

La fuerza laboral en salud: protagonista y factor estratégico para construir y garantizar el derecho a la salud

The health workforce: a strategic pillar for building and guaranteeing the right to health

Au

Nicolás Kreplak **1**
Mario Rovere **2**

Médico sanitarista y Ministro de Salud
Médico sanitarista

<https://orcid.org/0000-0002-4005-2572>
<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120>

1 Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina
2 Escuela de Gobierno en Salud "Floreale Ferrara", Argentina

roveremario@gmail.com

Rs

RESUMEN

El sistema de salud es, en su núcleo, su fuerza laboral. Por eso, situar la planificación, la formación y las condiciones laborales en el centro de la agenda sanitaria resulta fundamental. El presente artículo parte del diagnóstico sobre la fragmentación profesional, la mercantilización de la formación y la sobrecarga laboral que genera multiempleo y burnout. Se plantea reorganizar el sistema desde la Atención Primaria de la Salud, fortaleciendo equipos interdisciplinarios, continuidad de cuidados y redes articuladas con hospitales. Todo ello a partir de la defensa de medidas concretas: dedicación exclusiva, una carrera sanitaria federal, integración y regulación de residencias, y el reconocimiento y jerarquización de las tecnicaturas y la enfermería. Desde una perspectiva de género, se propone alinear la formación superior con las necesidades territoriales y ofrecer un marco analítico con propuestas operativas para fortalecer la equidad, la calidad y la sostenibilidad del sistema público de salud.

Palabras clave:

Fuerza Laboral en Salud; Personal de Salud; Atención Primaria de Salud; Agotamiento Profesional; Mercantilización; Argentina; Sistemas de Salud

Ab

ABSTRACT

The health workforce constitutes the foundation of every health system. Therefore, placing workforce planning, education, and working conditions at the center of the health policy agenda is essential. This article examines the challenges posed by professional fragmentation, the commercialization of health education, and excessive workloads resulting in multiple jobholding and burnout. It argues for a reorganization of the health system based on Primary Health Care, strengthening interdisciplinary teams, continuity of care, and integrated service networks linked to hospitals. The article further advocates for concrete policy measures, including exclusive full-time employment, the establishment of a federal health career system, the integration and regulation of residency programs, and the recognition and professional advancement of nursing and health technicians. From a gender perspective, it proposes aligning higher education with territorial health needs while providing an analytical framework and operational recommendations to strengthen equity, quality, and the sustainability of the public health system.

Keywords:

Health Workforce; Health Personnel; Primary Health Care; Burnout; Professional; Commodification; Argentina; Health Systems

LA CENTRALIDAD DEL TRABAJO EN LOS SISTEMAS DE SALUD

El sistema de salud suele ser representado a través de sus hospitales, de sus tecnologías o de sus medicamentos. Se mide por la cantidad de camas, por la complejidad de sus equipamientos, por el volumen de prestaciones o por el precio de sus innovaciones biomédicas. Sin embargo, detrás de cada institución, de cada tecnología y de cada práctica de cuidado existe una dimensión frecuentemente invisibilizada: el trabajo humano organizado.

Porque, en verdad, el sistema de salud son sus trabajadores y sus trabajadoras; son quienes sostienen cotidianamente la capacidad de prevenir, diagnosticar, acompañar, rehabilitar, gestionar, investigar y garantizar el derecho a la salud. Las instituciones sanitarias, incluso las más complejas, son formas organizadas de articulación de trabajo colectivo altamente especializado. El verdadero soporte material del sistema sanitario no reside solamente en su infraestructura física o tecnológica, sino en la enorme densidad de conocimientos, vínculos, capacidades técnicas, experiencia territorial y organización social que expresa su fuerza laboral.

Pensar la fuerza laboral en salud implica mucho más que discutir políticas de empleo o administración de personal. Implica discutir el soporte, el sostén estratégico del sistema sanitario y, en definitiva, sobre qué capacidades concretas sostendrá la posibilidad de transformar los modelos de atención, ampliar derechos, mejorar la calidad de los cuidados y construir sistemas más equitativos y universales.

En Argentina, el sector salud emplea aproximadamente a un millón de personas y constituye uno de los campos laborales más grandes y complejos del país (1). Pero, además, posee una singularidad que lo diferencia de prácticamente cualquier otra rama de la economía: combina niveles extraordinarios de especialización técnica

con formas de trabajo profundamente interdisciplinarias e interdependientes.

La medicina contemporánea ha desarrollado niveles crecientes de sofisticación tecnológica y subespecialización. Ese proceso produjo avances extraordinarios en múltiples campos diagnósticos y terapéuticos, pero también consolidó formas de fragmentación del conocimiento y de organización del sistema, muchas veces subordinadas a dinámicas de mercado antes que a las necesidades sanitarias de las poblaciones. La expansión permanente de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, el sobreuso de procedimientos de alta complejidad y la medicalización creciente de la vida cotidiana, impulsaron un aumento constante de los costos sanitarios que no necesariamente se tradujeron en mejores resultados de salud. En muchos casos, incluso, profundizaron desigualdades y redujeron aún más las posibilidades de acceso.

En este contexto, la noción de “fuerza laboral” busca recuperar la dimensión política y colectiva del trabajo sanitario frente a categorías que durante años redujeron a quienes sostienen el sistema a simples “recursos humanos” o “capital humano”. Porque quienes trabajan en salud no constituyen únicamente un insumo administrativo ni una inversión económica. Son sujetos sociales que producen cuidados, organizan instituciones, construyen comunidad y sostienen cotidianamente capacidades públicas indispensables para la vida colectiva.

El concepto de recursos humanos, hoy superado, fue visto como un avance respecto al previamente predominante de “mano de obra”, porque permitía desplazarse desde la idea de gasto a la de inversión y en lo que respecta a la cosificación “recurso”, siempre podía remitir como a qué o a quién se puede recurrir.

ATENCIÓN PRIMARIA Y REORGANIZACIÓN DEL CUIDADO

La discusión sobre la fuerza laboral no puede separarse de la discusión sobre el modelo de atención. Cada modelo sanitario produce determinadas formas de trabajo, determinadas relaciones entre profesiones, determinadas jerarquías institucionales y determinados modos de construir el cuidado.

Durante décadas, gran parte de los sistemas sanitarios organizaron sus lógicas de funcionamiento alrededor de la hiperfragmentación del trabajo profesional y la multiplicación de las especialidades, de la centralidad hospitalaria y de una creciente mercantilización de las tecnologías. La expansión permanente de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad generó enormes avances científicos, pero

también consolidó modelos de organización muchas veces desarticulados de las necesidades reales de las comunidades.

La Atención Primaria de la Salud (APS) continúa siendo la principal estrategia capaz de reorganizar racionalmente esas tensiones desde una perspectiva de equidad. Pero para ello es indispensable recuperar el sentido profundo de la APS. No se trata simplemente de un primer nivel de atención ni de una medicina “de baja complejidad”, sino de una concepción integral de organización del sistema sanitario basada en la territorialidad, la continuidad de cuidados, la responsabilidad sanitaria sobre poblaciones concretas, el trabajo interdisciplinario y la articulación entre todos los niveles de atención.

Organizar el sistema desde la base en la perspectiva de la Atención Primaria implica reorganizar también el trabajo sanitario. Implica pasar de modelos fragmentados y centrados en prestaciones aisladas hacia equipos de salud con capacidad colectiva de resolución. Equipos capaces de construir seguimiento longitudinal, sostener vínculos territoriales, coordinar cuidados y trabajar articuladamente con hospitales, redes especializadas y organizaciones comunitarias.

La APS no desvaloriza las especialidades. Por el contrario, permite que cada especialidad despliegue mejor su capacidad técnica dentro de redes organizadas de cuidado. El problema no reside en el desarrollo científico de las especialidades, sino en su desconexión respecto de estrategias integrales de atención. Un sistema fragmentado sobreutiliza tecnologías, multiplica derivaciones innecesarias y desperdicia capacidades profesionales. Un sistema integrado necesita equipos estables, articulados y con capacidad colectiva de resolución.

La complejidad contemporánea del cuidado exige además equipos interdisciplinarios con roles diversos, complementarios y crecientemente autónomos. Ya no es posible pensar el trabajo sanitario únicamente alrededor de una lógica donde determinadas profesiones concentran toda la capacidad de decisión mientras el resto ocupa lugares subordinados o accesorios. El sistema sanitario contemporáneo no está compuesto solamente por médicos y enfermeras. En él convergen psicólogos, bioquímicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, farmacéuticos, odontólogos, promotores de salud y múltiples profesiones vinculadas directamente al cuidado. Pero también participan administradores, abogados, contadores, arquitectos sanitarios, bioingenieros, antropólogos, sociólogos, especialistas en información y logística, entre muchos otros actores indispensables para el funcionamiento cotidiano del sistema.

Fortalecer la capacidad resolutive de los equipos requiere reconocer efectivamente esa complejidad y jerarquizar

especialmente aquellas disciplinas históricamente subvaloradas dentro del sistema sanitario. El proceso de profesionalización creciente de la enfermería constituye, en este sentido, uno de los desafíos estratégicos más importantes para las próximas décadas (2). Los modelos de cuidados progresivos, la continuidad asistencial y las nuevas formas de organización hospitalaria dependen profundamente de la jerarquización técnica, profesional y salarial de la enfermería y de múltiples disciplinas vinculadas al cuidado (3).

La transformación del modelo de atención exige también redefinir el vínculo entre hospitales y territorio. Los hospitales no pueden continuar funcionando como instituciones aisladas de las dinámicas comunitarias ni organizadas exclusivamente alrededor de lógicas corporativas de especialización. La reorganización en redes integradas de servicios de salud requiere hospitales articulados entre sí y con el primer nivel de atención, capaces de construir continuidad de cuidados y sostener mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia (4). La noción de hospitales de cuidados progresivos representa un intento de reorganizar las instituciones hospitalarias desde las necesidades integrales de las personas y no solamente desde la lógica fragmentaria de las especialidades (3). Organizar los hospitales por niveles de complejidad y necesidades de cuidado permite mejorar la articulación interdisciplinaria, racionalizar recursos y fortalecer el papel estratégico de las especialidades dentro de equipos más amplios de atención (5).

Todo esto requiere consolidar especialidades transversales tales como generalistas, clínicos, internistas, pediatras y profesionales capaces de articular múltiples dimensiones del cuidado. Pero también exige construir nuevas capacidades de trabajo intersectorial y de integración con otros saberes sociales. Porque los procesos de salud, enfermedad y atención no pueden ser comprendidos exclusivamente desde una mirada biomédica fragmentada. La complejidad sanitaria contemporánea obliga a construir formas de trabajo colectivo capaces de integrar dimensiones sociales, culturales, territoriales y subjetivas del cuidado.

CONDICIONES LABORALES, BURNOUT Y DEDICACIÓN EXCLUSIVA

La organización del trabajo en salud requiere la generación de un adecuado contexto laboral; fuertemente alineado con la procura de calidad, de seguridad para el paciente y fortaleciendo la capacidad de respuesta integral del sistema de salud. A la inversa, no es posible construir procesos sostenidos de cuidado, continuidad asistencial, trabajo interdisciplinario e innovación institucional sobre condiciones laborales fragmentadas, precarias y/o inestables.

Durante años, gran parte de los sistemas sanitarios naturalizaron formas de organización laboral

profundamente contradictorias con los objetivos de calidad y equidad que el propio sistema dice defender. Jornadas extenuantes, guardias de veinticuatro horas, múltiples empleos simultáneos, rotación permanente entre instituciones, sobrecarga emocional y escasa estabilidad se transformaron en componentes estructurales del trabajo sanitario contemporáneo.

El agotamiento crónico de los trabajadores de la salud no constituye un problema individual ni psicológico aislado. Constituye una consecuencia estructural de modelos de organización sanitaria contruidos sobre la fragmentación

laboral, la sobrecarga permanente y la imposibilidad de sostener tiempos adecuados para el cuidado. Durante mucho tiempo, esas dinámicas fueron incluso romantizadas como parte inevitable de la cultura sanitaria. Sin embargo, ningún sistema sanitario puede construirse sosteniblemente sobre trabajadores exhaustos (6).

El burnout deteriora la salud física y mental de quienes trabajan, aumenta errores, debilita la capacidad de reflexión clínica y termina afectando directamente la calidad de atención de la población. Un trabajador agotado dispone de menos tiempo para escuchar, para pensar colectivamente, para investigar, para enseñar y para construir vínculos de cuidado sostenidos.

La naturalización del multiempleo (7) constituye uno de los ejemplos más claros de esa contradicción estructural. Miles de trabajadores de la salud se ven obligados a sostener simultáneamente múltiples empleos para alcanzar niveles de ingresos aceptables. Esa dinámica no solo deteriora las condiciones de vida de quienes trabajan; también debilita profundamente la capacidad institucional de construir equipos estables, generar pertenencia, sostener procesos de mejora continua y consolidar prácticas de cuidado de calidad.

La calidad sanitaria depende también del tiempo. Depende del tiempo para constituir equipos, discutir casos, revisar prácticas, coordinar cuidados, desarrollar protocolos, evaluar procesos y sostener vínculos institucionales duraderos. Resulta extremadamente difícil construir metodologías de mejora continua y prácticas interdisciplinarias cuando la permanencia de los trabajadores en cada institución es episódica o fragmentaria.

Por eso, avanzar hacia modalidades de dedicación exclusiva o de tiempo completo debe transformarse en uno de los objetivos estratégicos centrales de cualquier política de fuerza laboral orientada a fortalecer el sistema público de salud. La dedicación exclusiva no constituye un privilegio corporativo. Constituye una herramienta estratégica para transformar el sistema sanitario. No solamente mejora ingresos o estabilidad. Permite construir pertenencia institucional, consolidar equipos, sostener procesos de formación continua, desarrollar investigación aplicada y fortalecer la capacidad colectiva de transformar prácticas y organizaciones. Las instituciones sanitarias necesitan trabajadores con tiempo para formar parte de la vida

institucional, discutir procesos de trabajo, revisar protocolos, construir innovación organizacional y fortalecer redes interdisciplinarias de cuidado (7).

La dedicación exclusiva permite recuperar algo central para cualquier política sanitaria: la construcción de comunidad institucional. Hospitales, centros de salud y redes sanitarias no son simplemente espacios físicos donde se realizan prestaciones. Son organizaciones complejas que producen conocimiento, construyen cultura institucional y sostienen prácticas colectivas de cuidado. Cuando la rotación permanente y el multiempleo se vuelven la norma, esa dimensión institucional se debilita profundamente. Fortalecer dedicaciones exclusivas, especialmente en el sector público, constituye entonces una inversión estratégica para mejorar simultáneamente las condiciones de vida de los trabajadores, la calidad de atención, la continuidad de cuidados, la capacidad docente, la investigación y la capacidad de conducción del sistema sanitario.

La discusión sobre condiciones laborales tampoco puede reducirse a una discusión salarial aislada. Las enormes disparidades salariales existentes entre distintas especialidades constituyen un problema estructural para el funcionamiento del sistema. No porque todas las tareas sean idénticas ni porque las responsabilidades específicas deban desconocerse, sino porque diferencias extremas de reconocimiento económico terminan distorsionando la organización global del sistema sanitario.

Cuando determinadas especialidades perciben remuneraciones muy superiores a otras funciones igualmente indispensables para el funcionamiento de los equipos de salud, el sistema deja de organizarse según necesidades sanitarias y comienza a hacerlo según dinámicas de mercado. La consecuencia es conocida: faltan profesionales en áreas críticas, se debilitan las disciplinas generalistas, se sobrecargan determinadas especialidades indispensables y se profundizan las desigualdades territoriales de acceso.

Por eso, resulta necesario promover políticas de remuneración y reconocimiento coherentes con los objetivos estratégicos del sistema de salud. La Atención Primaria constituye la estrategia organizadora del sistema, y las condiciones laborales, la formación y las políticas salariales deben promover efectivamente el trabajo interdisciplinario, los perfiles generalistas, la continuidad de cuidados y la integración territorial.

CARRERA SANITARIA Y PLANIFICACIÓN FEDERAL

En este contexto, la construcción de una carrera sanitaria adquiere una importancia estratégica central. Una carrera sanitaria no representa solamente un mecanismo administrativo de ordenamiento laboral. Constituye una arquitectura institucional destinada a organizar el desarrollo de capacidades estratégicas para el sistema de

salud y construir trayectorias laborales estables, reconocidas y articuladas con las necesidades sanitarias de cada territorio.

La Argentina necesita contar con una carrera sanitaria con criterios federales, capaz de reconocer las particularidades

provinciales y regionales, pero al mismo tiempo sostener una lógica común orientada a lograr una equitativa distribución geográfica y social de la fuerza laboral y a fortalecer el sistema público y el trabajo colectivo de cuidado. Esa carrera debe valorizar la formación continua, la experiencia, la investigación y la capacidad de asumir responsabilidades crecientes dentro de los equipos y de las instituciones, evitando reproducir fragmentaciones y jerarquías más funcionales al mercado que a las necesidades de la población y del sistema sociosanitario.

La discusión sobre la fuerza laboral adquiere una complejidad particular en un país con organización federal del sistema de salud, especialmente en un contexto en el que el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 674/2026 (8), acaba de debilitar intencionadamente la matrícula nacional delegándola a instituciones universitarias públicas y privadas. La formación universitaria de profesionales de salud continúa siendo predominantemente pública y todas las universidades proveen títulos de provisión nacional, mientras que la matriculación profesional, las regulaciones laborales y buena parte de la organización concreta de los servicios sanitarios, se estructuran provincialmente y la mayoría de las provincias delega su función regulatoria en entidades colegiadas. Esa fragmentación institucional vuelve todavía más necesaria la construcción de mecanismos sólidos de articulación y conducción estratégica.

No se trata de desconocer autonomías provinciales ni particularidades territoriales. Por el contrario: se trata de construir una arquitectura federal capaz de integrar diversidades bajo objetivos sanitarios comunes. La fuerza laboral sanitaria necesita reglas generales, criterios comunes de calidad, mecanismos de planificación compartidos y herramientas de articulación que permitan sostener la circulación, la complementariedad y la coherencia en la organización global del sistema.

Ningún sistema de salud puede organizar racionalmente sus capacidades si desconoce cuántos trabajadores tiene, dónde trabajan, en qué condiciones lo hacen, cuáles son las especialidades deficitarias y cuáles son las necesidades estratégicas de formación para los próximos años. Planificar situacionalmente con una perspectiva solidaria y participativa la fuerza laboral constituye una condición indispensable para garantizar equidad territorial y capacidad efectiva de respuesta sanitaria. La planificación de la fuerza laboral debe ser entendida como una función permanente de gobierno y no como un ejercicio técnico ocasional o meramente estadístico (9).

Además, la discusión sobre condiciones laborales no puede desvincularse de las transformaciones demográficas y culturales que atraviesan actualmente al sistema sanitario. El sector salud experimenta desde hace años un profundo proceso de feminización (10). Las mujeres representan hoy una proporción creciente y mayoritaria de quienes sostienen cotidianamente hospitales, centros de salud y redes de cuidado (11). Esa realidad obliga a revisar críticamente formas históricas de organización laboral construidas muchas veces sobre modelos profundamente patriarcales y verticalistas que desconocen la distribución social del trabajo de cuidados no remunerado y naturalizan exigencias y sobrecargas que resienten tanto la calidad de vida de las trabajadoras como la calidad de la atención (12).

Las políticas de fuerza laboral deben incorporar de manera explícita perspectivas de cuidado, reconocimiento y equidad con enfoque de género, tanto en la distribución de tareas como en las condiciones de trabajo y en las posibilidades de desarrollo profesional. Porque no existen procesos de atención y cuidado de calidad y de calidez sensibles a las necesidades siempre cambiantes de nuestro pueblo cuando quienes tienen a su cargo esa responsabilidad trabajan agotados, precarizados o invisibilizados.

FORMACIÓN, RESIDENCIAS Y CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES ESTRATÉGICAS

La organización de la fuerza laboral no comienza en el momento de contratación de los trabajadores. Comienza mucho antes: en los procesos de formación, especialización, distribución territorial y construcción de capacidades estratégicas para el sistema sanitario. Por eso, pensar una política de fuerza laboral implica necesariamente pensar una política integral de formación en salud.

Los procesos de formación no constituyen dimensiones accesorias del sistema sanitario. Son componentes estructurantes de cualquier transformación profunda. Cada reforma del sistema requiere simultáneamente procesos formativos capaces de acompañarla, sostenerla y profundizarla. Porque los cambios organizacionales no se producen solamente mediante normas o decisiones administrativas. Se construyen formando trabajadores,

equipos e instituciones capaces de materializar nuevas prácticas de cuidado y nuevas formas de organización sanitaria.

La residencia continúa es el principal dispositivo de formación especializada y de construcción de capacidades profesionales para el sistema de salud (13-14) en el caso de la medicina, pero cada vez más también en enfermería y en múltiples profesiones del equipo de salud. El título universitario de grado representa fundamentalmente una habilitación general de entrada al sistema, pero no garantiza por sí mismo la preparación necesaria para ejercer autónomamente prácticas complejas dentro de redes contemporáneas de cuidado.

La residencia constituye mucho más que una etapa educativa. Constituye una herramienta estratégica de

planificación sanitaria. A través de las residencias, el sistema forma las especialidades que necesita, organiza capacidades técnicas, construye equipos y garantiza estándares mínimos de calidad en la formación profesional. Por eso, las residencias no pueden quedar subordinadas exclusivamente a las dinámicas del mercado de trabajo y a los intereses corporativos o estrategias comerciales de instituciones privadas y del complejo médico industrial transnacionalizado (15).

Cuando el mercado organiza la formación de especialidades, el sistema sanitario deja de producir capacidades según necesidades de salud y comienza a producirlas según criterios de rentabilidad económica. La consecuencia es visible: coexistencia entre déficits críticos de profesionales en áreas estratégicas y sobreoferta de especialidades vinculadas a nichos de mayor rentabilidad, concentración territorial de especialistas, debilitamiento de perfiles generalistas y creciente fragmentación del sistema sanitario.

La Argentina construyó históricamente un sistema de residencias amplio y prestigioso, particularmente sostenido por el sector público. Sin embargo, en los últimos años se produjo un deterioro significativo de los mecanismos de integración y planificación conjunta entre distintos niveles jurisdiccionales. La fragmentación creciente entre sistemas nacionales, provinciales y locales debilitó especialmente a aquellas regiones con menor capacidad institucional o menor presencia universitaria.

Al mismo tiempo, comenzaron a expandirse mecanismos privados de certificación y formación especializada, muchas veces desvinculados de criterios homogéneos de regulación pública. Universidades públicas y privadas, sociedades científicas y diversos actores corporativos desarrollan crecientemente trayectorias formativas paralelas utilizando estructuras hospitalarias públicas sin integrarse necesariamente a una planificación estratégica del sistema sanitario.

La Argentina necesita avanzar hacia un sistema integrado y regulado de residencias y formación especializada, donde la residencia constituya efectivamente la vía central y jerarquizada de formación de especialistas para el sistema de salud. Incluso más, las competencias profesionales sin residencias deben quedar circunscriptas a las habilidades certificadas en el grado.

Existen en el país al menos seis formas diferentes de formarse (y de anunciarse) como especialista en la Argentina, todas ellas reconocidas por los Colegios y el Ministerio de Salud de la Nación. La respuesta más legítima y sustentable a largo plazo deviene de constituir una fuerte alianza entre ministerios de salud y universidades públicas para fusionar el sistema de residencias con las carreras de especialista de posgrado, adecuadamente acreditadas (16). Eso implica garantizar estándares comunes de calidad formativa, condiciones laborales adecuadas, supervisión académica, remuneraciones dignas y criterios de evaluación homogéneos. Pero implica también algo más profundo: definir estratégicamente qué especialidades necesita el país, dónde deben formarse y cómo distribuir territorialmente esas capacidades. Las más refinadas especialidades y subespecialidades le rinden más a nuestro pueblo si no son u operan como puerta de entrada, sino que brindan sus servicios por derivación de profesionales con una rigurosa formación transversal y generalista.

La formación de especialistas no puede quedar librada únicamente a preferencias individuales, dinámicas de mercado o posibilidades económicas de determinados sectores sociales. Por ello constituye una responsabilidad estratégica del Estado.

No existe soberanía sanitaria sin conducción y soberanía sobre la formación y organización de la fuerza laboral en todo el ciclo de la fuerza laboral: planificación, formación, regulación, empleo, condiciones de trabajo, distribución territorial y carrera profesional.

EL FORTALECIMIENTO DEL TRAYECTO TÉCNICO PROFESIONAL

Una significativa proporción de la dotación de los servicios de salud es protagonizada por el tramo técnico profesional de dilatada trayectoria en nuestro país. La presencia de la enfermería técnica superior junto con el título intermedio de enfermería universitaria predomina demográficamente en la provincia y en todo el país (17), configurando una proporción significativa de la planta profesional y las diversas tecnicaturas como las de laboratorio, histopatología, radiología e imágenes, hemoterapia, acompañante terapéutico, farmacia, instrumentación quirúrgica, esterilización o salud comunitaria, que multiplican las escalas, la complejidad y el alcance de los servicios de salud.

Además del caso singular de enfermería, otras tecnicaturas han alcanzado también el nivel de licenciaturas en el sistema universitario.

Si se realiza un análisis crítico para sustentar nuevas propuestas, resulta evidente lo que señala la Ley 24.521 (18): la educación superior incluye “las universidades e institutos universitarios, estatales o privados autorizados y los institutos de educación superior de jurisdicción nacional, provincial o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de gestión estatal o privada, todos los cuales forman parte del Sistema Educativo Nacional”. Resulta ostensible la escasa articulación y reconocimiento recíproco de estas instituciones que reunidas forman el grueso de la fuerza laboral en salud.

El caso de enfermería resulta por demás significativo. Mientras puede afirmarse que para la consideración social la enfermería es una única profesión, diferentes pisos de formación coexisten sin una adecuada articulación.

Aunque el título de auxiliar de enfermería ha dejado de ofrecerse por ley desde mayo de 2025, el número de profesionales que ejercen con ese título no es menor y, aunque pueda argumentarse que se trata de personas cercanas a la jubilación, es escasa la inversión pública —con escasas y honrosas excepciones— destinada a la reconversión profesional mediante programas y diseños horarios que faciliten la formación. Otro tanto ocurre entre enfermería universitaria y enfermería técnica superior. Con un número de horas y años de formación similar no se han compatibilizado los programas, aunque tengan trayectos profesionales y carrera sanitaria similar. El hecho de que la formación universitaria sea de alcance nacional y la formación técnica superior sea provincial, probablemente dificulta esa articulación. Lo cierto es que el acceso a la licenciatura en enfermería resulta difícil y, en muchos casos, desde la incorporación de la carrera de licenciatura

en enfermería al artículo 43 previsto en la Ley de Educación Superior (18), la dificultad en muchas universidades se ha acrecentado.

La especialización es también un campo de importancia en el desarrollo profesional de la enfermería, con la expectativa de que la enfermería no reproduzca la sobrespecialización a la que ha devenido la medicina por razones que exceden las necesidades sanitarias.

El respeto por el desarrollo profesional de las y los licenciados en enfermería y el fortalecimiento de sus oportunidades de acceso a residencias, especialidades, maestrías y doctorados, constituye una fortaleza, especialmente si se reinvierte en el fortalecimiento de la profesión como un todo y en una procura sistemática de la calidad y calidez de la atención y del cuidado (19).

LA DOCENCIA, LA INVESTIGACIÓN Y LA CAPACIDAD DE GOBIERNO

La discusión sobre la fuerza laboral en salud no puede limitarse únicamente a la cantidad de trabajadores disponibles o a sus condiciones de contratación. También implica pensar cómo se producen conocimientos, cómo se forman capacidades institucionales y cómo se construye la posibilidad misma de conducir sistemas sanitarios complejos (9).

Los procesos de formación no son dimensiones accesorias del sistema de salud. Son componentes estructurantes de cualquier transformación sanitaria. Cada reforma del sistema requiere simultáneamente procesos de formación capaces de acompañarla, sostenerla y profundizarla. Porque los cambios organizacionales no se producen solamente mediante normas o decisiones administrativas. Se construyen formando trabajadores, equipos e idoneidades institucionales capaces de materializar nuevas prácticas de cuidado y nuevas formas de organización.

En este marco, el fortalecimiento de la capacidad docente de hospitales y centros de salud adquiere una importancia central. Los hospitales escuela representan mucho más que instituciones donde se dictan clases o se reciben estudiantes. Son espacios donde el conocimiento se actualiza, se discute, se produce y se transforma permanentemente. Las instituciones que desarrollan actividades docentes no solamente enseñan, también aprenden.

La presencia de procesos formativos continuos obliga a revisar prácticas, discutir evidencia, sistematizar experiencias y construir mecanismos permanentes de evaluación y actualización. Por eso, la integración entre universidades y sistema de salud constituye una dimensión estratégica para mejorar simultáneamente calidad asistencial, producción de conocimiento y capacidad institucional.

Lo mismo ocurre con la investigación. Durante mucho tiempo, gran parte del reconocimiento académico y

profesional dentro del campo sanitario quedó asociado casi exclusivamente a innovaciones biomédicas o a desarrollos tecnológicos de alta complejidad. Sin desconocer la importancia de esos avances, resulta indispensable ampliar la noción misma de investigación sanitaria.

Los sistemas de salud necesitan también investigar sus propios procesos de trabajo, producir conocimiento sobre organización de servicios, estrategias de cuidado, modelos de atención, continuidad asistencial y formas concretas de respuesta sanitaria en distintos territorios y comunidades. Investigar sobre la propia práctica constituye una de las herramientas más potentes para transformar instituciones sanitarias. Cuando los equipos pueden analizar críticamente sus resultados, revisar procesos y socializar experiencias, el sistema desarrolla capacidad de aprendizaje colectivo. La investigación deja entonces de ser un espacio aislado reservado exclusivamente a ciertos sectores académicos y se transforma en una herramienta cotidiana de mejora institucional y democratización del conocimiento.

Por ello, los ejes estructurantes de la investigación sobre (y con) la fuerza laboral en salud —podría decirse que la fuerza laboral se investiga a sí misma y se reconoce en ello— incluyen al menos los ejes de: I. sociología de las profesiones y de las especialidades; II. mercado de trabajo; III. procesos de trabajo y funciones de producción; y IV. investigación educativa.

Pero, además, existe otra dimensión estratégica frecuentemente subestimada: la formación para el gobierno y la conducción del sistema de salud.

Los sistemas sanitarios contemporáneos son organizaciones extraordinariamente complejas. Adminstran enormes volúmenes de recursos, articulan múltiples niveles institucionales, coordinan miles de

trabajadores y deben responder simultáneamente a desafíos epidemiológicos, tecnológicos, financieros, territoriales y políticos de enorme magnitud. Sin embargo, durante mucho tiempo, gran parte de las responsabilidades de conducción sanitaria quedaron organizadas casi exclusivamente alrededor de criterios de antigüedad, prestigio profesional o reconocimiento corporativo.

Pero ser un gran especialista no garantiza automáticamente la capacidad de conducción. La gestión sanitaria requiere conocimientos específicos vinculados a planificación, organización institucional, administración pública, conducción de equipos, análisis epidemiológico,

financiamiento, evaluación de políticas y gobierno de sistemas complejos. Requiere también capacidad política para construir consensos, conducir transformaciones y sostener procesos de cambio institucional.

Por eso, resulta indispensable avanzar en la creación y fortalecimiento de escuelas de gobierno en salud en todo el país. Escuelas capaces de formar jefes de servicio, directores de hospitales, coordinadores de redes, secretarios de salud y ministros con preparación técnica y política para conducir sistemas sanitarios complejos.

Formar gestores sanitarios es formar capacidad estatal.

TECNOLOGÍA, INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SOBERANÍA SANITARIA

La discusión contemporánea sobre la fuerza laboral en salud no puede desligarse del impacto creciente de las tecnologías de información, comunicación e inteligencia artificial sobre los procesos de cuidado y organización sanitaria. La incorporación de nuevas tecnologías posee un enorme potencial para mejorar accesibilidad, integración de información, seguimiento de pacientes, coordinación de redes y apoyo a la toma de decisiones clínicas y sanitarias. Sin embargo, el problema central no reside en la tecnología en sí misma, sino en los objetivos políticos y sanitarios que orientan su utilización. Las tecnologías nunca son neutrales. Expresan relaciones de poder, prioridades económicas y modelos de organización social

En sistemas sanitarios profundamente mercantilizados, las innovaciones tecnológicas suelen incorporarse principalmente bajo lógicas de aumento de productividad, reducción de costos laborales y expansión de mercados. En muchos casos, las tecnologías terminan reforzando procesos de fragmentación, aceleración del trabajo y subordinación creciente de las prácticas de cuidado a dinámicas empresariales y financieras. Por eso resulta indispensable discutir la incorporación tecnológica desde una perspectiva de soberanía sanitaria.

La inteligencia artificial y las tecnologías digitales deben ponerse al servicio de las necesidades del sistema de salud

y de las comunidades, y no al revés. Deben fortalecer capacidades colectivas de cuidado, ampliar accesibilidad y mejorar la calidad de los procesos sanitarios. No reemplazar el trabajo humano ni profundizar dinámicas de precarización y automatización deshumanizante.

Junto con el aumento de la capacidad y velocidad de análisis de datos, de contrastación con la evidencia científica y en la orientación en estrategias de atención, el uso de la inteligencia artificial debe tener como objetivo principal generar más tiempo para los procesos de cuidado, de escucha y de intercambio por parte de los trabajadores de salud. Es indispensable dejar establecido que no es el aumento de la productividad ni el reemplazo humano lo que se busca, sino una mejora en la calidad que es intensamente dependiente del tiempo dedicado entre las personas.

Las tecnologías pueden asistir, acompañar y potenciar múltiples dimensiones del trabajo sanitario, pero no pueden sustituir la escucha, la construcción de confianza, la comprensión territorial ni la complejidad vincular que atraviesa los procesos de salud, enfermedad y atención.

El desafío no consiste en aceptar o rechazar acríticamente las nuevas tecnologías, consiste en construir capacidad política y estatal para orientarlas estratégicamente.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DEMOCRATIZACIÓN SANITARIA

La Atención Primaria de la Salud constituye una estrategia de reorganización técnica del sistema sanitario, pero implica también una forma profundamente democrática de concebir la salud, el cuidado y la relación entre instituciones y comunidades. La Declaración de Alma-Ata estableció que la participación comunitaria no debía entenderse como una actividad complementaria o instrumental, sino como un

componente esencial de una concepción integral de salud basada en las necesidades de las poblaciones y en su capacidad de intervenir sobre los procesos que determinan su bienestar.

La salud no puede producirse exclusivamente desde estructuras burocráticas ni desde decisiones tomadas de

manera aislada por expertos. Los procesos de salud, enfermedad y atención, están atravesados por condiciones sociales, culturales, económicas, territoriales y comunitarias que requieren necesariamente de participación colectiva para poder ser comprendidos y abordados adecuadamente. Como han señalado distintas corrientes del pensamiento sanitario latinoamericano, los problemas de salud no son solamente fenómenos biológicos individuales, sino procesos sociales donde intervienen formas de vida, relaciones de poder, desigualdades y modos de organización colectiva.

Por eso, la participación comunitaria constituye una dimensión central de cualquier estrategia seria de transformación sanitaria. No se trata únicamente de incorporar mecanismos formales de consulta, encuestas de satisfacción o acciones aisladas de promoción comunitaria. Se trata de construir instituciones sanitarias capaces de escuchar, dialogar y organizar sus respuestas a partir de las necesidades concretas de las poblaciones y territorios donde actúan.

La Atención Primaria de la Salud adquiere en este punto toda su dimensión política. No es solamente una estrategia para ordenar servicios o mejorar indicadores sanitarios. Es una forma de construir una relación diferente entre Estado, trabajadores y comunidad. La territorialidad implica reconocer que las poblaciones no son receptoras pasivas de prestaciones, sino sujetos colectivos con saberes, experiencias y capacidades que deben formar parte de la construcción del cuidado.

Los centros de atención primaria, por su inserción territorial y por su vínculo continuo con las poblaciones a

cargo, poseen condiciones privilegiadas para desarrollar formas más democráticas de organización sanitaria. La cercanía cotidiana con los problemas reales de las personas permite construir capacidades de escucha, participación y articulación comunitaria mucho más difíciles de desarrollar en modelos exclusivamente hospitalocéntricos y fragmentados (3).

La democratización del sistema sanitario implica también fortalecer la participación de los propios trabajadores en las decisiones institucionales. Los trabajadores no son únicamente ejecutores de políticas diseñadas externamente, son sujetos que producen cotidianamente conocimiento práctico sobre el funcionamiento real de hospitales, centros de salud y redes sanitarias. Esa experiencia constituye una fuente estratégica de aprendizaje institucional que no puede ser reemplazada por diseños exclusivamente administrativos o tecnocráticos.

Las instituciones sanitarias más democráticas suelen ser también las más capaces de aprender, innovar y adaptarse. Porque la participación de trabajadores y comunidades fortalece la construcción colectiva de soluciones, mejora la circulación de conocimientos y reduce formas autoritarias y verticalistas de organización institucional que históricamente atravesaron buena parte de los sistemas sanitarios.

Democratizar la salud implica democratizar también la producción de conocimiento, la toma de decisiones y la organización cotidiana del cuidado. Defender sistemas públicos de salud implica defender instituciones capaces de construir comunidad (3).

PANDEMIA, MEMORIA Y RECONOCIMIENTO DEL CUIDADO

La pandemia de COVID-19 dejó una evidencia imposible de negar: el verdadero sostén de los sistemas de salud son sus trabajadores.

Durante los momentos de mayor incertidumbre y fragilidad social, millones de personas sostuvieron hospitales, centros de salud, dispositivos comunitarios y redes de atención bajo condiciones de enorme presión física, emocional y organizacional. La pandemia volvió visible algo que ya estaba presente pero frecuentemente invisibilizado: los sistemas sanitarios no están constituidos principalmente por edificios, equipamientos o tecnologías, sino por personas organizadas colectivamente para cuidar a otras personas.

El acontecimiento pandémico funcionó como una prueba extrema de las capacidades acumuladas por los sistemas de salud. Allí donde existían equipos consolidados, redes territoriales, capacidades públicas de conducción y

trabajadores con experiencia, la respuesta sanitaria encontró mayores fortalezas. Allí donde predominaban fragmentación, precarización y debilitamiento institucional, esas dificultades se expresaron con mayor intensidad

La pandemia también expuso con crudeza las consecuencias de años de fragmentación laboral y debilitamiento de las condiciones de trabajo. Jornadas extensas, sobrecarga sostenida, agotamiento físico y emocional, atravesaron a gran parte de la fuerza laboral sanitaria, mostrando que el cuidado de quienes cuidan constituye una condición indispensable para garantizar la calidad y sostenibilidad de cualquier sistema sanitario.

Miles de trabajadores enfermaron. Muchos murieron.

Ese hecho no puede quedar reducido a una memoria simbólica ni a reconocimientos circunstanciales. El reconocimiento a quienes sostuvieron el cuidado colectivo

debe expresarse en políticas concretas de fortalecimiento del sistema público, mejora de condiciones laborales, formación continua, planificación sanitaria y protección integral de quienes trabajan en salud.

La pandemia mostró también que la salud es una construcción colectiva y que la capacidad de respuesta

de una sociedad depende, en gran medida, de las capacidades humanas e institucionales que haya logrado construir previamente. Por eso, fortalecer la fuerza laboral sanitaria no constituye solamente una política sectorial, sino también una política de protección social, de soberanía sanitaria y de defensa del derecho a la salud.

CONCLUSIONES

Durante décadas, gran parte de las discusiones sobre sistemas de salud estuvieron dominadas por debates financieros, tecnológicos o institucionales que muchas veces dejaron en segundo plano una dimensión esencial: el trabajo humano organizado que sostiene cotidianamente la capacidad de cuidar. Sin embargo, ningún sistema sanitario existe por fuera del protagonismo de su fuerza laboral.

Hospitales, centros de salud, tecnologías, medicamentos y redes asistenciales solo adquieren sentido a través de trabajadores capaces de organizar cuidados, producir conocimiento, construir vínculos comunitarios y sostener instituciones complejas orientadas a proteger la vida. Por eso, discutir la fuerza laboral en salud no constituye un debate sectorial ni corporativo, sino una discusión estratégica sobre el modelo de sociedad que se pretende construir y sobre la capacidad concreta de garantizar el derecho a la salud.

En contextos de creciente mercantilización sanitaria, esta discusión adquiere todavía mayor relevancia. La subordinación progresiva del sistema de salud a dinámicas de rentabilidad, produjo fragmentación institucional, sobreespecialización desarticulada, desigualdades territoriales, precarización laboral y debilitamiento de las capacidades integrales de cuidado. El mercado puede organizar negocios sanitarios, pero no puede organizar racionalmente el derecho a la salud.

Por eso, resulta indispensable recuperar capacidad pública de planificación, regulación y conducción estratégicas y participativas de la fuerza laboral.

La Atención Primaria de la Salud continúa representando la principal racionalidad capaz de reorganizar el sistema desde una perspectiva de equidad, integralidad y continuidad de cuidados centrado en las comunidades. Pero esa transformación requiere necesariamente reorganizar también el trabajo sanitario: fortalecer equipos interdisciplinarios, jerarquizar perfiles generalistas, integrar redes de servicios, reconstruir vínculos territoriales y desarrollar instituciones capaces de trabajar colectivamente sobre las necesidades concretas de las comunidades. No existe transformación sanitaria posible sin transformación de las formas de trabajo. La organización de la fuerza

laboral es, en definitiva, la organización concreta de la capacidad de una sociedad para cuidar a su pueblo.

En un tiempo atravesado por desigualdades crecientes, fragmentación social y mercantilización de la vida, defender esa capacidad colectiva de cuidado constituye también una forma de defender la democracia, la comunidad y el derecho de nuestro pueblo a vivir con dignidad.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Mercado de trabajo. Tasas e indicadores socioeconómicos (EPH) Primer trimestre de 2026 [Internet]. Buenos Aires; INDEC; 2026 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/mercado_trabajo_eph_1trim269E33A05E47.pdf
2. World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4173924-a18f-49b6-8bd1-9c2a4a098980/content>
3. Escapil A, Barrenengoa P, Moreno J E, Salvioli M. Reforma hospitalaria bonaerense: hacia un modelo de cuidados progresivos. Entrevista a Nicolás Kreplak. Salud Publica [Internet]. 2025 Sep [Acceso jun. 2026]; 4. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/184/175>
4. Rovere M. Redes en salud: los grupos, las instituciones y la comunidad [Internet]. Córdoba: El Ágora; 2016 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: https://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/pluginfile.php/126192/mod_resource/content/1/Redes%20en%20salud%20juntas.pdf
5. Salvioli M; Rapretti MV, Barrenengoa P, Escapil A, Moreno JE, Kreplak N. Los cuidados progresivos en la reforma hospitalaria bonaerense: hitos, experiencias y narrativas sobre la implementación de un modelo de gestión y atención [Internet]. La Plata: JE Moreno; 2025 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2026/03/1651798/interiortapas.pdf>
6. Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Cuidar a los que cuidan: guía para la elaboración y ejecución de programas de salud y seguridad en el trabajo para los trabajadores de la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/Guide_Spanish.pdf
7. Chaz Sardi MC, Martínez CK, Duré MI, L'hopital C, González V, Mirofsky M et al. Caracterización del multiempleo en salud entre médicos y enfermeros de la provincia de Buenos Aires: un estudio transversal para el primer trimestre de 2021. Salud publica [Internet]: 2023 [Acceso jun. 2026]; 1. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/26/30>
8. Argentina. Ministerio de Salud. Resolución 674. Boletín Oficial [Internet]; jun. 2026 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/343219/20260617>
9. Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud [Internet]. 2ª. ed. Washington D.C.: OPS; 2006. [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/server/api/core/bitstreams/61fe4c61-d84d-4ae5-b86d-3caed0bf924b/content>
10. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Buenos Aires: PNUD, 2018 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: https://files.acquia.undp.org/public/migration/ar/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf
11. Organización Panamericana de la Salud, Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres. El liderazgo de las mujeres en la salud de las Américas: por una gobernanza sanitaria paritaria e inclusiva [Internet]. Washington DC: OPS; 2025 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/23-1-2025-mujeres-ocupan-menos-30-cargos-directivos-sector-salud-america-latina-pese>
12. World Health Organization. Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce. Ginebra: OMS; 2019 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: iris.who.int/server/api/core/bitstreams/10d2adba-9f24-4133-bc02-5d065e4f7992/content
13. García Dieguez M. El sistema de residencias médicas en Argentina: historia, desafíos actuales y orientaciones para el futuro. Rev Hosp Ital B.Aires [Internet]. 2025 Sep. 30 [Acceso jun. 2026]; 45(3): e0001296. Disponible en: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/1296>
14. Duré MI, Quiroga R, Cadile MC, Heredia MV, González del Port A, Chaz Sardi MC. Informe sobre ingreso a Residencias médicas básicas 2024. Salud Publica [Internet]. 2026 Feb [Acceso jun. 2026]; 5. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/194/212>
15. Nardi MA, Arceo MD, Ladenheim RI. Análisis del sistema de residencias argentino desde el paradigma de las Ciencias de la Complejidad. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba [Internet]. 2023 [Acceso jun. 2026]; 80(2):163-7. Disponible en: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.39843>
16. Duré MI; Attme de Ceballos I, Cadile MC, Calbi M, Daverio D, Dursi C et al. Procesos de acreditación de la formación de posgrado de Carreras de salud en Argentina: hacia la consolidación de un sistema articulado [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Capital Humano; 20215 [Acceso jun. 2026]. Disponible en: docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/885195/2016_ms_arg_acreditacion_posgrado_salud_arg.pdf
17. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección Provincial Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara. Sala de situación de la Fuerza de Trabajo en Salud. La formación en enfermería en la provincia de Buenos Aires (2011-2022). Salud Publica [Internet]. 2025 Abr [Acceso jun. 2026]; 4. Disponible en: <https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/115/153>
18. Argentina. Congreso. Ley 24.521. Educación superior. Boletín Oficial [Internet]; 1995 ago [Acceso jun. 2026]; 28.206. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24521-1995-25394>
19. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan quinquenal de salud: resumen ejecutivo. La Plata: Ministerio de Salud; s.f [Acceso jun. 2026]. Disponible en: <https://nc.ms.gba.gov.ar/index.php/s/dL66ko4XzA2im8r>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Kreplak N, Rovere M. La fuerza laboral en salud: protagonista y factor estratégico para construir y garantizar el derecho a la salud. Salud Publica [Internet]. 2026 Jul [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.