempo cursan incapacidades médicas, podemos sostener que el proceso e impacto negativo del envejecimiento ya ocurre y que su permanencia en lugares de riesgo puede favorecer que el deterioro aumente y con ello se ponga en riesgo a un mayor número de empleados.

Finalmente, debe señalarse que se aprueba la hipótesis alternativa, al comprobarse que la correlación estadística y la previsión de que en 10 años, 70%

de los trabajadores estarán en capacidad de jubilarse por tiempo trabajado y edad. Es decir, se puede plantear que en 10 años puede ocurrir un proceso de jubilación masiva, difícil de asumir en una institución que basa mucha de su efectividad en la experiencia acumulada por los empleados.

De este modo se hace urgente tomar acciones de protección, tanto para los trabajadores como para los pacientes, pues se espera que quienes les atiendan estén en capacidad de dar contención y solución a sus problemas de salud.

Aquí cabe subrayar que aunque la OCDE⁹⁰ ha señalado que los mexicanos dejan de laborar a los 73 años, generalmente quienes a esa edad consiguen su sustento mediante el trabajo, no lo hacen como asalariados y por ende no es de esperar que el personal de la institución permanezca activo hasta entonces, aun cuando los médicos si han presentado dicha tendencia. Sin embargo, esta situación no podrá continuar por mucho tiempo, ya que en la actualidad los más viejos pueden recibir apoyo porque aún hay personal relativamente joven o fuerte, pero conforme el proceso de envejecimiento se generalice, dicha posibilidad de permanecer laborando como adulto mayor, se reducirá bruscamente.

CAP. IV Conclusiones y Propuestas

4.1 Propuesta de Plan estratégico

A la fecha, se realizan acciones tendientes a limitar complicaciones de salud de los trabajadores haciendo uso de recursos externos, tales como los programas de diagnóstico oportuno que el ISSSTE procura para sus afiliados, además de que el programa de medicina preventiva institucional, incluye algunas actividades como la vacunación que son obligatorias en servicios médicos; sin embargo, el proceso de envejecimiento seguirá haciendo mella en todos los trabajadores, por lo que para continuar con los servicios de salud mental para pacientes psiquiátricos agudos se requiere adicionalmente a la prevención de la salud de los trabajadores las siguientes acciones:

1.- Capacitar al personal más joven en la toma de decisiones y la comprensión de la misión y visión institucional, a fin de formar cuadros de directivos y de liderazgo con capacidad para transmitir conocimiento y experiencia al resto de trabajadores o a los nuevos empleados que se contraten para suplir a los que han de jubilarse.

2.- Promover la creación de una bolsa de trabajo con profesionales en formación, interesados verdaderamente en aprender la atención al paciente psiquiátrico en etapa aguda del padecimiento. Para ello sería adecuado establecer acuerdos interinstitucionales con las Universidades Públicas de la Ciudad de México, para capacitar a profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social, odontología, laboratorio, enfermería e imageneología en el manejo del paciente psiquiátrico, a

fin de contar con disponibilidad de personal previamente calificado, conforme las jubilaciones lo hagan necesario.

3.- Proponer acuerdos sectoriales que faciliten la contratación de personal adicional, para cubrir las ausencias de trabajadores de manera temporal, toda vez que es factible que las incapacidades comiencen a disminuir de manera real el índice de trabajador por cama censable.

4 - Programar la rotación de trabajadores, con base en criterios de habilidad y capacidad física para afrontar eventos críticos como la agresión física por parte de pacientes agitados. Es decir, que una vez que se detecten deficiencias físicas en los trabajadores que puedan agregar riesgo al empleado o al paciente, este se ubique en lugares de mayor seguridad, por el tipo de servicio que se brinda y las características de los usuarios que asisten a determinados servicios (hospitalización parcial, clínicas, CEYE o Consulta Externa), dejando en las áreas de mayor hostilidad a los más jóvenes, previamente capacitados para ello (urgencias y hospitalización continua). Esta medida debe considerarse con limitaciones para mantenerse por mucho tiempo, por lo que es de relevancia sumar otras alternativas que alivien la problemática de ausencia de personal.

5.- Promover que el Seguro popular suministre de manera gratuita el medicamento antipsicótico que evita el brote y la posible agresión, para todos los casos que se atiendan en la institución. Ello además evitaría el deterioro actual de los pacientes.

6.- En tanto el personal se encuentra en este proceso de posible jubilación masiva, sería adecuado realizar anualmente, cuando menos, dos cursos de preparación para la jubilación, hasta que el 100% de los trabajadores lo hayan cursado, porque en la actualidad este tipo de cursos sólo se aplican cuando son ofrecidos por el área de capacitación del ISSSTE o cuando el grupo de trabajadores a jubilarse es grande. Este tipo de cursos puede favorecer que el trabajador tome consciencia del riesgo al que se sobre expone si permanece por más tiempo del necesario en este tipo de empleos, a la vez que se le da la oportunidad de planificar su salida del trabajo en la mejor condición.

7.- Generar información para conocer el estado de salud de los trabajadores para establecer medidas de prevención y disminución de riesgo. De tal modo que se busque siempre mantener la seguridad del paciente que se atiende en esta institución, ya que el personal ha de realizar actividades con el paciente que pueden atentar contra dicha seguridad, como en el caso de asistirlos en actividades de vida diaria (bañarlos, sujetarlos, ayudarles a subir a sus camas, vestirse o comer).

8.- Establecer un programa de capacitación específico para el personal más joven, a fin de que cuando cubra vacantes por jubilación este verdaderamente preparado para ello, de modo que este sea un criterio escalafonario para asumir un puesto.

4.2 Límites de la propuesta

Pese a que la Ley Federal de Trabajo establece entre otras obligaciones de los patrones, disponer de medicamentos y material de curación para primeros auxilios, así como fomentar actividades deportivas⁹¹, rara vez se lleva a cabo en la institución de estudio, porque a pesar de que se da por sentado que los trabajadores saben cómo cuidar su salud y que, de darse un accidente, cualquier área del hospital estaría en capacidad de atenderlos, ello no sucede porque el personal ni se ejercita ni verdaderamente cuida su salud o busca atención si la necesita. Debe aclararse aquí que se sabe de trabajadores que requieren dieta especial por padecer algún problema metabólico o sistémico, sin embargo son de los que usualmente salen a comprar más comida, aun que sepan que les hace daño.

Por otra parte, la calidad de atención de los servicios médicos del ISSSTE parece no ser atractiva para los trabajadores, entre otras cosas debido al tiempo de espera para recibir la atención, disponibilidad de medicamentos o calidad de la atención y no acuden a ese instituto a recibir control de las patologías que padecen^{92, 93}.

Otra dificultad para establecer medidas eficientes que permitan ubicar a los más viejos en los lugares de mayor protección, reside en las políticas de reducción de burócratas, aplicadas desde las últimas décadas del siglo pasado, mientras se aumenta la cobertura de atención o se solicitan metas más grandes a alcanzar⁹⁴. Además, debido a que se acumula cada año personal con más y más graves

problemas de salud, resultan insuficientes los espacios para reubicarlos y algunos servicios empiezan a mostrar graves carencias de personal, sin que haya recurso humano para cubrir funciones esenciales en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes que solicitan la atención.

Un fenómeno adicional a enfrentar es la habitual resistencia del personal de salud a aceptar sus enfermedades y buscar ayuda médica. Dicha situación afecta más a galenos y al personal de enfermería, sin embargo, parte de la responsabilidad del directivo médico reside en asegurar que sus trabajadores se encuentren en óptimas condiciones para generar los servicios de salud que se solicitan a la institución. Por tanto se requiere un trabajo respetuoso pero continuado hasta que la subjetividad y los hábitos de automedicación no responsable, sean limitados al máximo entre todo el personal⁹⁵.

Una de las mayores limitaciones para realizar transformaciones que garanticen la continuidad del trabajo institucional, reside en los constantes cambios administrativos y la pérdida de información o falta de sistematización de esta. En el caso de algunos datos necesarios para desarrollar esta tesis, resultó sorprendente saber que nadie la concentra ni la estudia. El personal del área de recursos humanos no tiene la información completa, algunos documentos no son regresados por áreas centrales y cuando los procedimientos cambian, dejan de hacerse registros. Estos cambios al ser constantes, obligan al personal a tomar decisiones por corazonada, supuesta experiencia o indicaciones, pero no generan

indicadores o información propia que explique que acontece en la institución de manera realista.

Por otra parte, la colección de información de salud de los trabajadores debe realizarse en el marco de la más profunda ética, del mismo modo en que se manejan los registros médicos de los pacientes y, en ese sentido, las decisiones de su reubicación en lugares donde puedan seguir trabajando, deberá buscar además de la funcionalidad institucional, la dignidad y respeto a la labor que desempeña el profesional de salud. Sin embargo, el envejecimiento de los trabajadores no puede ser negado ni pasado por alto, pues las consecuencias para trabajadores y usuarios pueden ser graves.

Por otra parte, el proceso de concientizar a los trabajadores del riesgo que corren al postergar su jubilación, encuentra como principal obstáculo en la falta de cultura sobre el envejecimiento, planeación de vida para la vejez, incapacidad económica y ausencia de redes emocionales de apoyo. Este último fenómeno, ha sido detectado en los profesionales que abandonaron la vida familiar para alcanzar el éxito profesional o económico.

No obstante, el personal más viejo puede ser el encargado de transmitir la experiencia en el manejo adecuado de trastornos psíquicos complejos y reproducir el sistema tutorial de la enseñanza, para constituir cuadros de especialistas comprometidos con la institución, en capacidad de recuperar la experiencia del

pasado e innovar estrategias de solución a los problemas actuales y futuros que el personal de la salud mental deba enfrentar.

Finalmente debe asumirse que el problema de sustitución de personal es muy alto en todo el sector salud y que las condiciones de empleo que ofrece el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez pueden no ser competitivas para cuando sea indispensable conseguir el personal suficiente y capacitado para cubrir las vacantes que se generen⁹⁶

4.3 Pertinencia de la Tesis

La investigación en servicios de salud, siendo factible es poco promovida y aprovechada en las instituciones públicas. Actualmente se orienta a desarrollar modelos que buscan la eficacia financiera, elevación de la calidad, readecuación de procedimientos y evaluación de la productividad institucional; no obstante se olvida que todas estas áreas de desarrollo de conocimiento están basadas en el trabajo de personas concretas que generan servicios y que la adecuada dirección de su productividad es lo que hace funcionar a las instituciones.

En ese sentido, como se mencionó en el Capítulo1, y en concordancia con la clasificación para las contribuciones de la investigación en servicios de salud que aparecen en el programa de Servicios de Salud de la OMS, de febrero de 1989, esta tesis es pertinente a la generación de conocimiento propio de la investigación en salud, ya que informa y propone planear acciones que limiten los efectos del envejecimiento del personal de salud, en el rendimiento institucional, es decir se

inscribe en la séptima línea de clasificación al **constituirse como una Investigación sobre solución de problemas, relativos a la administración de personal** .

Además, en México y para el área de salud mental, no existe un estudio similar y como puede constatarse en las referencias bibliográficas, existe evidencia de que la necesidad de personal especializado no es exclusivo del Hospital Psiquiátrico y que distintas instituciones públicas comparten el dilema de ver que su personal más experimentado se jubilará muy pronto y habrá que cubrir miles de plazas, sin contar con personal previamente capacitado para asumir las funciones que aquellos abandonan.

CONCLUSIONES

1.- El proceso de envejecimiento de los trabajadores adscritos al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez ya incide negativamente en su productividad, debido a la aparición de enfermedades que les obligan a faltar a laborar, creando sobre cargas de trabajo para quienes si asisten. Al momento del corte del estudio, el 25% del personal ya presenta afecciones que continuamente le obliga a obtener licencia médica.

2.- La formación del personal más joven para que asuma los puestos de mando institucional, son una alternativa para evitar que la experiencia acumulada por el personal más añoso se pierda.

4.- La investigación en Servicios de Salud, es necesaria y útil para reorganizar la administración de los recursos humanos, elemento esencial de la producción de este tipo de servicios.

5.- Las instituciones de salud mental, son espacios con características especiales que requieren de soluciones específicas, por lo que los resultados de esta investigación pueden ser de utilidad para comprender los problemas a que se enfrentan otras organizaciones médico-psiquiátricas nacionales.

ANEXOS

ANEXO 1

Estadísticos descriptivos de la plantilla de trabajadores 2011

PLAZAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SERVICIOS GENERALES	120	13.8	13.8	13.8
	ADMINISTRATIVOS	207	23.7	23.8	37.5
	JEFESO DIRECTIVOS	43	4.9	4.9	42.5
	AUX DE DIAGNOSTICO	9	1.0	1.0	43.5
	ENFERMERIA O CAMILLEROS	301	34.5	34.6	78.1
	DENTISTA	8	.9	.9	79.0
	MEDICOS	104	11.9	11.9	90.9
	TRABAJO SOCIAL	23	2.6	2.6	93.6
	PSICOLOGIA	41	4.7	4.7	98.3
	TERAPISTA	15	1.7	1.7	100.0
	Total	871	99.9	100.0	
Perdidos	Sistema	1	.1		
Total		872	100.0		

Estadísticos Descriptivos de trabajadoras en el 2011

	EDMED	EDPSIC	EDATERA P	EDAODO N	EDATRA BSOC	EDAUX	EDAJEF	EDASERGR	EDAENF ER	EDADVOS
N Válidos	43	29	7	6	8	8	18	71	205	68
Perdidos	162	176	198	199	197	197	187	134	0	137
Media	49.21	47.83	44.57	52.50	48.375	44.00	48.89	48.52	46.81	45.06
Mediana	49.00	47.00	42.00	55.00	48.000	48.50	50.00	46.00	46.00	44.00
Moda	54	46	33 ^a	54 ^a	44.0	28	48	43 ^a	45	44
Desv. típ.	9.301	6.923	9.235	8.758	4.9839	11.110	6.825	11.724	7.595	9.959
Asimetría	1.017	.350	.239	-2.223	.248	-.693	-1.487	.349	.243	.508
Error típ. de asimetría	.361	.434	.794	.845	.752	.752	.536	.285	.170	.291
Mínimo	32	36	33	35	42.0	28	30	26	24	25
Máximo	78	62	58	58	56.0	57	57	72	78	71

a. Existen varias el menor de los valores de .modas. Se mostrará

Correlaciones por Rama y Sexo

		SEXO	RAMAS
SEXO	Correlación de Pearson	1	-.141**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	870	870
RAMAS	Correlación de Pearson	-.141**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	870	870

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Estadísticos Descriptivos para antigüedad

		ANTMED	ANTPSIC	ANTERA	ANTODON	ANTRABSO	ANTAUX	ANTJEF	ANSERGRA	ANTENFER	ANTADVOS
N	Válidos	43	29	7	6	8	8	18	71	205	68
	Perdidos	162	176	198	199	197	197	187	134	0	137
Media		15.72	17.55	18.57	25.50	16.38	16.38	16.56	18.90	21.14	16.279
Mediana		16.00	19.00	19.00	28.00	16.00	16.50	18.00	20.00	22.00	18.000
Moda		11 ^a	20	2 ^a	28	14	9	18	20 ^a	24	20.0
Desv. típ.		9.752	7.288	10.212	9.418	2.504	12.165	8.111	11.083	8.193	9.0815
Asimetría		.524	-.551	-.405	-.359	.670	-.091	-.210	.177	-.257	-.105
Error típ. de asimetría		.361	.434	.794	.845	.752	.752	.536	.285	.170	.291
Mínimo		0	0	2	12	14	0	3	1	0	.0
Máximo		43	30	32	38	20	31	31	44	45	37.0

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

CORRELACIONES

	EDMED	ANTMED	EDPSIC	ANTPSIC	EDATERA	ANTERA	EDAODO	ANTODO	EDATRABSO	ANTRABS
	D	D	C	C	P	P	N	N	C	O
EDMED	1	.784**	.162	.052	-.351	-.654	-.128	.037	-.188	.383
Correlació n de Pearson										
Sig. (bilateral)		.000	.400	.788	.441	.111	.809	.944	.657	.349
N	43	43	29	29	7	7	6	6	8	8
ANTMED	.784*	1	.109	-.244	-.563	-.370	.713	.502	.088	-.615
Correlació n de Pearson										
Sig. (bilateral)	.000		.575	.202	.188	.414	.111	.310	.837	.104
N	43	43	29	29	7	7	6	6	8	8
EDPSIC	.162	.109	1	.432*	.142	-.052	-.533	-.184	.200	.399
Correlació n de Pearson										
Sig. (bilateral)	.400	.575		.019	.761	.912	.276	.728	.634	.328
N	29	29	29	29	7	7	6	6	8	8
ANTPSIC	.052	-.244	.432*	1	.141	-.139	-.625	-.203	.079	.474
Correlació n de Pearson										
Sig. (bilateral)	.788	.202	.019		.763	.767	.184	.700	.853	.235
N	29	29	29	29	7	7	6	6	8	8
EDATERA	-.351	-.563	.142	.141	1	.890**	-.739	-.837*	-.192	.002
Correlació n de Pearson										

	Sig. (bilateral)	.441	.188	.761	.763		.007	.093	.037	.680	.997
	N	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7
ANTERAP	Correlació n de Pearson	-.654	-.370	-.052	-.139	.890**	1	-.357	-.635	.009	-.367
	Sig. (bilateral)	.111	.414	.912	.767	.007		.487	.176	.985	.418
	N	7	7	7	7	7	7	6	6	7	7
EDAODON	Correlació n de Pearson	-.128	.713	-.533	-.625	-.739	-.357	1	.726	.476	-.616
	Sig. (bilateral)	.809	.111	.276	.184	.093	.487		.102	.340	.193
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
ANTODON	Correlació n de Pearson	.037	.502	-.184	-.203	-.837*	-.635	.726	1	.647	-.335
	Sig. (bilateral)	.944	.310	.728	.700	.037	.176	.102		.165	.517
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
EDATRABSO C	Correlació n de Pearson	-.188	.088	.200	.079	-.192	.009	.476	.647	1	-.482
	Sig. (bilateral)	.657	.837	.634	.853	.680	.985	.340	.165		.226
	N	8	8	8	8	7	7	6	6	8	8
ANTRABSO	Correlació n de Pearson	.383	-.615	.399	.474	.002	-.367	-.616	-.335	-.482	1

Sig. (bilateral)	.349	.104	.328	.235	.997	.418	.193	.517	.226	
N	8	8	8	8	7	7	6	6	8	8

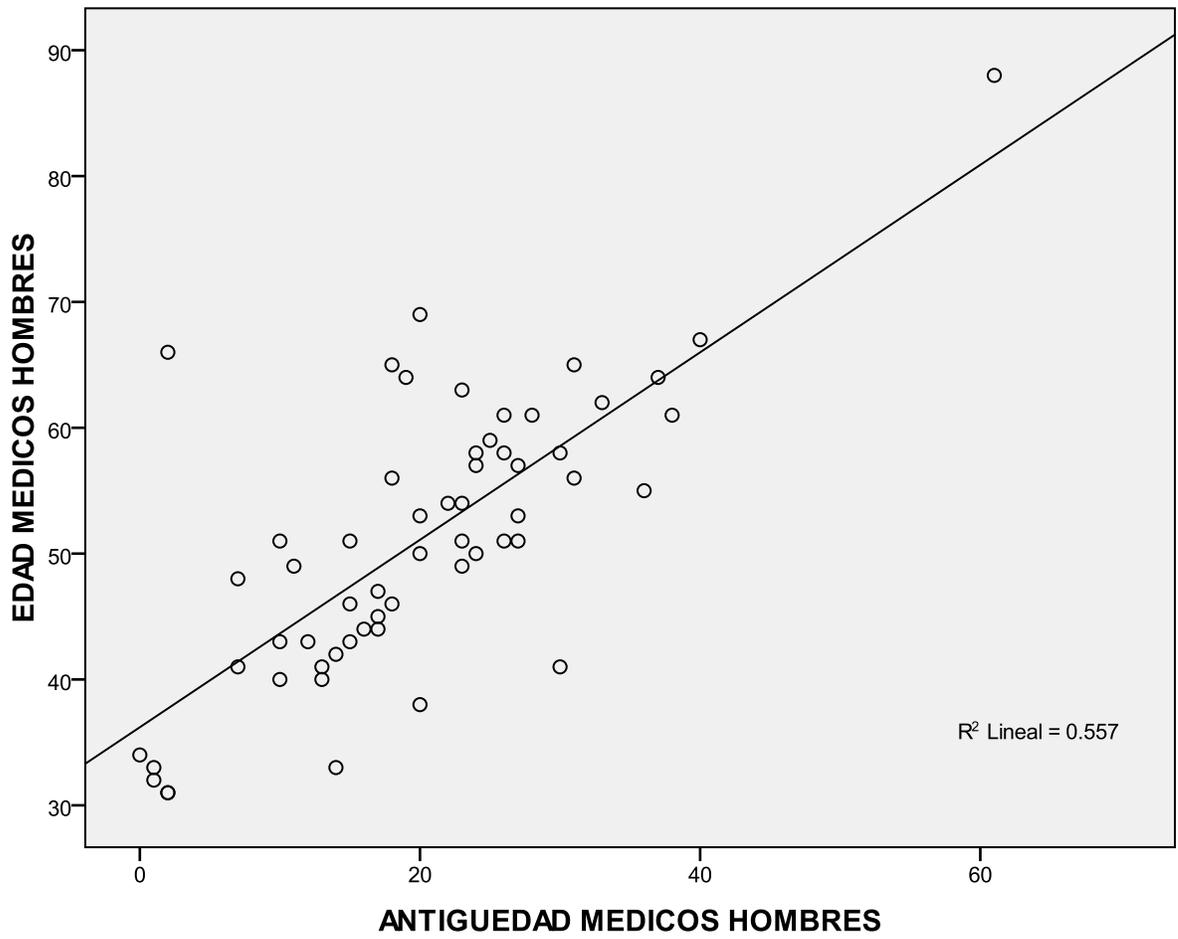
** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

PRUEBA DE HOMOGENEIDAD MARGINAL

	EDMED y ANTMED	EDPSIC y ANTPSI C	EDATERA P y ANTERAP	EDAODON y ANTODON	EDATRABS OC y ANTRABSO	EDAUX y ANTAUX	EDAJEF y ANTJEF	EDASER GR y ANSERGR RA	EDAENF ER ANTENF ER	EDADVOS y ANTADVO S
Valores distintos	44	34	14	9	11	14	24	59	61	55
Casos no diagonales	43	29	7	6	8	8	18	71	205	68
Estadístico de HM observado	2116.00 0	1387.0 00	312.000	315.000	387.000	352.00 0	880.00 0	3445.0 00	9596.0 00	3064.00 0
Media del estadístico HM	1396.00 0	948.00 0	221.000	234.000	259.000	241.50 0	589.00 0	2393.5 00	6964.5 00	2085.50 0
Desviación típica del estadístico de HM	111.669	83.952	34.864	33.919	46.081	41.246	71.053	128.66 3	188.69 1	123.038
Estadístico de HM tipificado	6.448	5.229	2.610	2.388	2.778	2.679	4.096	8.172	13.946	7.953
Sig. asintót. (bilateral)	.000	.000	.009	.017	.005	.007	.000	.000	.000	.000

Hombres



Correlaciones

		EDAD DE TRABAJADORES	ANTIGUEDAD
EDAD DE TRABAJADORES	Correlación de Pearson	1	.691**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	888	888
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	.691**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	888	888

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

RESUMEN DEL MODELO

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	.691 ^a	.478	.477	6.983

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD DE TRABAJADORES

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	39570.207	1	39570.207	811.426	.000 ^a
	Residual	43206.900	886	48.766		
	Total	82777.107	887			

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD DE TRABAJADORES

ANOVA^b

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	39570.207	1	39570.207	811.426	.000 ^a
	Residual	43206.900	886	48.766		
	Total	82777.107	887			

a. Variables predictoras: (Constante), EDAD DE TRABAJADORES

b. Variable dependiente: ANTIGUEDAD

COEFICIENTES

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
		B	Error típ.	Beta		
1	(Constante)	-12.860	1.144		-11.238	.000
	EDAD DE TRABAJADORES	.673	.024	.691	28.486	.000

a. Variable dependiente: ANTIGUEDAD

ANTIGUEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	542	62.2	62.3	62.3
	2	317	36.4	36.4	98.7
	3	9	1.0	1.0	99.8
	5	2	.2	.2	100.0
	Total	870	99.8	100.0	
Perdidos	Sistema	2	.2		
Total		872	100.0		

ANEXO 2

RESULTADOS TRABAJADORES CON LICENCIAS MÉDICAS

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOMBRE	182	42.0	42.0	42.0
	MUJER	251	58.0	58.0	100.0
	Total	433	100.0	100.0	

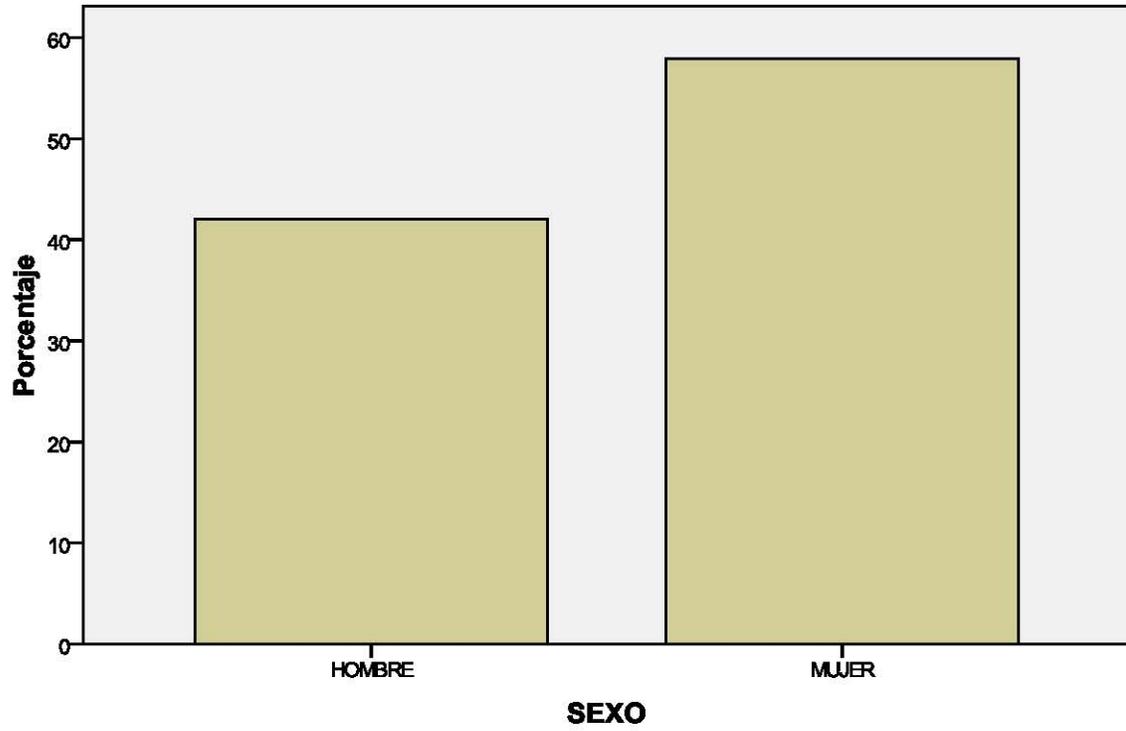
ANTIGUEDAD EN RANGOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 1 A 10	68	15.7	15.7	15.7
	DE 11 A 20	172	39.7	39.7	55.4
	DE 21 A 26	110	25.4	25.4	80.8
	DE 27 A 30	31	7.2	7.2	88.0
	MAS DE 31	52	12.0	12.0	100.0
	Total	433	100.0	100.0	

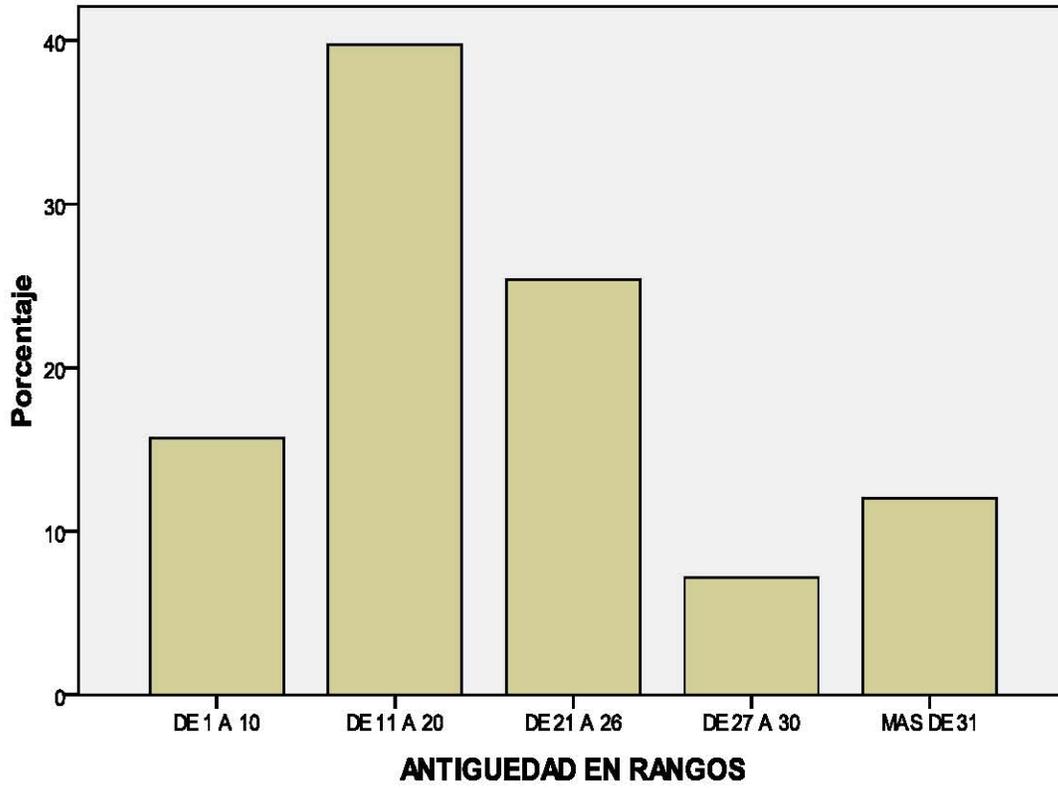
EDAD POR ESTARTOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 20 A 30	7	1.6	1.6	1.6
	DE 31 A 40	82	18.9	18.9	20.6
	DE 41 A 50	180	41.6	41.6	62.1
	DE 51 A 60	115	26.6	26.6	88.7
	MAS DE 60	49	11.3	11.3	100.0
	Total	433	100.0	100.0	

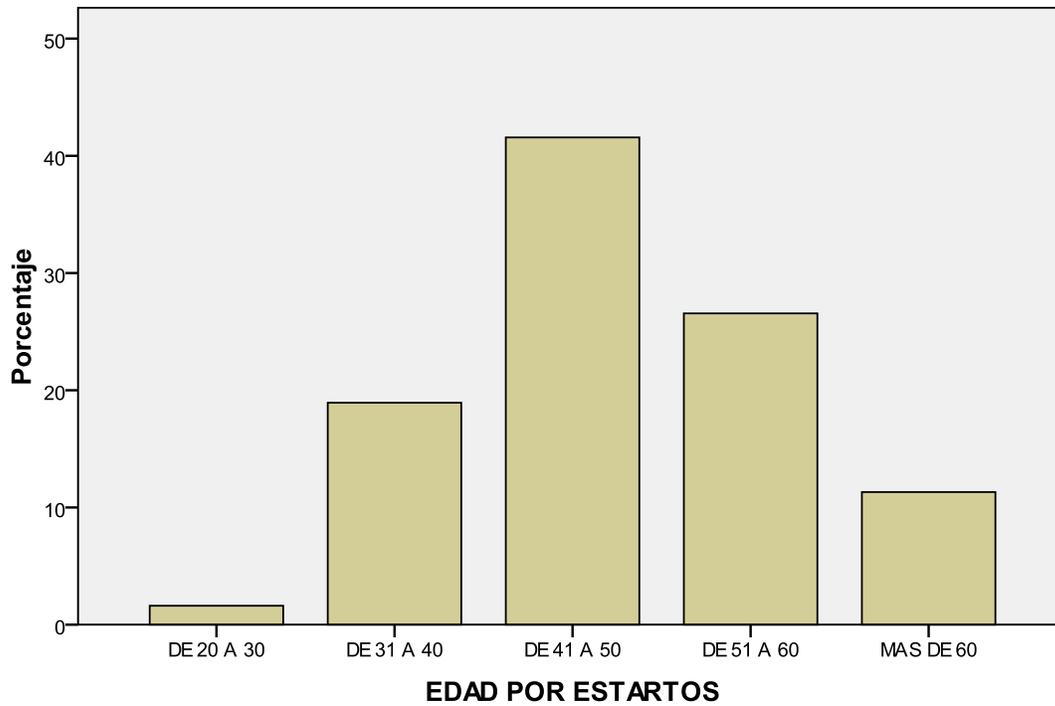
SEXO



ANTIGUEDAD EN RANGOS



EDAD POR ESTARTOS



Estadísticos de regresión lineal

CORRELACIONES

		ANTIGUEDAD	EDAD
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	1	.662**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	433	433
EDAD	Correlación de Pearson	.662**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	433	433

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CORRELACIONES

		ANTIGUEDAD	EDAD	SEXO
ANTIGUEDAD	Correlación de Pearson	1	.662**	-.079
	Sig. (bilateral)		.000	.101
	Suma de cuadrados y productos cruzados	33067.852	25036.624	-147.363
	Covarianza	76.546	57.955	-.341
	N	433	433	433
EDAD	Correlación de Pearson	.662**	1	-.104*
	Sig. (bilateral)	.000		.030
	Suma de cuadrados y productos cruzados	25036.624	43289.432	-223.314
	Covarianza	57.955	100.207	-.517
	N	433	433	433
SEXO	Correlación de Pearson	-.079	-.104*	1
	Sig. (bilateral)	.101	.030	
	Suma de cuadrados y productos cruzados	-147.363	-223.314	105.501
	Covarianza	-.341	-.517	.244
	N	433	433	433

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

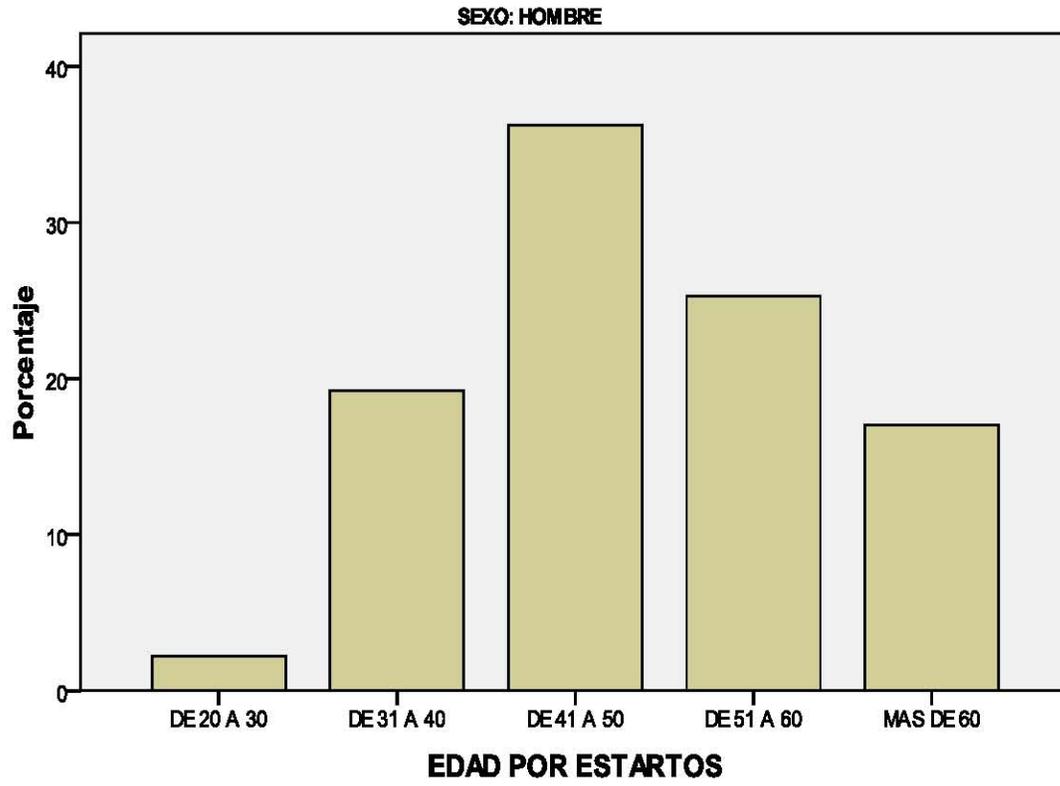
DESCRIPTIVOS LICENCIAS

ESTADISTICOS^a

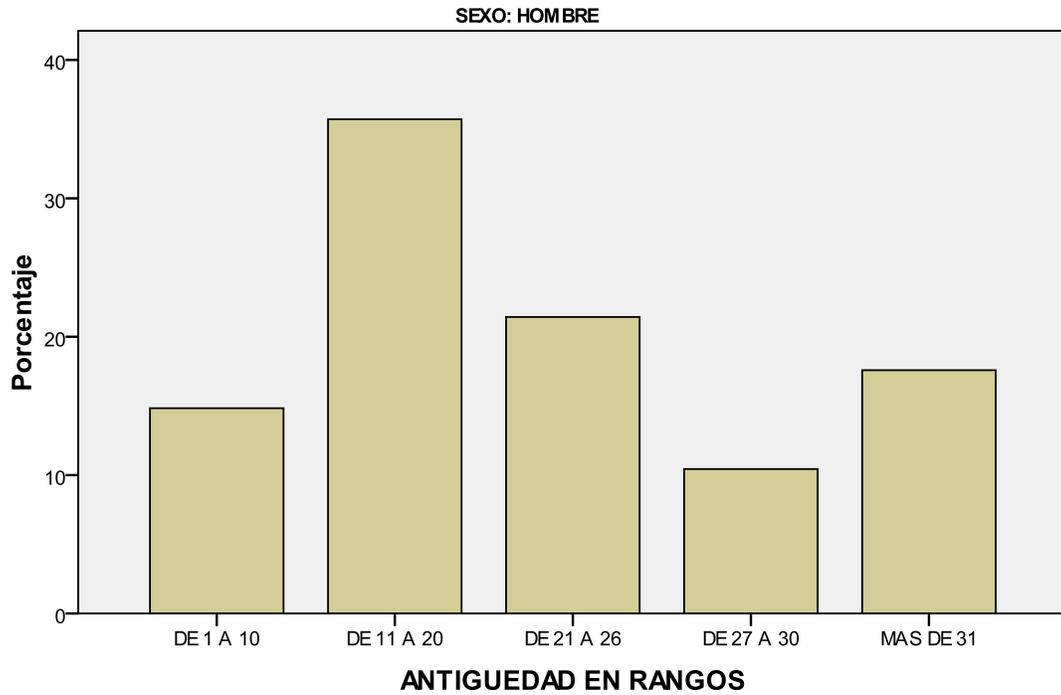
		SEXO	EDAD POR ESTARTOS	ANTIGUEDAD EN RANGOS
N	Válidos	182	182	182
	Perdidos	0	0	0
Media		.00	3.36	2.80
Desv. típ.		.000	1.045	1.315
Mínimo		0	1	1
Máximo		0	5	5
Percentiles	25	.00	3.00	2.00
	50	.00	3.00	2.00
	75	.00	4.00	4.00

a. SEXO = HOMBRE

EDAD POR ESTARTOS



ANTIGUEDAD EN RANGOS

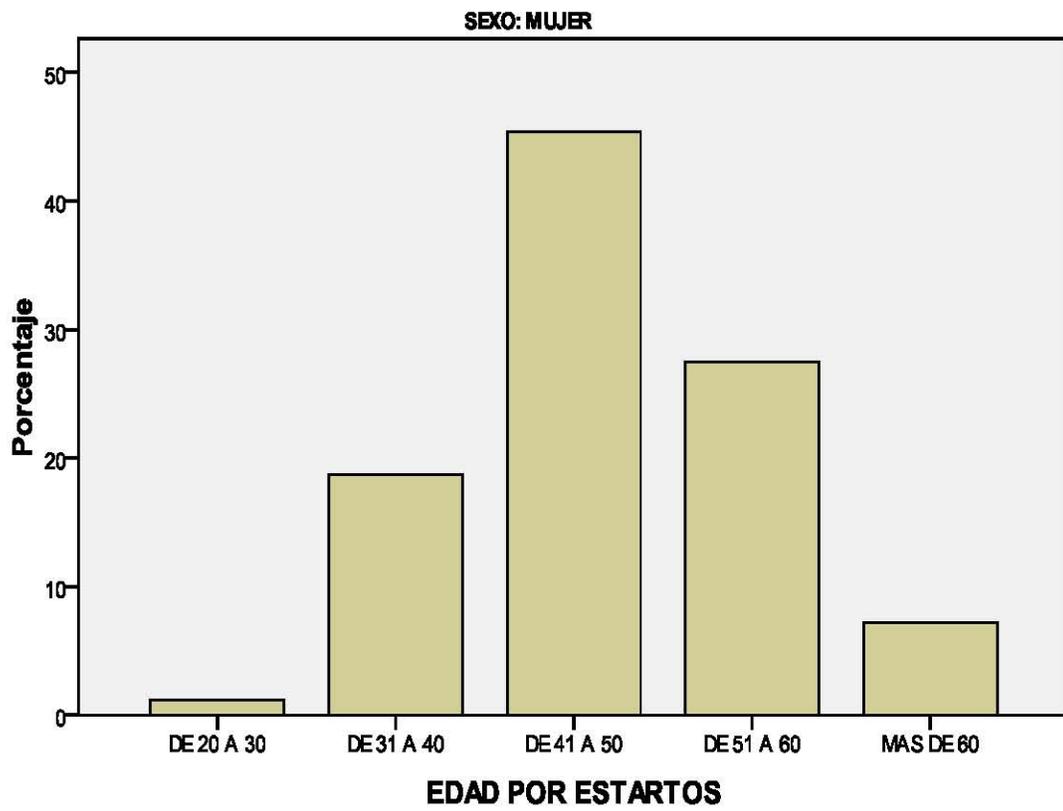


ESTADISTICOS^a

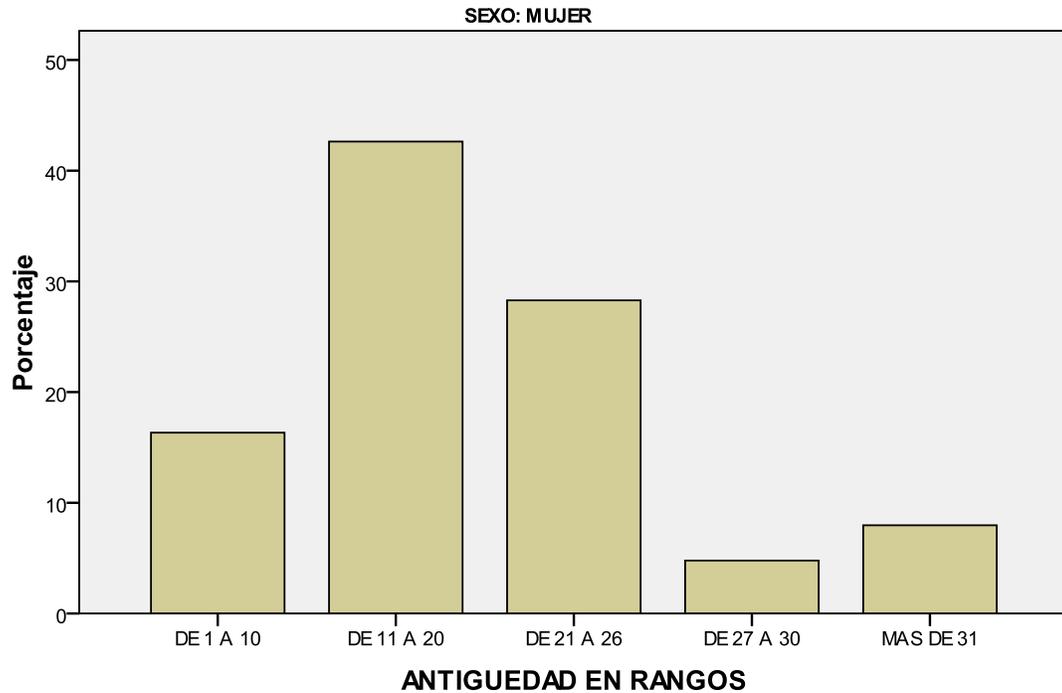
		SEXO	EDAD POR ESTARTOS	ANTIGUEDAD EN RANGOS
N	Válidos	251	251	251
	Perdidos	0	0	0
Media		1.00	3.21	2.45
Desv. típ.		.000	.870	1.074
Mínimo		1	1	1
Máximo		1	5	5
Percentiles	25	1.00	3.00	2.00
	50	1.00	3.00	2.00
	75	1.00	4.00	3.00

a. SEXO = MUJER

EDAD POR ESTARTOS



ANTIGUEDAD EN RANGOS



ESTADISTICOS^a

	SEXO	AÑO06	AÑO07	AÑO08	AÑO09	
N	Válidos	182	182	182	182	
	Perdidos	0	0	0	0	
Media		.00	9.86	3.62	6.66	6.12
Desv. típ.		.000	22.258	10.086	18.326	13.218
Error típ. de asimetría		.180	.180	.180	.180	.180
Mínimo		0	0	0	0	
Máximo		0	175	94	145	73
Asimetría			4.254	5.372	4.557	3.107

a. SEXO = HOMBRE

ESTADÍSTICOS^a

		SEXO	AÑO06	AÑO07	AÑO08	AÑO09
N	Válidos	251	251	251	251	251
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		1.00	10.61	4.13	6.79	8.60
Desv. tít.		.000	22.847	9.661	19.847	20.726
Error tít. de asimetría		.154	.154	.154	.154	.154
Mínimo		1	0	0	0	0
Máximo		1	186	68	216	207
Asimetría			4.205	3.409	6.674	4.966

a. SEXO = MUJER

CORRELACIONES: HOMBRES CON INCAPACIDADES PRESENTADAS POR AÑO 2006 a 2009^a

			SEXO	AÑO06	AÑO07	AÑO08	AÑO09
Rho de Spearman	SEXO	Coeficiente de correlación	.	.	.	.	.
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.
		N	182	182	182	182	182
AÑO06	SEXO	Coeficiente de correlación	.	1.000	.112	.024	-.026
		Sig. (bilateral)	.	.	.133	.743	.729
		N	182	182	182	182	182
AÑO07	SEXO	Coeficiente de correlación	.	.112	1.000	.058	-.149*
		Sig. (bilateral)	.	.133	.	.435	.045
		N	182	182	182	182	182
AÑO08	SEXO	Coeficiente de correlación	.	.024	.058	1.000	.164*
		Sig. (bilateral)	.	.743	.435	.	.027
		N	182	182	182	182	182
AÑO09	SEXO	Coeficiente de correlación	.	-.026	-.149*	.164*	1.000
		Sig. (bilateral)	.	.729	.045	.027	.
		N	182	182	182	182	182

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

a. SEXO = HOMBRE

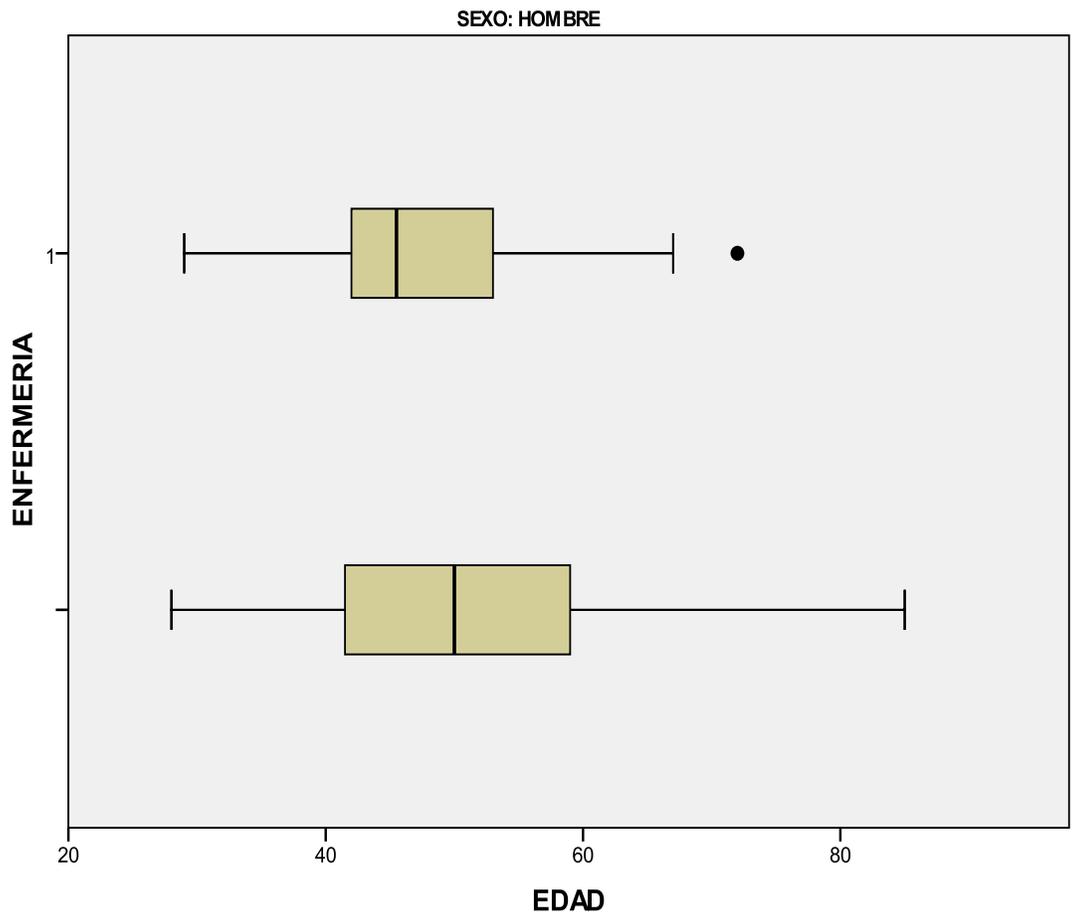
CORRELACIONES: MUJERES CON INCAPACIDAD DE 2006 A 2009^a

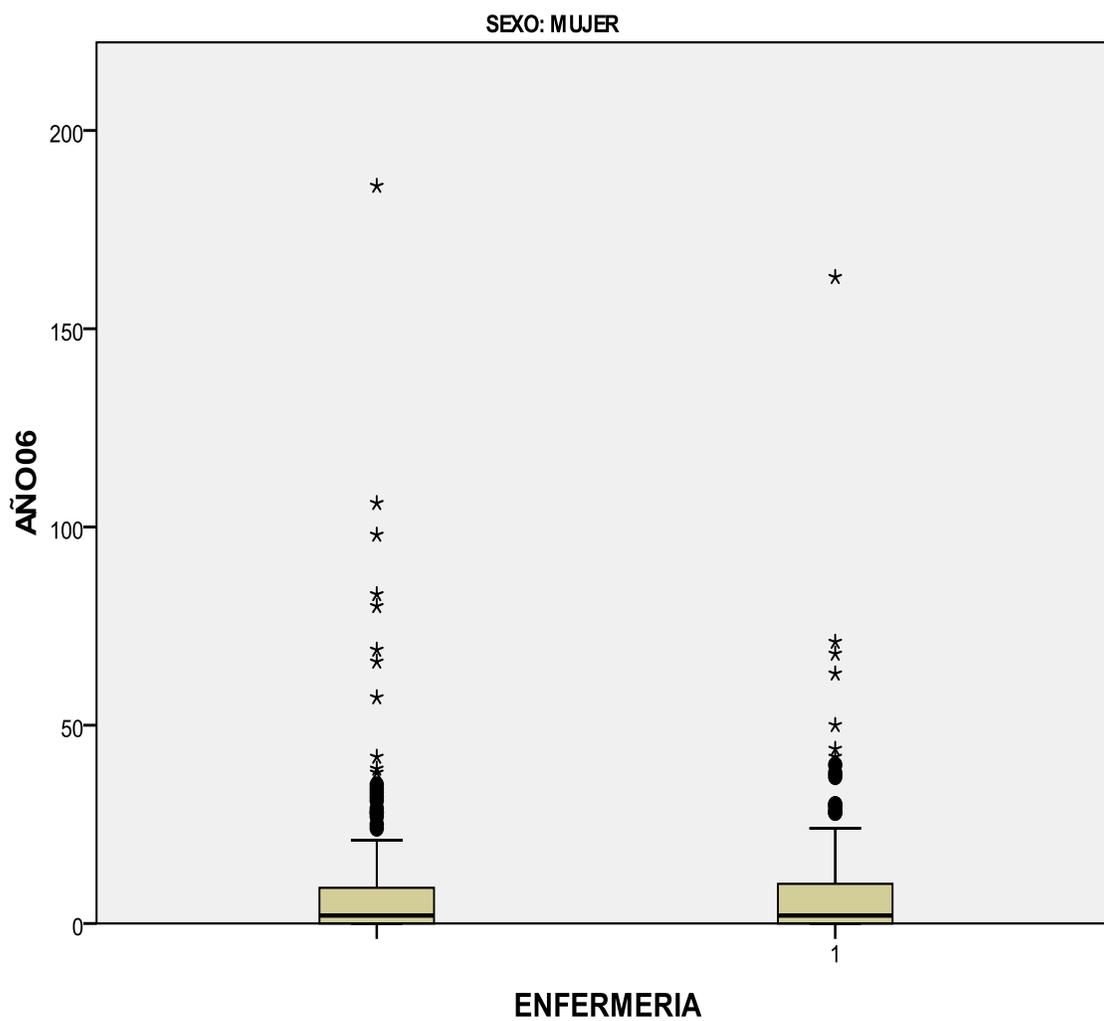
			SEXO	AÑO06	AÑO07	AÑO08	AÑO09
Rho de Spearman	SEXO	Coefficiente de correlación	.	.	.	.	.
		Sig. (bilateral)	.	.	.	.	.
		N	251	251	251	251	251
AÑO06		Coefficiente de correlación	.	1.000	.117	.040	-.115
		Sig. (bilateral)	.	.	.065	.533	.069
		N	251	251	251	251	251
AÑO07		Coefficiente de correlación	.	.117	1.000	.252**	.039
		Sig. (bilateral)	.	.065	.	.000	.541
		N	251	251	251	251	251
AÑO08		Coefficiente de correlación	.	.040	.252**	1.000	.145*
		Sig. (bilateral)	.	.533	.000	.	.022
		N	251	251	251	251	251
AÑO09		Coefficiente de correlación	.	-.115	.039	.145*	1.000
		Sig. (bilateral)	.	.069	.541	.022	.
		N	251	251	251	251	251

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

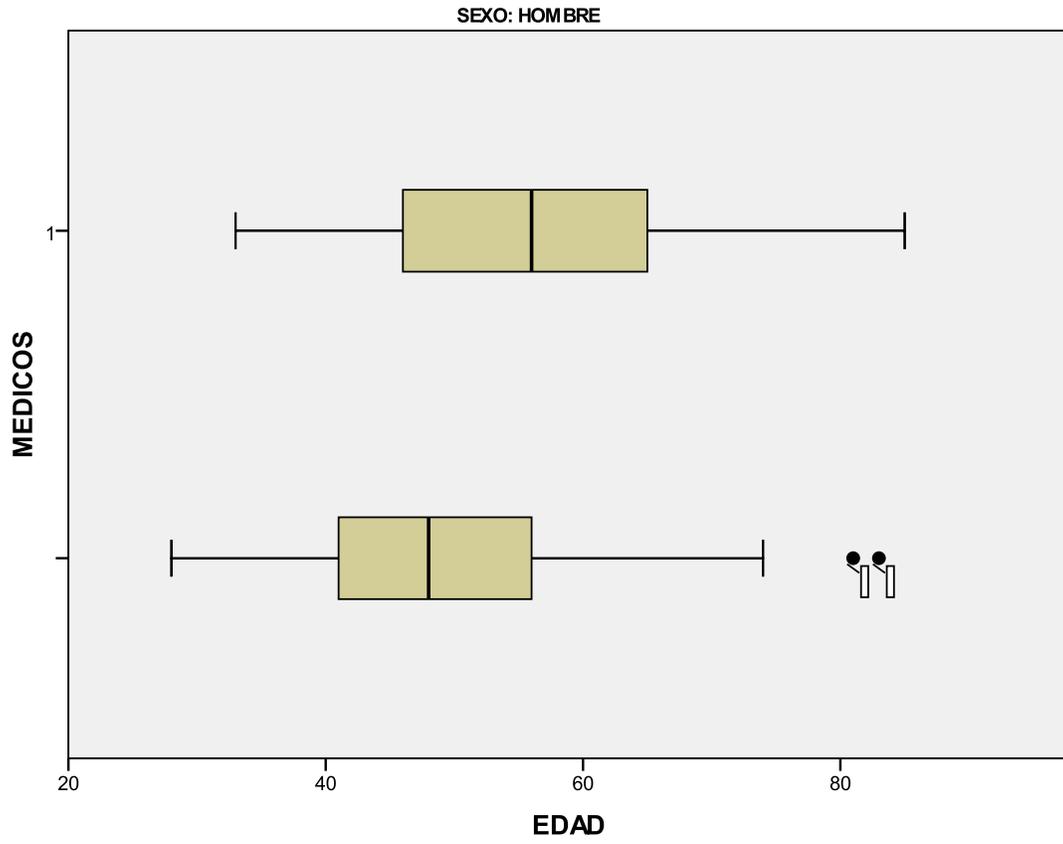
a. SEXO = MUJER



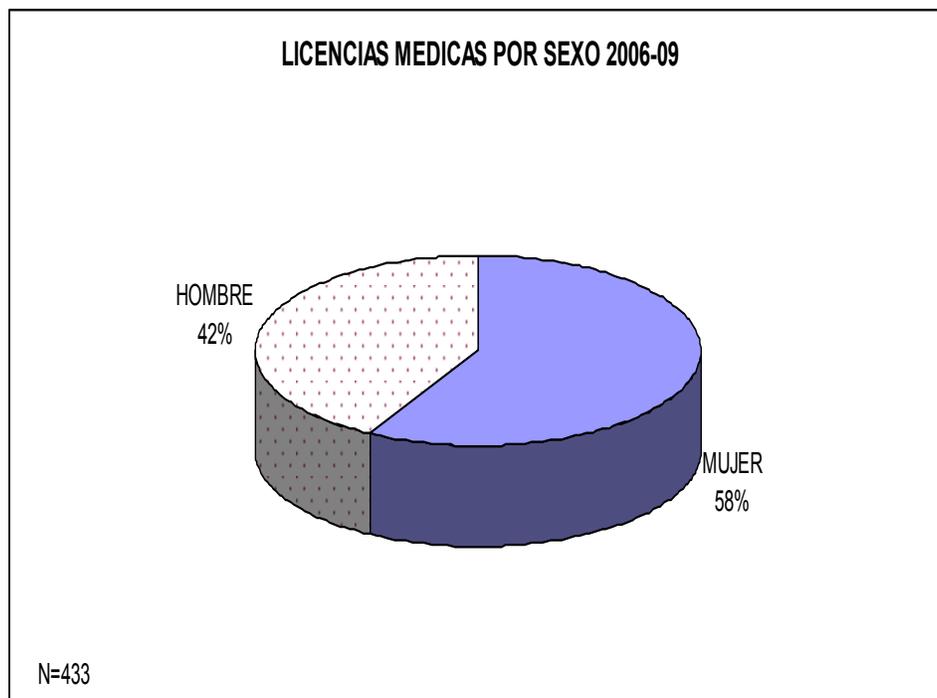
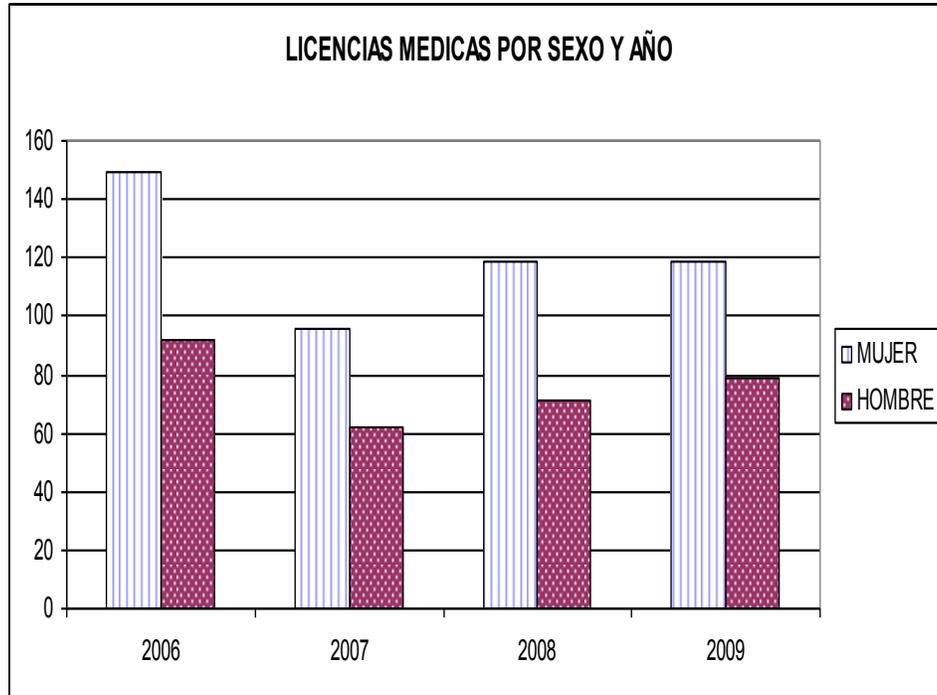


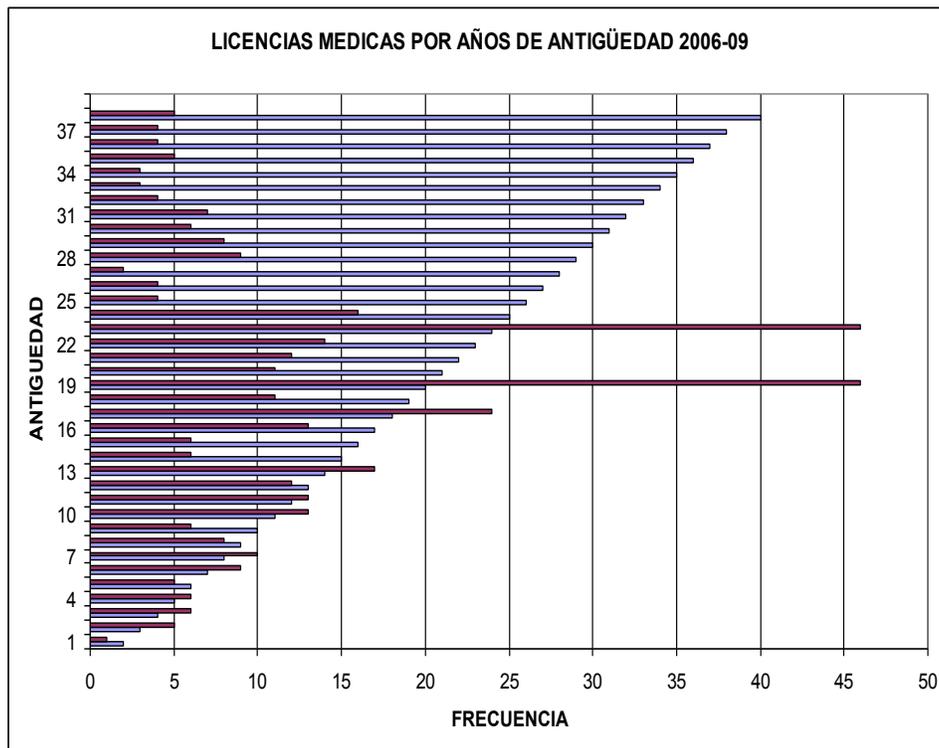
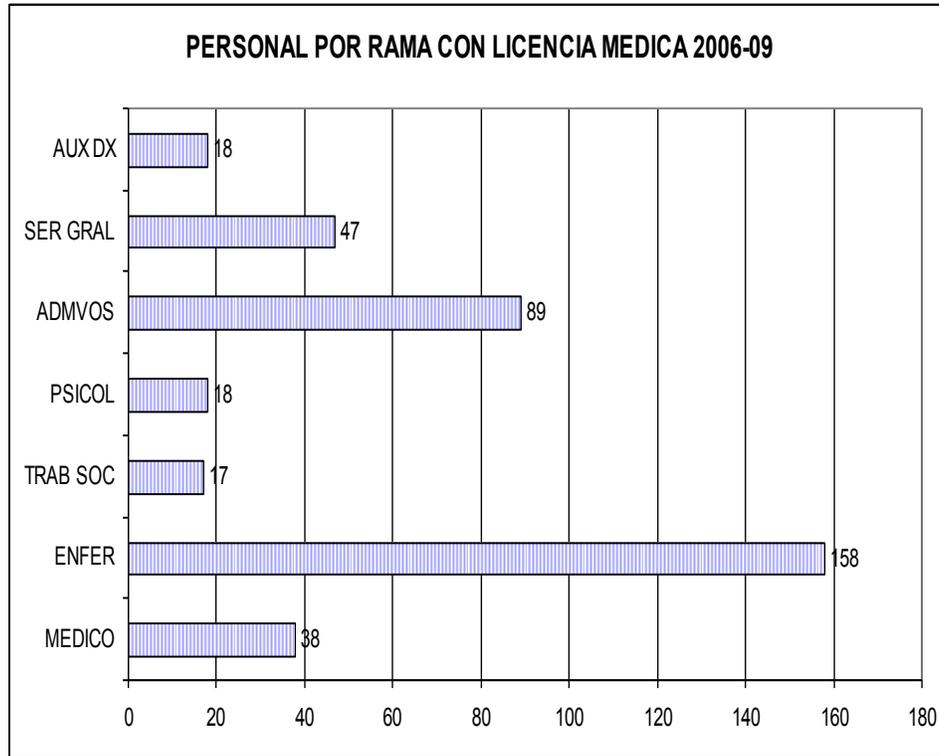
Nota: Los hombres presentaron enfermedades de más larga duración durante 2006

Los hombres fueron más añosos que las mujeres de rama médica

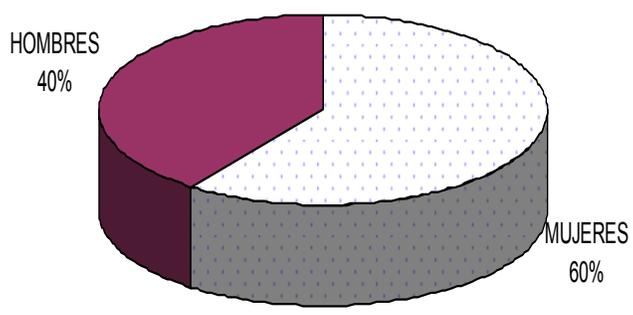


NOTA: DEL AÑO 2007, NO SE DISPUSO DE INFORMACIÓN COMPLETA, DEBIDO A LA AUSENCIA DE DOCUMENTACIÓN REFERENTE A TRES MESES DE REGISTRO DE INCAPACIDADES MEDICAS.



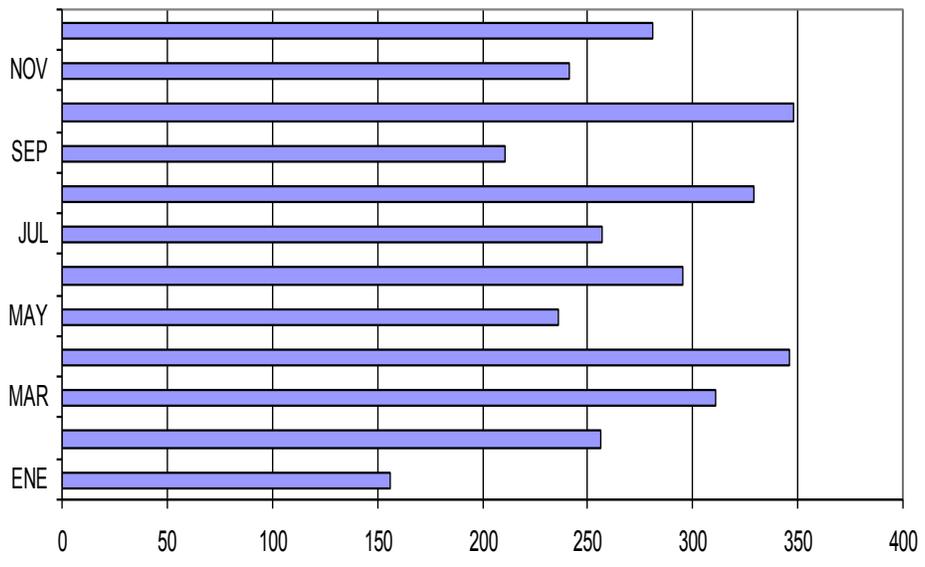


LICENCIAS MEDICAS POR SEXO 2009

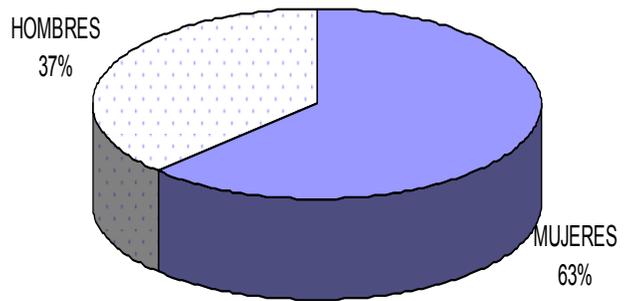


N=198

LICENCIAS MEDICAS POR MES 2009

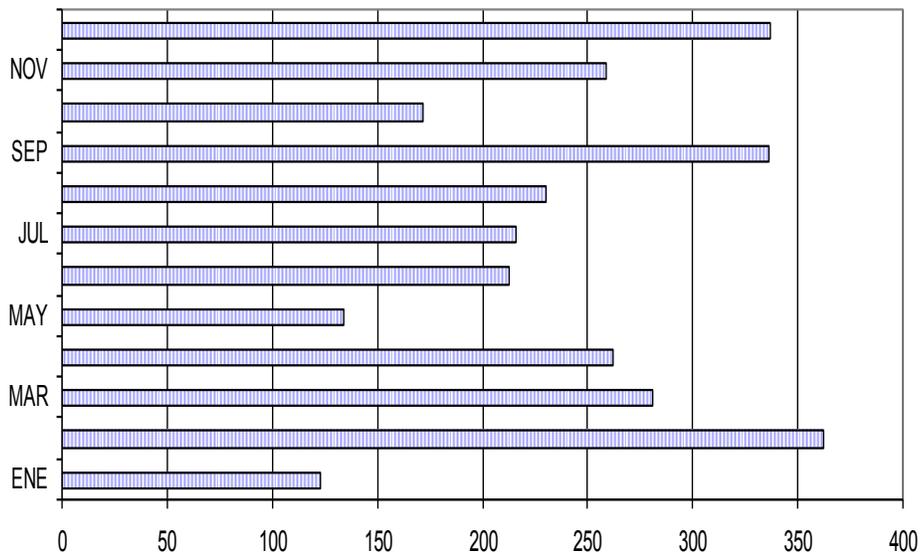


LICENCIAS MEDICAS POR SEXO 2008

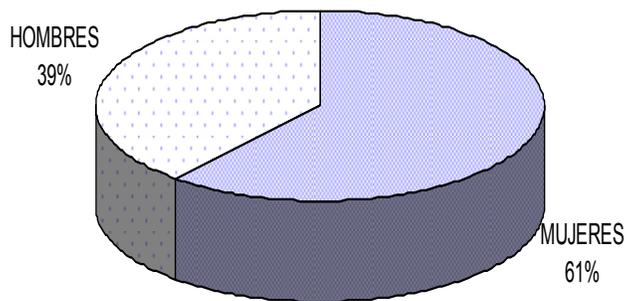


N=190

LICENCIAS MEDICAS POR MES 2008

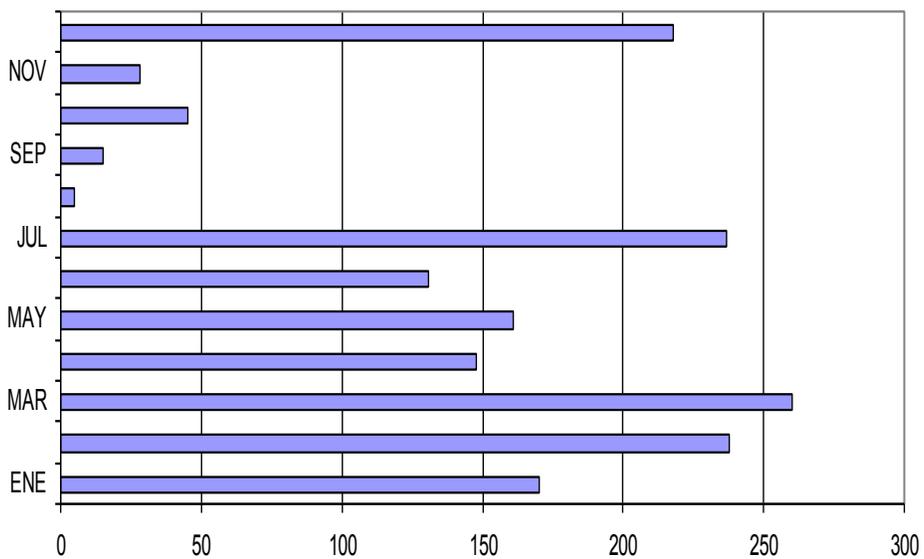


LICENCIAS MEDICAS POR SEXO 2007

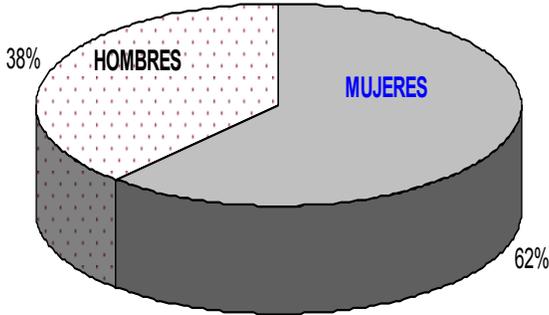


N=158

LICENCIAS MEDICAS 2007

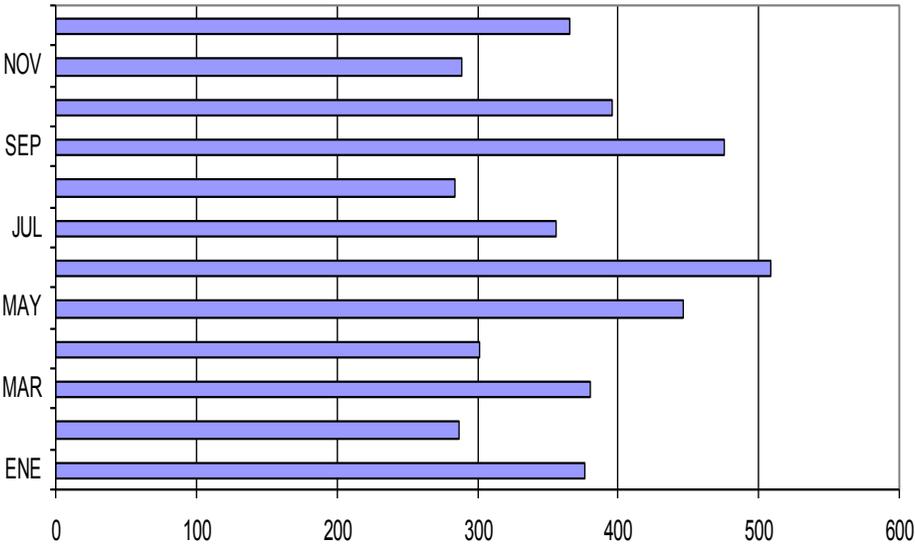


LICENCIAS MEDICAS POR SEXO 2006



N=241

INCAPACIDADES POR MES 2006



BIBLIOGRAFÍA

¹ www.csg.salud.gob.mx/.../certificacion/certifica.html En esta página se puede encontrar mayor información sobre las atribuciones de dicho sistema de certificación hospitalaria, incluyendo unidades de atención médico psiquiátrica

² CONAPO La situación demográfica de México 1997, Consejo Nacional de Población, México, 1997

³ Quilodrán J. La familia, referentes en transición. CIEAP/UAEM. Papeles población, 2003; 37:51-83

⁴ Lopes Patarra Neide. Transición demográfica: ¿reseña histórica o teoría de población? Demografía y Economía, CEDIP, Universidad de São Paulo; 1973 (VII) I: 86-95. Disponible en: http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/FG4A68D889KCCNUGMR9IS4EITXF7M7.pdf

⁵ Sen Amartya, Kliksberg Bernardo. Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Deusto, Barcelona 2007.

⁶ SEGOB, CONAPO Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México. XXXII Periodo de sesiones de la comisión económica para América Latina. CEPAL 2008

⁷ CONAPO. Día mundial de la población. Carpeta informativa 2005. México 2005

⁸ Arenas-Monreal Luz, Hernández-Tezoquipa Isabel, Valdez-Santiago Rosario, Bonilla-Fernández Pastor. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Salud pública Méx. 2004; 46(4): 326-332. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400007&lng=es.

⁹ M. Villar, J.M. Aranz. Violencia en el medio hospitalario por pacientes con enfermedad mental. Arch Prev Riesgos Labor 2005; 9 (1): 20-27

¹⁰ García Cisneros a. Martínez Puente F. Factores de riesgo que intervienen en la aparición de agresión física del paciente hacia el personal que labora en un Hospital Psiquiátrico. Tesis de Grado de Maestría con especialidad en Salud en el Trabajo. Universidad Autónoma de Nuevo León. Feb. 1998, Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080095588.pdf>. En dicha tesis se señala que el personal que recibe más agresiones físicas son los de enfermería cuando tienen edades entre la cuarta y quinta década y un promedio de 20 años de servicio.

¹¹ Evans P. 1966. El estado como problema y como solución. Desarrollo económico 35:529-562

¹² WHO Forty-third World assembly, Report of Technical discussions, Document a 43/technical Discussions, Ginebra, 16 mayo 1990:8

-
- ¹³ Carvalheiro J R. Investigación en servicios de salud: ¿cuál es su problema? Revista saúde e sociedade, 1994; 3(2):64-111
- ¹⁴ Almeida C M.,. Las Reformas sanitarias en los años 80. Crisis o transición Tesis de Doctorado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ 1995
- ¹⁵ Walt G ., Policy Analysis: an approach In: Health Policy and Systems Development (Kattja Janovsky, ed) 1996; pp. 25-41, Ginebra WHO
- ¹⁶ Ortún Rubio V. La economía en Sanidad y medicina. Instrumentos y Limitaciones. Colección EUGE, Barcelona 1990.
- ¹⁷ Chossudousky Michel. Globalización de la pobreza y nuevo orden mundial. Siglo XXI-UNAM, México 2002
- ¹⁸ Woodwar, D., 1993. Debt, adjustment and poverty in developing countries. London: Save the Children Fund (UK)/Pinter
- ¹⁹ Melo M R& Acosta MA .1994. Desarrollo sustentable, ajuste estructural y política social; Una estrategia de la OMS/OPS e del Banco Mundial para la atención de Salud. Planteamiento de políticas Públicas, 11(jun/dec)50-108
- ²⁰ López Antuñano FJ. La economía del Tabaco. Salud Pública Méx. Anuario de investigación en adicciones, 2005; Vol. 5, Suplemento 1. Disponible en http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/FG4A68D889KCCNUGMR9IS4EITXF7M7.pdf
- ²¹ Abraam Sonis. Investigación en Salud. OMS/OPS 1989
- ²² Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En: Salud En Las Américas, 2007.Volumen I–Regional; [http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA Regional](http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalesp/SEA%20Regional)
- ²³ Organización Panamericana de la Salud. 1ª. Conferencia Latinoamericana sobre investigación e Innovación para la salud. Informe de la conferencia. Resultados y documentos. OPS 2008
- ²⁴ Organización Panamericana de la Salud. Edición 2002. Publicación científica y técnica No. 587. Dos volúmenes. OPS. Washington D.C. 2002
- ²⁵ Abrantes Pêgo R, Celia Almeida. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. Cad. Saúde Pública Rio de Janeiro 2002; 18 (4): 971-989
- ²⁶ Homedes Nuria, Ugalde Antonio. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev. Panam. Salud Pública. 2005; 17(3): 210-220.
- ²⁷ Sámano Guerra FJ, Fernández González H, Pérez Padilla R, Páramo Díaz M, Iñárritu A, Flores Hidalgo H. Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. An Med Asoc Med Hosp ABC, 2003; 48 (1): 68-75

-
- ²⁸ Torres T. F. Rasgos perenes de la crisis alimentaria en México. Est. Soc. 2010; 8(36):125-154
- ²⁹ Vera Bolaños M. Revisión crítica de la teoría de la transición epidemiológica. En Papeles de Población No. 25. UAEM 2000, p.179-206
- ³⁰ Secretaría de Gobernación. Programa Nacional de población 2008-2012. Por un cambio a favor del Desarrollo. CONAPO 2008
- ³¹ Hans Günter Brawnych, Ursula Oswal Spring, John grin. Facing Global environmental Change. Ed. Springer Berlin, 2009.
- ³² OMS/OPS. Estrategia de cooperación con México para el periodo 2005-2009. En <http://www.paho.org/english/d/csu/CCSMEX05-11.pdf>
- ³³ Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico, 1985; 6(4):1-3
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud. Cumbre ministerial sobre investigación en salud. Informe de la Secretaría. 58 Asamblea Mundial de la Salud. Washington, DC. 18 de abril de 2005. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_22-sp.pdf
- ³⁵ Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud para las Américas. Texto del documento distribuido en la ceremonia de lanzamiento realizada en la Ciudad de Panamá el 3 de junio de 2007. Washington, DC: OPS. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/HAgenda_Spanish.pdf
- ³⁶ Aguilar CF, Álvarez LC, Lezana FMA, et al. Tendencia de investigación en servicio de Salud México 1984-1991. Salud Pública de México 1993; 35(6):550-555
- ³⁷ Castañeda Godínez, Pérez Loredo Díaz, Iñiga Pérez Cabrera, Müggenburg Rodríguez Vigil. Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del Siglo XX en la UNAM. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Número Especial • Bicentenario 2010, 7: 25-33
- ³⁸ OPS. Llamado a la Acción de Toronto. 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los observatorios de Recursos Humanos en salud, 2005
- ³⁹ Ordorica Mellado M. Cambios demográficos y desafíos para la política de población en México: una reflexión a largo plazo. Papel Poblacional No. 40, UAEM 2004, p. 13-25
- ⁴⁰ CONAPO. EL envejecimiento Demográfico de México, Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades. México 1999
- ⁴¹ Alberto Valencia Armas. El valor de los pasivos contingentes. En: EL envejecimiento Demográfico de México, Retos y perspectivas. Por una sociedad para todas las edades. CONAPO, México 1999. p 217-202.

⁴² INEGI PANORAMA SOCIODEMOGRAFICO EN MEXICO, CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA 2010. Disponible en <http://www.censo2010.org.mx>

⁴³ A. Olivier Pavón. México envejece. Nacional 28 de agosto de 2005. Disponible en http://www.cronica.com.mx/nota.php?id_notas=19924

⁴⁴ Soberon, AG., Kumate RJ., Laguna GJ. La Salud en México. Testimonios 1988. México FCE.

⁴⁵ Blackburn Robin. El futuro del sistema de pensiones. Akal. Madrid, 2010

⁴⁶ El informe sobre la salud en el Mundo 2006: colaboremos por la salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2006.

⁴⁷ Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México 2006-2012. Visión de FUNSALUD. México 2006

⁴⁸ Es decir, la propuesta de Alma Ata, de Salud para todos en el año 2000, no ha variado y se sigue apostando a que la educación y la promoción para la salud sea la estrategia más eficiente para los países que poseen recursos económicos limitados. Véase Roses Periago Mirta. La renovación de la atención primaria de la Salud en las Américas. La propuesta de la Organización Panamericana de la salud para el Siglo XXI. Rev. Panam. Sal. Pub. 2007; 12 (2-3):65-68

⁴⁹ RAMA, C. La educación transnacional: el tercer shock en la educación superior en América Latina. CRUZANDO fronteras, nuevos desafíos para la educación superior. Santiago de Chile: Consejo Superior de Educación, 2003. p. 85-96.

⁵⁰ Menéndez L. Eduardo. Modelo Médico, salud obrera y estrategias de acción del Sector Salud. Nueva antropología UNAM, 1986 VIII (29):49-63

⁵¹ Viesca Treviño C. Reflexiones acerca de los planes de estudio de la Facultad de Medicina en el siglo XXI. Gaceta Médica de México. 2011; 147: 132-136.

⁵² Maceira Daniel. Actores y reformas en salud en América Latina. Nota Técnica de Salud No. 1/2007. Banco Interamericano de Desarrollo 2007.

⁵³ Coomber B, Bariball L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital based nurses: a review of literature. International Journal of Nursing Studies. 2003; 44(2):297-314

⁵⁴ Zurn P, Dolea C. Nurse retention and recruitment: developing a motivated workforce. International Council of Nurses 2005.

⁵⁵ Buve A, Foaster S, Mortality among female nurses in the FACE of AIDS epidemic: a pilot study in Zambia. AIDS 1994, 8 (3): 396

-
- ⁵⁶ Zurn P, Diallo K, Kinfu Y. Seguimiento de las transiciones y salidas del personal sanitario en OMS. Manual de Seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud. 2009: 57-69
- ⁵⁷ José Alberto M. Cesolari, Bruno J. Calvi, Nora L. M. Garrote, Beatriz M. Pérez, Lidia I. Busmail. Automedicación, Un Problema de Educación Médica. Rev. Med. Rosario, 2004. 70:139-145.
- ⁵⁸ Riart, Celia; Merhy, Emerson Elias y Waitzkin, Howard. La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. Cad. Saúde . 2000, 16(1): 95-105
- ⁵⁹ Benassini F. O. La atención Psiquiátrica en México hacia el Siglo XXI. Salud Mental 2001, 24(6):62-73
- ⁶⁰ Medina Mora ME, Berenzon S, López Lugo, Solís L, Caballero MA, González J. El uso de los servicios de salud por pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. Salud Mental 1997, Vol. 20: 32-38
- ⁶¹ Valencia Collazo M. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Salud Mental Mex. 2007; 30 (2):75-80
- ⁶² Mario R Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain y Ángeles LB. Sucat. Manual de Evaluación de los recursos humanos para la Salud. OMS- BM-USAID 2009.
- ⁶³ La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ginebra. Organización Mundial de la Salud 2008.
- ⁶⁴ Declaración de Kampala y prioridades para la acción internacional. Ginebra, OMS y Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario.
- ⁶⁵ El informe sobre la salud en el Mundo 2006. Op. Cit.
- ⁶⁶ Martínez SM, Suárez RA, Alcón MS, Alonso LJ. ¿Tenemos capacidad formativa para reponer los facultativos especialistas en Asturias? Rev. Adm. Sanit. 2008; 6(3):495-512
- ⁶⁷ Gustavo Nigenda, Julio Frenk, Cecilia Robledo Vera, Luis Alonso, Vásquez Segovia y Catalina Ramírez Cuadra. Los Sistemas Locales de Salud y el Mercado de Trabajo Médico: Resultados de un Estudio de Preferencias de Ubicación Geográfica. Educ. Med. Salud 1990, 24(2): 115-135
- ⁶⁸ Rodríguez J, Busso G. Migración interna y desarrollo en América Latina entre 1980 y 2005. Un estudio comparativo con perspectiva regional basado en siete países. CEPAL 2009
- ⁶⁹ Castaños Lomnitz H. La migración de talentos en México. UNAM 2004
- ⁷⁰ Op. Cit. El informe sobre la salud en el Mundo, disponible el capítulo 1. Perfil mundial de los trabajadores Sanitarios en: www.who.int/whr/2006/chapter1/es/index.html

⁷¹ Irene Hoskins, Alexandre Kalache y Susan Mende. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2005;17(5/6):444-451

⁷² UGALDE, A. y HOMEDES, N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002, 16(1): 18-29.

⁷³ Véase. SSA. Programa de acción específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. México, 2007. Uno de los posibles pretextos para la falta esta información, proviene de que con anterioridad no existieron mecanismos de registro sistemático de los profesionales que se dedicaron a la especialidad y qué instancias les avalaron para la práctica. Se sabe que los colegios estatales dieron constancias que no se registraron en la información que maneja la SEP. Es hasta la reforma educativa de la década de los noventa, que en el país este tipo de registros se regula de manera sistemática.

⁷⁴ <http://www.issste.gob.mx/www/issste/nuevaley/preguntasnl.html>

⁷⁵ INEGI. Principales Resultados del Censo de población y vivienda 2010. Disponible en <http://www.censo2010.mx>

⁷⁶ Farías Ocampo A. En 2010 quedaran fuera del estudio de una especialidad 18 mil médicos: Cossio. La Jornada de oriente 7 de mayo de 2010

⁷⁷ UNAM. Plan de estudios 2010

⁷⁸ CALDERÓN G: Las enfermedades mentales en México. México, Trillas, 2003

⁷⁹ SSA. Programa de acción en salud mental 2001-2006. Atención en Salud Mental. México, 2001

⁸⁰ SSA. Programa de acción específico 2007-2012, Op.Cit. p.131

⁸¹ Medina Mora ME y col. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Rev. Salud Mental México* 2003 (26) 4: 1-16

⁸² NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, Para La Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. DOF 16 de noviembre de 1995

⁸³ La norma técnica 144 da la posibilidad de establecer lineamientos específicos de garantía de calidad para el tratamiento del enfermo mental.

⁸⁴ Castañeda GCJ, Celis RG, Alzati SS, Freyre GJ, Torres CM. Calidad de la Atención en un Hospital Psiquiátrico (1998). *Revista de Trabajos de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez SSA* 1990;1:5-20

Castañeda GCJ, Celis RG, Alzati SS, Freyre GJ. Calidad de la Atención en un Hospital Psiquiátrico (1989), comparación entre la primera y la segunda encuesta” Revista de Trabajos de Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez SSA 1990; 1: 21-37.

⁸⁵ Castañeda GCJ, Freyre GJ. Riesgos de trabajo en Servicios de Salud en el área de Psiquiatría: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 1991. *Psiquis* 1990; 1(4): 13-21

⁸⁶ Castañeda G CJ, Núñez BE, Freyre GJ, Cruz VP, Larios V ND, Gamiochipi C JA. Encuesta Clima laboral del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez 2007. *Psiquis* 2008; 17(3):85-92

⁸⁷ Esquivel RS, Castañeda GCJ, Freyre GJ. Estrategias para la resignificación de la atención médico-psiquiátrica en México. *Psiquis* 2009; 18 (6): 174-183.

⁸⁸ Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004, 4(1): 137-160

⁸⁹ Wong R. Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papales de población, UAEM* 37; Disponible en :<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=11203706#>

⁹⁰ OCDE. 73 años es la edad promedio para dejar de trabajar en México. Disponible en:http://www.oecd.org/documentprint/0,3455,es_36288966_36288553_47081257_1_1_1_1,0

⁹¹ Ley Federal de trabajo. Título Cuarto, Capítulo I “obligaciones de los Patrones”, Artículo 132Numerales XVII, XIX y XXV. DOF. 17 de enero de 2006. p. 19-21

⁹² Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C. Oviedo J. Hacemos lo que podemos: prestadores de servicio frente al problema de la utilización. *Salud Pub. Mex.* 1977; 39:546-553

⁹³ Aguirre Gas H, Campos Castro M, Carrillo Jaimes A., Zavala Suárez E. Fajardo D Análisis Crítico de quejas CONAMED 1996-2007. *CONAMED* 2008;13(2):5-16

⁹⁴ Laurel Cristina Asa. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. *Saude Soc.* 1993; 2(2): 21-84

⁹⁵ El problema no es privativo de nuestro país, por ejemplo en España cuentan con un programa especial para atender médicos; véase: Casas M, Gual A, Bruguera E, Arteman A. Padrós J. El Programa de atención Integral al médico enfermo (PAIME) del colegio de médicos de Barcelona. *Med. Clin. Barcelona*, 2001; 117 (20):785-9

⁹⁶ Carece el IMSS de unos 5mil médicos especialistas dijo Karma. En la Jornada, 23 de Febrero 2011. Disponible en :<http://www.vanguardia.com.mx/XStatic/vanguardia/template/notatexto>