

Primer Borrador

mario testa  
10 de julio, 1969

Para VI Conferencia de Directores de  
Escuelas de Salud Pública

RECURSOS HUMANOS

Después de algunos años de experiencia en planificación latinoamericana, resulta cada vez más difícil el intento de definir con rigor qué es exactamente la planificación, en este caso de los recursos humanos.

Tal vez lo más sencillo sea entender que vamos a hablar del cálculo de cuántas personas se van a necesitar, con qué capacidades y en qué plazos, comparando luego estos requerimientos con la posibilidad de su obtención.

Pronosticar una situación social conlleva un riesgo muy elevado. Riesgo de equivocarse considerablemente, por una parte, y, lo que es más grave, riesgo de comprometer durante mucho tiempo las actividades que se pronostican en una dirección equivocada.

Un ejemplo claro del segundo de estos riesgos es la situación actual de salud en América Latina, a que se ha llegado a través de decisiones históricas que han conformado nuestros servicios de salud en base a dos tipos de rigideces. Por una parte la construcción de edificios para propósitos específicos de atención médica, por otra, la formación de cierto tipo de recursos humanos para salud, no coincidente con las necesidades obvias de nuestros países.

Esta última afirmación no equivale a un juicio sobre los dirigentes de la salud en el pasado, pero sí apunta a la responsabilidad de esos dirigentes en el futuro.

## Métodos

### El enfoque económico

Desde este punto de vista puede considerarse la existencia de un mercado de trabajadores de salud. En verdad existirían tantos mercados como tipos de personal existen. La concurrencia a esos mercados determinaría no sólo el precio (salarios) sino las acciones conducentes a romper los "cuellos de botella" que se generan frente a las escaseces relativas: programas de formación de personal, ampliación de las diversas escuelas profesionales, etc.

Este esquema no funciona por una simple razón: la demanda es actual y la oferta no puede adaptarse a las condiciones de esa demanda sino en plazos relativamente largos.

De manera que si se quiere insistir en este enfoque es menester pronosticar la demanda futura, a varios plazos, para intentar desde ya introducir las correcciones que permitan un buen funcionamiento de este mercado, o sea, que exista suficiente oferta de trabajadores para abastecer la demanda, a precios que se encuentren al alcance de la capacidad de pago de la población que requiere esos servicios.

La demanda actual de personal puede definirse como el personal ocupado en el momento presente, prestando servicios de salud, es decir, partiríamos de la idea convencional de que en este momento la demanda es igual a la oferta, dejando por dilucidar únicamente el crecimiento futuro, diferenciado según los diversos tipos de personal requerido. Otra forma de considerar

el problema es medir las carencias actuales de cada tipo de personal, lo que implica establecer una medida de la necesidad en abstracto de cada uno de ellos.

La segunda forma señalada en el párrafo anterior: demanda de personal mayor que oferta del mismo, requiere cuantificar ese exceso para lo cual se han propuesto varios métodos: 1) estimar una supuesta necesidad biológica que condicionaría una demanda total de personal de salud, basada en el tiempo que cada persona, a cada edad, requiere de cada tipo de personal de salud, cuando está afectada por cierto daño; 2) comparación con países adelantados; 3) opinión de expertos; 4) formulación de normas; 5) determinación de la demanda a través del precio que la población está dispuesta a pagar por los servicios de salud.

Si en cambio se considera que la situación actual es satisfactoria, es decir, demanda de personal igual a oferta, entonces se puede aceptar que las actuales proporciones de personal respecto a la población, en algunos casos en términos específicos como, por ejemplo, pediatras respecto de niños, etc., tiendan a mantenerse en el futuro siempre que no se introduzcan otros factores de cambio.

El último de los elementos mencionados, otros factores de cambio, es tal vez el más importante, y se refiere a aspectos demográficos tales como estructura por sexo y edades, migraciones internas, en especial rural urbanas y cambios en la composición de la familia. Además hay elementos que pueden modificar por completo las características de la

demanda, tales como el crecimiento del ingreso, el mosaico de enfermedades que afecta a la población, la situación alimentaria, los cambios sociales, la organización del sector salud y la incorporación de nuevos elementos tecnológicos.

Sin mencionar los elementos demográficos haremos breve mención a algunos de los otros factores. El cambio en el mosaico de enfermedades es predecible hasta cierto punto, ya que se conoce la evolución histórica que la morbilidad y mortalidad ha tenido en muchos países hoy avanzados, además que ese cambio está estrechamente, o mejor dicho, estructuralmente ligado con los cambios demográficos, tan estudiados en numerosas oportunidades. En pocas palabras, sabemos que nuestros países tendrían cada vez más cáncer y enfermedades cardiovasculares que diarreas, y esto apunta desde ya a requerimientos de personal distintos; lo único que resta es saber en cuanto tiempo se va a producir el cambio.

La situación alimentaria y nutricional es posiblemente el factor condicionante aislado que tiene más impacto sobre la situación de salud. Los estudios sobre este problema, y especialmente los de oferta de alimentos, tienden a señalar que, en América Latina, existe una tendencia al deterioro de la alimentación. Hasta cierto punto se puede prever las consecuencias de este deterioro en términos de requerimientos de personal, aunque sin pretensiones de precisión matemática. Lo único claro es que si la población va a estar peor alimentada que en la actualidad, van a aumentar las demandas por atención médica.

El cambio social es uno de los elementos con que hay que contar para nuestro futuro. Ningún examen de nuestra situación tiene sentido histórico actual si no contempla las proposiciones de cambio que desde todos los países y todos los sectores de nuestro continente se están realizando en este momento. No todas las proposiciones tienen el mismo signo ni la misma intención, pero sí puede afirmarse que su temática se centra en torno a dos núcleos y sus posibles alternativas: la distribución interna del ingreso y la riqueza, la dependencia exterior. Y estos dos temas centrales del cambio social son los que van a determinar en el futuro las necesidades de personal para salud y su tipo, condicionando por una parte el volumen de la demanda, y por otra definiendo las prioridades correspondientes; lo primero a través de incorporar a la vida social y económica a grandes masas de población que aún no han accedido a ello, lo segundo al poner de relieve los grupos de población menos atendidos por los servicios de salud y sus apremiantes necesidades, pero además porque la independencia cultural de los centros actuales de poder mundial nos permitirán idear y llevar a la práctica las soluciones que más convengan a nuestros específicos requerimientos. Esta no es una declaración ideológica. El problema de utilizar una técnica intensiva en capital en lugar de otra intensiva en mano de obra, donde los precios relativos del capital y el personal favorecen a la segunda, se deciden muchas veces en términos de lo que dicen los técnicos en los países del centro, donde la situación es exactamente al revés que en los países de periferia. Y éste es el signo más evidente de la dependencia cultural, la falta de una posición crítica ante una solución que ni siquiera es sugerida

como conveniente para nosotros, sino que copiamos del anuncio de una revista extranjera.

La organización del sector salud se refiere aquí a la participación de instituciones públicas, semipúblicas o privadas en la conformación de la oferta del sector. Este es otro de los elementos que se encuentran en una situación de gran fluidez, ya que los cambios de la situación de poder (cambio social), unidos al encarecimiento progresivo de ciertos servicios de salud, está obligando al replanteo de la organización de todos los sectores de servicios. La tendencia general es hacia la pérdida de importancia relativa del subsector privado y el ensanchamiento consiguiente de las coberturas a partir de los subsectores público y semi-público (seguro social).

Por último mencionaremos la posibilidad de incorporación de tecnologías que no se están utilizando en la actualidad. Entendemos por éstas no sólo el uso de técnicas y aparatos más sofisticados, sino también la delegación de funciones a personal de menor entrenamiento formal. Hablamos de incorporación ya que existe una cantidad de conocimiento no utilizado que sólo requiere ser puesto en práctica. Hay que señalar que esta incorporación debe hacerse planificadamente, pensando en las consecuencias favorables o desfavorables que pueda tener. En general, la tendencia es a incorporar métodos muy sofisticados porque son "modernos" (reemplazo de órganos) que a solucionar problemas prioritarios (alimentación, diarreas, etc.).

La breve descripción realizada de estos otros factores de cambio (que no son de ningún modo exhaustivos), apunta a la dificultad de la proyección de demanda. Sin embargo, con los elementos dados es posible, y se hace, estimar en primera aproximación los requerimientos futuros, tomando como fijos aquellos elementos ante los que no nos animamos a hacer hipótesis.

El enfoque económico prosigue con el examen de la oferta posible para cada tipo de personal que se considere importante. No es ocioso preguntarse que quiere decir importante en este contexto, ya que la importancia no está dada por la esencialidad de la función que cumple un trabajador sino por otras características que hacen a la función de oferta nacional y que se refieren a la especialización, la movilidad y la cantidad.

La especialización interesa por dos razones, una porque es condición necesaria para determinar la importancia del recurso ya que una persona no especializada (por ejemplo un chofer) siempre es posible obtenerla, sobre todo en situación de subdesarrollo. Puede medirse esta característica por el tiempo que tarda en formarse el profesional y esta es la segunda razón del interés, ya que los cálculos de modificaciones en la oferta posible descansan críticamente en los tiempos de formación. En nuestros países, con escasez de mano de obra especializada y abundancia de personal de poca capacitación, es conveniente examinar toda la pirámide educacional, para evaluar las posibilidades de que existan suficientes estudiantes de los tipos requeridos en cada nivel, toda vez que la posibilidad de desarrollar un sector va a ocasionar una competencia intensa para orientar la formación de estudiantes hacia uno u otro campo. En nuestros países puede operar un mecanismo de rigidez que es la insuficiente oferta de estudiantes.

Hay dos aspectos de la movilidad que interesan al planificador: geográfica y social. Para la primera existe una movilidad interna y otra externa. La externa o internacional tiene la conocida dirección de los países periféricos a los centrales. Sus causas han sido bastante analizadas y se han propuesto soluciones paliativas para la misma. Esta movilidad hacia afuera tiene períodos de agravamiento por situaciones de coyuntura (Argentina en 1966) que también operan en sentido inverso (decisión de EEUU de cambiar la edad de los inmigrantes que podían ir a Vietnam, 1967). La movilidad interna se refleja en los conocidos índices de concentración de recursos humanos en las ciudades más importantes, preferiblemente en las capitales. Es decir, la movilidad del personal especializado de salud es centrípeta. No es de extrañar; varios siglos atrás el progreso también significaba pasar del área rural a la capital de provincia y de allí a la capital del imperio.

Si es cierto lo que afirmamos al hablar del cambio social, entonces la movilidad centrípeta está en franca oposición con los dos núcleos del cambio: atenta contra la distribución de la riqueza al quitar de las zonas más desprovidas los elementos más valiosos de su capital humano, aumenta nuestra dependencia cultural por el sólo hecho de hacernos internalizar valores que nos son impuestos desde afuera.

El segundo aspecto de la movilidad que interesa estudiar es la movilidad social de los distintos tipos de personal. El interés deriva de que esto constituye una motivación poderosa para elegir o no una carrera. Para ejemplificar con sólo dos casos extremos: el médico aparece siempre en posiciones de



privilegio en las escalas de prestigio, aun en los países donde su situación económica no es pareja con esa posición; nuestras enfermeras son consideradas apenas un poco por encima del personal de servicio doméstico. Y lo importante es que esta posición relativa se ve reflejada en las postulaciones para obtener un lugar en las aulas y luego en el exceso o carencia relativa de ambas profesiones.

La importancia de la cantidad es la misma que en economía la de la escala de producción. Es posible importar algunos técnicos, pero no hay alternativa más que la formación interna cuando los requerimientos son numerosos, como lo son en general los de la mayor parte del personal requerido para salud. El problema no es el superespecialista, obtenible sin costo adicional excesivo a través de organismos internacionales, sino la masa de técnicos y profesionales de todo nivel que conforman el grueso de la mano de obra del sector.

La intención al presentar esta noción de lo que consideramos importante es centralizar el problema de oferta en el personal crítico de salud, aquél sin cuya consideración cualquier otro cálculo pierde sentido.

El cálculo del pronóstico de oferta se reduce ahora a considerar la existencia actual, disminuirla por las pérdidas (muerte, retiro, migración) e incrementarla con los nuevos graduados a través de educación formal, o los que han sido preparados sin entrenamiento formal. Cada uno de estos componentes debe ser estimado con los mejores métodos y fuentes de información disponibles. En cuanto a métodos sólo recordaremos que los resultados serán más precisos cuanto mayor sea la desagregación con que se trabaje, en cuanto a regiones geográficas y componentes demográficos, pero tiene un costo serio en cuanto requiere información que crece geométricamente con la desagregación.

Dos aspectos que merecen especial consideración son la posibilidad de formación extracurricular de personal y la capacidad de crecimiento de los centros de entrenamiento formal.

En todos nuestros países existe una capacidad instalada formidable para la expansión de la formación de técnicos, en aquéllos campos en que la enseñanza es más función de la práctica concreta que de la academia; una adecuada mezcla de entrenamiento en el trabajo con instrucción formal podría solucionar las ingentes carencias que existen en algunos tipos de personal. Esto tiene la ventaja adicional de solucionar localmente el problema de la absorción de esos técnicos, minimizar el riesgo de migración y estimular las innovaciones. Presenta dos dificultades: 1) requiere de una adecuada supervisión para mantener un cierto nivel cualitativo y una cierta justicia en el mecanismo de incorporación y ascenso en el trabajo; 2) dificulta la labor del planificador ya que es extraordinariamente difícil estimar la capacidad de este tipo. Creemos que los planificadores sobreviviremos a este inconveniente y que los resultados probables justifican el precio.

En cuanto a la capacidad de expansión de los centros de entrenamiento formal cabe aquí sólo una recomendación de índole general y es la de concentrar el esfuerzo en pocos centros de formación superior o especializada, por la economía de escala que significa y sobre todo porque la movilidad de los que tienen que enseñar es muy poca en tanto que es muy grande la de los educandos. La centralización universitaria y superior es imperativa en las condiciones de América Latina.

El tercer paso debe ser la comparación entre la demanda y la oferta pronosticadas para algún año meta, o mejor aún para un período completo de varios años, ya que el mecanismo de oferta puede contener una dinámica que lleve a la coincidencia en un momento del tiempo y una amplia separación en un lapso relativamente corto, respecto de la demanda.

Las diferencias que aparezcan no son suficientes para proponer el incremento de formación de personal. Antes habrá que examinar los niveles de productividad y las funciones de producción, tratando de incrementar los primeros y de corregir las segundas para utilizar la mano de obra con la mayor eficiencia posible. No trataremos aquí estos aspectos por considerarlos fuera del tema de esta presentación, pero sí señalaremos con todo énfasis que no será posible hacer proposiciones de cambio racionales en el área de planificación de recursos humanos si no se consideran simultáneamente los dos problemas mencionados.

Cada una de las proposiciones que surja del análisis de las diferencias debe estar sustentada con un examen de factibilidad, es decir, si se propone incrementar el rendimiento de la hora médico hay que implementar los requisitos de organización, administración, supervisión, provisión de insumos y equipo que se requieran para ello; si se propone cambiar la función de producción en cuanto a la composición del equipo de trabajo hay que probar que existe el personal y está disponible (móvil) para ese cambio; si lo que se intenta es aumentar el número de personas a formar habrá que examinar la capacidad de producción formal o no formal de las instituciones existentes o la posibilidad de crear nuevas, habida cuenta de la disponibilidad de una base suficiente de educandos probables, etc.

Si echamos una mirada retrospectiva sobre lo que hemos dicho hasta aquí, veremos una maraña de variables, supuestos, opiniones e incertidumbres cuya compatibilización se nos antoja extraordinariamente compleja. Y esto no se aclara con simplificaciones heroicas. La complejidad sólo se resuelve con más complejidad.

### El enfoque político

En primer lugar deseamos dejar en claro que no se presenta un enfoque político en oposición a otro económico, sino que este intenta despejar las incertidumbres y supuestos de aquél, a través del expediente simple de tomarlas en consideración.

Esto quiere decir tres cosas: 1) que la planificación de recursos humanos para salud va a ser considerada parte del proceso general de planificación de salud; 2) que sobre cada aspecto del problema, correspondiente o no, pero con implicaciones sobre salud, se va a hacer una hipótesis explícita; 3) que la exploración se va a hacer sobre un conjunto de decisiones que operan a través de ciertos instrumentos de política claramente identificados. El resultado de la exploración va a mostrar, básicamente, las consecuencias de tomar uno u otro conjunto de decisiones, en términos del personal formado frente al requerido, el costo de cada alternativa, etc., además de todos los resultados correspondientes a la planificación en sentido amplio (inversiones, gastos corrientes, capacidades ociosas, productos, beneficios obtenidos, etc., etc.).

Creemos pertinentes algunas aclaraciones en torno a los tres puntos citados antes.

La ubicación de la planificación de los recursos humanos para salud en el contexto más amplio de la planificación de la salud tiende a señalar dos hechos, con especial referencia a la situación de América Latina: en primer lugar una problemática que rebasa el hecho conceptualmente simple de la formación de más personal para trabajar en salud, en segundo término el reconocimiento de la insuficiencia de la interpretación económica y en consecuencia el refuerzo del enfoque político para llenar las lagunas inevitables en aquella interpretación.

No está demás apuntar aquí que estas afirmaciones, un tanto obvias, hay que hacerlas porque existe una tendencia a tratar la planificación de los recursos humanos como una entidad separada, independiente de la planificación global de la salud. Esta tendencia nace en países desarrollados cuyos problemas se centran, específicamente, en una escasez relativa de recursos humanos, ya que no tienen dificultades en la generación de insumos y capital, y cuya organización social tiende a crear mercados que se aproximen lo más posible al modelo económico liberal. Esas no son nuestras condiciones y en consecuencia examinar críticamente las hipótesis de trabajo que se gestan en esas condiciones es dar un paso más en el camino de nuestra independencia cultural.

El segundo punto se refiere a la necesidad de explicitar las hipótesis contenidas en cualquier proyección. Aparte del hecho simple de que no hacerlo es esconder la cabeza en la arena, puesto que las hipótesis no dejan de existir porque no se las ve, hacerlo tiene la ventaja de poder recoger las opiniones más autorizadas que existen respecto de cada campo particular, además de probar las

que tiene el propio investigador. A través de los resultados que se obtienen se puede probar, en parte, la coherencia del sistema de hipótesis utilizado.

Por último, hay que operar en base a decisiones sobre aspectos que pueden someterse a alguna autoridad. Corresponde entonces pensar en el sistema de decisiones que configuran una intención política de orientar la marcha del sector salud en una cierta dirección. Esas decisiones operan en base a instrumentos de política - de tipo económico, educativo, normativo, etc. - que deben estar claramente identificados en el análisis, ya que es a través de ellos que toda esta especulación tiene alguna probabilidad de transformarse en acción concreta.

La decisión hasta aquí significa considerar innúmeras variables de salud de complejas relaciones entre sí y con otras variables fuera del sector salud, que deben ser manejadas dentro de un sistema coherente. Esto no puede hacerse con las herramientas tradicionales de las ciencias naturales. No se pueden hacer, en ciencias sociales, experimentos controlados en que se aísla un componente y se lo estudia separado de su contexto, simplemente no tiene sentido. Tampoco se puede pensar en todas las interrelaciones y sus modificaciones posibles en forma simultánea. Según un distinguido matemático es más fácil explicar el Quijote por señas.

Las herramientas que pueden utilizarse para estudiar estos problemas derivan de las matemáticas, algunas de cuyas ramas están siendo adaptadas para el estudio de fenómenos sociales, como el que estamos considerando. En realidad, más que matemáticas deberíamos hablar del uso de herramientas de lógica. De las máquinas de cómputo salen no sólo fríos números sino también conclusiones de un razonamiento riguroso.

Una de esas herramientas es el análisis de sistemas, cuyas características han sido descritas por Reinke <sup>1/</sup> de la siguiente manera: a) reconocimiento de los elementos del sistema, b) identificación de las relaciones entre los elementos, c) establecimiento de metas, d) desarrollo de un modelo analítico, e) consideración de modificación alternativa del sistema, f) selección de una de esas alternativas.

Cuando se piensa en la cantidad de alternativas de política que se puede y se debe estudiar para tener un abanico de posibilidades viables dentro del cual elegir, entonces es conveniente modificar algo el método indicado para poder explorar muchas alternativas. Esto se hace preparando un programa de computación para ser procesado en máquinas electrónicas que contenga el modelo analítico señalado en el punto 4 anterior. La consideración de modificaciones alternativas del sistema se hace realizando muchos experimentos en que los datos se van cambiando según las decisiones que se puedan tomar, dentro de un conjunto de hipótesis de funcionamiento, no sometido a decisión. La selección de una alternativa se hace examinando los resultados obtenidos, cuyas metas no han sido predeterminadas. Este método, conocido como simulación en USA y como experimentación numérica en América Latina, ha sido utilizado en nuestros países para estudiar problemas principalmente económicos, aunque también ha sido utilizado hasta ahora experimentalmente, en el estudio de fenómenos sociales y políticos.

<sup>1/</sup> William A. Reinke, Decision Theory, Systems Analysis and Operation Research, en Survey of Health Planning, editado por W. A. Reinke, John Hopkins University, 1969.

Nuestra responsabilidad

La participación en esta reunión de delegados de las Escuelas de Salud Pública del continente, de representantes de los Servicios de Salud de los países y de miembros de organismos internacionales, hace aconsejable meditar sobre el papel de cada uno de estos grupos en la planificación de la salud y por ende de sus recursos humanos.

Creemos conveniente relacionar muy estrechamente a las Escuelas con la situación concreta del país o la región donde operan, para que no ocurra lo que, en otros campos, ha sido la historia de nuestros establecimientos de educación superior: el divorcio entre el país y sus casas de estudio. Esta relación debe hacerse comprometiendo a las Escuelas en el proceso de planificación de salud, con especial énfasis en el estudio de métodos adaptados a las necesidades locales, pensados con mentalidad nacional. Esto es muy vago, pero creo que en lo dicho hasta aquí se insinúa una concreta línea de acción. Como es obvio, muchas de las tareas a desarrollar dependerán de la capacidad operativa de cada Escuela, pero las áreas de investigación, introducción de métodos de administración moderna, supervisión de la enseñanza descentralizada y por supuesto formación de personal especializado, caen indudablemente bajo su competencia.

La investigación que se menciona no puede ser definida con precisión. Dependerá de la situación local y, como hemos dicho, de la capacidad de la Escuela. No todas ellas podrán elaborar un modelo de experimentación numérica para estudiar los problemas de recursos humanos, u otros que sean considerados prioritarios, pero tampoco es imprescindible hacerlo. Es



Es posible hacer un esfuerzo regional que sea adaptable luego a las condiciones locales.

Por otra parte, la necesidad de explorar las situaciones actuales pone por delante una tarea de recopilación de información de formidable magnitud. Esos esfuerzos se están realizando en varios países y serán la base de su perfeccionamiento. Es aconsejable, sin embargo, que antes de comenzar una operación de recolección de datos que va a insuadir mucho tiempo y dinero, se tenga un esquema claro del análisis que se piensa realizar, con la idea de que la información se traduzca en proposiciones concretas de acción.

Los servicios de salud tienen que ser los formadores y, en buena medida, los ejecutores del proceso de planificación, ya que en sus manos se concentran los instrumentos de política necesarios para implementar las decisiones que se tomen. Un área de especial interés en este sentido es la preparación de los mecanismos que permitan absorber efectivamente los recursos humanos que se preparan. Este aspecto va desde la consideración de la migración centrípeta y sus frenos posibles, hasta las normas sobre precios de los servicios y los recursos humanos o materiales en el subsector público, semi-público y privado.

En cuanto al papel de los organismos internacionales no puede ser otro que el de promotor de estas ideas, facilitando con sus recursos la puesta en marcha de las mismas. Su éxito en este campo se medirá por la rapidez de su desaparición.

pg 3 - Letra d) ¿no habría un componente "cultural" que transforme el "desear de ejercer" en el "acto de ejercer" la demanda? incluso orientándola a las fuentes de atención?

pg 9 - Caso de Colombia: no estoy seguro que el estudio referido sea predominantemente de carácter económico, como parece afirmar su autor donde está

pg 19: En "Exposición, etc.": Mejor que la concentración de esfuerzo en pocos centros de formación superior o especializada, es la organización de un sistema integrado de formación que concentre la actividad de especialización y investigación y descentralice la formación de acuerdo a las necesidades y capacidades operativas regionales... Hay varios rasgos para ello que contrastan la importancia del argumento de "economía de escala" (no siempre valioso) y la relativa inmovilidad docente: el compromiso con la realidad regional, la satisfacción de necesidades regionales, la retención y concentración en los grandes centros de la formación, la constitución de polos <sup>regionales</sup> o centros de excelencia regionales, etc.

Instituto de Salud Colectiva  
Universidad Nacional de Lanús

pg 2: La presentación de la forma de "demanda" en salud no me parece la mejor. Los dos primeros párrafos están redactados en forma de definir una existencia ("existe", "hay") y caracterizarla después. El tercer párrafo empieza por la caracterización de una forma de demanda cuya existencia no fue definida previamente; las relaciones no me parece, por lo tanto, consistentes entre sí.

Además el arreglo de la presentación: primero la demanda "económica" (individual), a seguir la demanda "política" (colectiva) y, finalmente, la demanda "directa" (también individual y generadora potencial de demanda colectiva), no me parece precisa y ordenada.

Pg. 3: La afirmación de que "es preferible no tomarlo en cuenta", o la cuantificación de necesidades y referirlas al personal requerido para satisfacerlas, si bien correcta desde el concepto de "necesidades" en absoluto, no lo es en un planteamiento programático, o sea, cuando se fijan criterios para la satisfacción de las necesidades y se las cuantifica y relaciona a los recursos requeridos para satisfacerlas. La afirmación, como está en el primer párrafo de la pg 3, me parece contradictoria a lo que el razonamiento posterior sobre la integración de la planificación de los recursos humanos en la planificación total del sector.