

# PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

EVIDENCIAS PARA  
LA TOMA DE DECISIONES



# PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Evidencias para la  
toma de decisiones



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS. Evidencia para la toma de decisiones / Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU,2015. 405 p.; ilus.  
PLANIFICACIÓN/ RECURSOS HUMANOS/ MIGRACIÓN/ Política, brechas, incentivos/SALUD/ monitoreo.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2015-14084

### **Editores**

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

Secretario Adjunto ORAS-CONHU y Coordinador del Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos en Salud

Dr. José Francisco García Gutiérrez

Asesor de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS

### **Coordinación de publicación:**

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada de Comunicaciones ORAS - CONHU

## **PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS**

### **Evidencias para la toma de decisiones**

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2015

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

[contacto@conhu.org.pe](mailto:contacto@conhu.org.pe)

Primera edición, 2015

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO DISEÑO E.I.R.L

Jr. Huaraz 449 - Breña Telf: 433-5974

[sincoeditores@gmail.com](mailto:sincoeditores@gmail.com)

Impreso en Perú, octubre 2015

Estos estudios han sido realizados por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, en el marco de la ejecución de su proyecto Plan Sanitario de Integración Andina PlanSIA, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

## **PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS ESTUDIOS**

### **MONITOREO DE LA POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

Consultoría realizada por Margarita Velasco Abad

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes y Manuel Núñez Vergara

### **METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS**

Consultoría realizada por Manuel Núñez Vergara

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes

### **ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS**

Consultoría realizada por Verónica Bustos

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes, Manuel Núñez y Lizardo Huamán

Colaboradores de países andinos:

#### **Bolivia:**

- Sra. Gloria Villarroel, Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes
- Dr. Hugo Rivera, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Bolivia

#### **Colombia:**

- Sr. Francisco Arizaga, Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social
- Sr. Camilo Buitrago, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social

#### **Chile:**

- Sr. Claudio Román, Jefe División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Dra. Síbila Iñiguez, Jefa División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Dra. Leticia Ávila, Jefa del Departamento del Modelo de Atención División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Sra. Michèle Guillou, División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

#### **Ecuador:**

- Dr. Iván Palacios, Director Nacional de Normatización de Talento Humano, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Cristina Merino, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Ecuador

**Perú:**

- Dr. Braulio Cuba, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Sra. Lily Cortez, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

**SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

Consultoría realizada por Yasmin Pariamachi

Coordinación técnica y revisión metodológica: Ricardo Cañizares Fuentes y Verónica Bustos

**DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO**

Consultoría realizada por Carlos Becerra V.

Coordinación Técnica y revisión Metodológica: Ricardo Cañizares Fuentes y Verónica Bustos F.

Colaboradores países andinos:

**Perú:** Dra. Yessenia Huarcaya C.

**Chile:** Dra. Natalia Oltra Hidalgo

# CONTENIDO GENERAL



Prólogo	7
Presentación	9
1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud	15
2. Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos	59
3. Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos	161
4. Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud	301
5. Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso	361





## Prólogo

Está finalizando el período 2006-2015, definido como la Década de los Recursos Humanos de Salud (RHUS), que se inició con el Llamado a la Acción de Toronto y la definición de las 20 Metas Regionales. La intensa acción desplegada por los países de la Región de las Américas durante esta década y el análisis de los avances logrados han permitido identificar con mayor precisión los problemas persistentes y emergentes en el campo de los RHUS, así como las prioridades de acción a futuro.

En la actual coyuntura se suma además otro desafío que es lograr que el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud (redefinidos como Salud Universal) sean una realidad en todos los países de la Región. Atender este reto supone contar con RHUS adecuadamente capacitados, distribuidos de acuerdo con las necesidades de la población y los sistemas de salud e identificados con los objetivos de la Salud Universal. Para contribuir a este objetivo desde la OPS y la OMS se están construyendo una nueva agenda post-2015 de RHUS para la Región de las Américas y una Estrategia Mundial de RHUS 2016-2030.

La planificación y gestión de RHUS ha sido uno de los ejes fundamentales del Plan Estratégico 2013-2017 del ORAS-CONHU y uno de los avances más significativos en estos años fue la construcción de la Política Andina de RHUS y su plan de acción. La mayoría de los ejes de esta Política están relacionados con las metas y objetivos de los Desafíos de Toronto, pero también recogen particularidades conforme a las necesidades de fortalecer los sistemas de salud de los países andinos. En ese sentido los seis países andinos acordaron realizar acciones de interés común basados en la estrategia de que compartir potencialidades y recursos permite avanzar en conjunto.

Cabe destacar que para apoyar a los países en la implementación del Plan de Acción de la Política Andina de RHUS, una importante iniciativa de gestión pública ha sido la estrategia de articulación y complementación de agendas que han desarrollado la OPS/OMS y el ORAS-CONHU, que ha obtenido excelentes resultados permitiendo potenciar esfuerzos y optimizar recursos.

Un buen ejemplo de esta coordinación es la publicación de este libro en el que se presentan los resultados de cinco estudios realizados en los países andinos con la participación de sus técnicos nacionales. Deseamos que estas investigaciones contribuyan con la evidencia que aportan a fortalecer las políticas y planes nacionales y a facilitar la toma informada de decisiones en el complejo campo de los Recursos Humanos de Salud.

Dra. Caroline Chang  
*Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU*

Dr. Fernando Menezes  
*Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS*





## Presentación

**F**ortalecer los sistemas de inteligencia colectiva y de información es una de las líneas estratégicas de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud. En ese sentido, el Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos de Salud identificó unos temas de alta prioridad para realizar estudios que permitan tener evidencia científica e información para el análisis y toma de decisiones que fortalezcan la gestión de RHUS en los países andinos.

Las áreas priorizadas fueron: Planificación de RHUS y modelos de atención basados en APS, Planificación y distribución de RHUS, Migración de RHUS, Implementación de políticas de RHUS, Metodologías para estimación de brechas, Políticas de incentivos y retención, Utilidad de los observatorios de RHUS y otros.

Seleccionados los temas se identificó que unos estudios debían tener ámbito andino y se constituyeron en estudios multipaís, y otros eran de ámbito nacional. El criterio clave de selección fue que contribuyan con las necesidades nacionales y estén alineados a las prioridades de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud.

En total se hicieron 17 estudios: 5 multipaís y 12 de ámbito nacional, entre 2013 y 2014 mediante el Proyecto Plan Sanitario de Integración en Salud (PlanSIA), que implementó el ORAS-CONHU con financiamiento del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y el Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI).

Cumpliendo la agenda conjunta que en los últimos años están implementando el ORAS-CONHU y la OPS, se decidió hacer una publicación de modalidad seriada que incluye un libro impreso de los estudios multipaís y una publicación digital de los estudios nacionales.

El objetivo es poner al servicio de los decisores de políticas públicas de los Sistemas de Salud y de Recursos Humanos, y de técnicos e investigadores, estos estudios que vienen a llenar vacíos de información.

Ya en el diseño de los mismos, se persiguió construir enfoques teóricos y propuestas metodológicas que permitan establecer en forma objetivamente medible el estado de situación, pero que a su vez permitan explicar los avances tanto de la región andina como de cada uno de los seis países andinos.

Este es el caso de los tres estudios multipaís: 1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud, 2. Sistema de monitoreo de la migración del personal de salud y 3. Análisis de la gestión de Recursos Humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.

Los siguientes dos estudios, persiguen sistematizar las metodologías de cálculo de brechas de RHUS y las políticas de incentivos para la retención y fidelización de RHUS que están aplicando los 6 países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Para la ejecución de los estudios se contó con la participación de técnicos de los países que contribuyeron con información y participaron en los análisis y conclusiones. El grupo fue liderado por un/a consultor/a.

En el primer estudio **Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud**, se construyó un sistema de indicadores que permiten monitorear el estado de los recursos humanos en los países andinos. A partir de los 4 ejes de la Política Andina de RHUS se definieron 14 metas y estas se operativizaron en 43 indicadores, los cuales se definieron conceptualmente, construyendo sus metodologías de cálculo e identificando sus fuentes de información.

Se levantó una línea de base tomando como modelo Ecuador, el siguiente paso fue levantar esta línea de base en los otros cinco países de tal forma que se obtuvo un punto de partida común para luego monitorear con información verificable los progresos individuales y en conjunto de los países. Este estudio estuvo liderado por Margarita Velasco.

En cuanto al **Sistema de monitoreo de migraciones de profesionales de la salud**, se recopiló y sistematizó información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina.

En su segunda parte, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en cuatro dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto. Este estudio estuvo liderado por Manuel Núñez.

Para el tercer estudio **Análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos**, se buscó identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica y social.

Se elaboró para esto un marco conceptual respecto a la gestión de recursos humanos enfocados a modelos de atención de salud basados en atención primaria. Se identificaron consensuadamente indicadores que fueron aplicados por los mismos funcionarios de los ministerios de salud en un proceso de auto evaluación.

Encontrándose que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHUS están orientados hacia las estrategias de formación del personal de salud existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Se encontró además, que las políticas de RHUS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHUS.

Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad. Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RUHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, los desafíos sanitarios existentes requieren mirar las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHUS. Este estudio fue liderado por Verónica Bustos.

Respecto a estos tres estudios presentados, el Grupo Técnico Andino consideró que es necesario utilizar su metodología para monitorear los avances en los próximos años y provean información para ajustar y mejorar sus políticas de RHUS así como identifiquen líneas de cooperación entre países a través del ORAS-CONHU.

Con el cuarto estudio **Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos Humanos en Salud** se buscó generar conocimientos sobre las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la estimación de brechas de recursos humanos de salud, con el objetivo de que los técnicos de los países tengan una visión general de los mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención en las diferentes realidades de los países andinos.

Además se identificó coincidencias metodológicas que según la opinión de la autora llevarían a inferir abordajes comunes como Región Andina. Por ejemplo para el Primer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías con enfoque de demanda poblacional, que considere el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), la carga de trabajo por grupo ocupacional y permita integrar indicadores de ajuste de dotación en relación a la dispersión. Para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías que consideren el modelo de gestión y organización hospitalaria, la demanda efectiva proyectada según criterios epidemiológicos, capacidad de producción optimizada, cartera de servicios y la carga de trabajo según grupo ocupacional; los cuales permitirán determinar las necesidades actuales y futuras de RHUS de los establecimientos hospitalarios. Este estudio estuvo a cargo de Yasmín Pariamachi.

Finalmente, el estudio **Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso** sistematizó y analizó las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Región Andina. Se encontró que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipo de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es de lejos, el que más ha demostrado impacto en la retención. También se plantea que hay una necesidad transversal a toda la región que es la de generar investigación en este ámbito que, por una parte, permita seguir evaluando cuales de éstos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHUS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto a conocer si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la región. Este estudio fue liderado por Carlos Becerra.

Finalmente queremos felicitar a los técnicos de las áreas de Recursos Humanos de los ministerios de salud de los países andinos quienes dedicaron tiempo adicional para trabajar junto a los consultores y producir estos importantes estudios que esperamos sean de utilidad para el fortalecimiento de la planificación y gestión de los Recursos Humanos en Salud como eje fundamental de los sistemas de salud de los países.

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes  
*Secretario Adjunto ORAS-CONHU y  
Coordinador del Grupo Técnico Andino en  
Recursos Humanos en Salud*

Dr. José Francisco Garcia Gutierrez  
*Asesor de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS*



# POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD





# Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud

## CONTENIDO

---

### Introducción

1. Manual para guiar a los países en la construcción de su línea de base el cual ha sido testado con el equipo Técnico del ORAS - CONHU.
2. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Sistema de Recursos Humanos en Salud - Línea de base de Ecuador marzo 2014.
3. Conclusiones
4. Recomendaciones

## INTRODUCCIÓN

Los países andinos aprobaron en la REMSAA XXXIII de Noviembre del 2012 la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud y su plan de acción 2013-2017. Para medir los progresos en la implementación de esta política el ORAS-CONHU consideró que era necesario construir un sistema de monitoreo que permita medir con información verificable sus avances en los países andinos en miras a fortalecer el proceso de toma de decisiones basado en información confiable.

Con este sistema de monitoreo se propone levantar una línea de base en los 6 países andinos para tener información del punto de partida conjunto e identificar los avances, debilidades y áreas de prioridad para trabajar en el espacio andino.

La metodología para construir este sistema de monitoreo consistió en:

1. Operativizar en indicadores los 4 ejes de la política andina de Recursos humanos.
2. Unificar criterios para el levantamiento de la información que permita comparar los indicadores que operativizan la política.
3. Efectuar la aplicación práctica de la propuesta en un país andino levantando la línea de base del proceso, que en este caso fue Ecuador.

A partir de los 4 ejes de la política se definieron 14 metas las cuales se operativizaron en 43 indicadores.

Se definieron conceptualmente estos indicadores, se construyeron sus metodologías de cálculo y se identificaron las fuentes de información

Se elaboró un manual metodológico para unificar criterios que luego permitirá comparar los datos entre países.

Se construyó una línea de base tomando a Ecuador como modelo y se efectuaron los ajustes respectivos.

# 1. MANUAL PARA CALCULAR LOS INDICADORES DE LINEA DE BASE DE LA POLÍTICA ANDINA DE RHUS Y SU RESPECTIVO PLAN DE ACCIÓN 2013-2017

## Propósito

El presente manual está diseñado para unificar conceptos y criterios que permitan levantar la información de línea de base sobre la situación de las metas que operativizan la política de recursos humanos de la región andina en cada uno de los países que integran la subregión.

Para poder testarlo se aplicó una primera medición en Ecuador luego de lo cual se analizaron sus resultados y se efectuaron ajustes con el equipo técnico de ORAS - CONHU integrado por el Dr. Ricardo Cañizares y el Dr. Manuel Núñez en tres sesiones consecutivas.

Esta Guía operativiza los cuatro ejes fundamentales de la política andina de recursos humanos y sus 14 metas, en 43 indicadores a los cuales se les asigna diversas calificaciones de acuerdo a su importancia para el logro de los objetivos propuestos. De esta manera se espera construir una línea de base que alerte sobre los desafíos más relevantes que los 6 países andinos tienen que enfrentar para lograr el protagonismo de sus recursos humanos en la transformación de sus sistemas de salud en miras a la equidad y al cumplimiento del derecho a la salud.

## EJE 1: Fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria en los países andinos

## **META 1: Fortalecer las capacidades de gobierno y gestión de la autoridad sanitaria nacional y subnacional para el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud**

### Definición conceptual

Se entiende por política de recursos humanos al planteamiento estratégico que el Ministerio de Salud Pública de cada país realiza en torno al tipo (perfil del recurso humano que el país requiere de acuerdo a las necesidades de la población proveniente del perfil epidemiológico de la población atendida) (1), al modelo de atención (1) y a las características de su sistema de salud (1), al número (1) a su distribución (equitativa 3), al desarrollo del talento humano (educación permanente) (1), a la gestión de su trabajo (organización y clima laboral) (1) a sus condiciones de trabajo (aplicación de la legislación laboral (1) y la garantía del empleo digno (1), a su promoción, desarrollo y escalafonamiento (existencia de carrera sanitaria) (1) y a sus incentivos (1)<sup>1</sup>. Esta política emitida por la autoridad sanitaria debe regir para todo el sector salud (5).

Se entiende que el modelo de atención puede ser integral o solamente curativo. En el primer caso el modelo propone niveles de atención de complejidad creciente y donde la atención primaria de salud es un elemento fundamental en todo el proceso, que además observa los principios sanitarios de promoción, prevención, curación y rehabilitación y donde no solo se limita a la atención curativa.

Cuando hablamos de las características del sistema de salud nos referimos al hecho de que el acceso al mismo puede darse en algunos países a través del aseguramiento universal vía cotizaciones individuales o por el acceso universal ofertado por el Estado dentro de una concepción de régimen de bienestar.

La equidad está marcada por las diferencias en la distribución geográfica urbana-rural del personal de salud, no hemos considerado otros elementos como la distribución por quintiles de pobreza porque no todos los países andinos tienen esta información.

Hemos sido muy específicos en definir la educación en el trabajo como un sistema que debe ser permanente, no nos referimos a cursos y talleres aislados que cada servicio, unidad, departamento o proyecto realiza, debe estar integrado en el horario de trabajo, planificado y evaluado anualmente y ser parte de la relación con las universidades y su oferta de postgrado.

---

<sup>1</sup>Los números en el paréntesis son los puntajes definidos para cada aspecto cuya nota es igual a 1 dada la similar relevancia de cada uno de los componentes evaluados. Excepción hecha para dos ítems. Uno, al logro de la equidad, objetivo máximo de la política de salud. Y otro, a la política sectorial de recursos humanos en salud donde el Ministerio ya ejerce su liderazgo y no tiene organizaciones (por ejemplo la Seguridad Social) que no acogen su política sino que siguen siendo autónomas.

El empleo digno está caracterizado por el acceso a la seguridad social con todos sus beneficios, y a la estabilidad en el trabajo dada por nombramientos definitivos.

La carrera sanitaria está comprendida como las formas de promoción escalonada de los recursos humanos en cuanto a mejores salarios, capacitación y desafíos de cargos más complejos que permiten e incentivan el desarrollo del recurso humano en salud y reconocen sus nuevos niveles educativos y su experiencia.

## Calificación

Meta 1: Fortalecer las capacidades de gobierno y gestión de la autoridad sanitaria nacional y subnacional para el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud.

1. Existencia de política de RHUS	Calificación
Definido el perfil del RHUS de acuerdo a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las necesidades poblacionales (1)</li> <li>- Al modelo de atención (1)</li> <li>- A las características del sistema de salud (1)</li> </ul>	
Definido de acuerdo a las necesidades numéricas de RHUS para lograr el acceso universal (1)	
Distribución equitativa (3)	
Sistema de educación en el trabajo para desarrollo del talento humano (1)	
Gestión del trabajo (1)	
Condiciones de trabajo donde se aplica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la legislación laboral (1)</li> <li>- y el empleo digno (estable) (1)</li> </ul>	
Carrera Sanitaria u otras formas de promoción y desarrollo del RHUS (1)	
Sistema de incentivos (1)	
Subtotal	
2. Aplican la política de RHUS para todo el sector salud liderada por el Ministerio de Salud (5) (Parcial solo MSP : 2.5).	
TOTAL 18/ 18 - 100%	

## Fuente de información

Dos son las fuentes de datos: el máximo responsable de la formulación de la política de RHUS se entiende que es el director de la Dirección de Talento Humano o su correspondiente de acuerdo al país. La política debe estar formulada, por tanto la segunda fuente es la evidencia del documento de dicha política.

**META 2: Fortalecer en los Ministerios de Salud de la Subregión andina estructuras encargadas de la dirección estratégica de la gestión del trabajo y desarrollo de capacidades de los RHUS, intervención en el diseño de las políticas, planes y programas de salud nacionales así como en la coordinación intra e intersectorial (sectores de educación, finanzas y trabajo).**

## Definición conceptual

Para operativizar esta meta se han planteado seis indicadores bastante explícitos sobre las diferentes características que debería tener una dirección estratégica de recursos humanos ubicada en el Ministerio de Salud que ejerce una función rectora.

Los ámbitos medidos relacionan no solo el que los países cuenten con una dirección de recursos humanos encargada de aplicar la norma laboral, sino que ésta realice funciones estratégicas que comprenden: **la gestión del trabajo** desde una mirada no solo de utilización del recurso humano sino de análisis de todo el proceso de selección, reclutamiento, características y participación en el proceso de trabajo y aplicación de la norma laboral. A ello se une el elemento fundamental de la gestión y que es la planificación de los recursos humanos entendida como el tipo, el número, la distribución y la movilidad del mismo por ingresos y egresos (jubilación, retiro, compra de renunciadas). En segundo lugar, que la dirección haya definido claramente e implemente el componente **desarrollo de los RHUS** donde se incluye el sistema de incentivos, la carrera sanitaria y el sistema de educación permanente en el trabajo comprendida en ella la oportunidad para acceder a especializaciones, maestrías o PhDs promocionadas por la misma dirección de RHUS. Finalmente se entiende que las funciones tienen que ver con la capacidad de incidencia de la dirección estratégica de RHUS en la formulación de políticas nacionales y en la coordinación intra e intersectorial. Esto último medido por sus relaciones con el sector Universitario y educativo en general, y con los Ministerios de Relaciones Laborales o Trabajo para la implementación de los principios del trabajo digno, así como con el eje material fundamental que es el financiamiento, por lo que la relación con el Ministerio de Finanzas -que hace factible la contratación y nombramiento del RHUS- es trascendental.

Esta fundamentación explica por qué los indicadores propuestos abarcan los 5 aspectos esenciales antes mencionados y convertidos en un indicador integrado que tiene como máxima calificación 15/15 que corresponde al 100%.

META 2: Fortalecer en los Ministerios de Salud de la Subregión andina estructuras encargadas de la dirección estratégica de la gestión del trabajo y desarrollo de capacidades de los RHUS, intervención en el diseño de las políticas, planes y programas de salud nacionales así como en la coordinación intra e intersectorial (sectores de educación, finanzas y trabajo).

INDICADORES	Calificación		
	Si	Parcial	No (0)
<b>3. Existencia de Instancias de dirección estratégica de RHUS (2)</b>			
<b>4. Instancias de gestión del RHUS que efectúan:</b> (1)Gestión del trabajo (organización del proceso de trabajo y su participación en él, evaluación del desempeño, reclutamiento, selección, aplicación de la norma laboral nacional (2)			
(2)Que planifican el tipo, número y distribución del RHUS atendiendo al logro de la equidad (3)			
(3)Que implementan el desarrollo de las capacidades del RHUS con un sistema de educación en el trabajo (2)			
(4) intervienen en el diseño de las políticas, planes y programas nacionales (2)			
(5) Coordinan intra e intersectorialmente con: Educación en el pre (1) y post grado (1) - Finanzas (1) - Ministerio de Relaciones laborales o trabajo (¡1)			
<b>TOTAL 15/ 15 - 100%</b>			

## Fuentes de datos

El Director de RHUS o Talento Humano es el informante clave ideal. En países donde OPS tiene fuerte presencia y un funcionario específico sobre el tema de RHUS es importante invitarlo a la reunión de calificación para garantizar la absoluta objetividad en la autoevaluación que esta plantilla de indicadores supone.

### **Meta 3: Fortalecer las capacidades y calificación de los gestores de políticas de RHUS en los niveles nacional y subnacional.**

#### Definición conceptual

Uno de los más grandes esfuerzos ejecutados con el liderazgo de OPS región latinoamericana en los últimos 6 años ha sido la implementación del Curso Internacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud (CIRHUS), realizado con importantes Universidades de la región andina. Esta especialidad ha sido adaptada a las normativas universitarias locales y a las peculiaridades de cada país.

El indicador mide tanto el número de personas formadas en este curso cuanto aquellas que se desempeñan como gerentes, directores, coordinadores de la gestión de recursos humanos en salud en los diversos ministerios y sus calificaciones académicas. Por tanto pueden ser contabilizados para la construcción del indicador, todos los que ejercen dichas funciones y si tienen o no una especialización en el tema de recursos humanos. Importante en este caso es la desagregación por género de quienes conducen la política de RHUS.

Meta 3: Fortalecer las capacidades y calificación de los gestores de políticas de RHUS en los niveles nacional y subnacional.

INDICADOR	Número	% del total de Gestores-as de políticas de RHUS	COMENTARIOS
5. Número de gestores y de gestoras de políticas de RHUS nacionales y subnacionales con cursos de desarrollo de RHUS (CIRHUS) o afines en la región.  Contestar para el país.			

## Fuentes de datos

El Ministerio de Salud de cada país debería tener en su sistema de información la calificación académica de cada uno de sus gestores y gestoras, director@s, coordinador@s de RHUS. No solo se mide en este indicador el nivel académico de las y los conductores del ámbito nacional sino también de los territorios descentralizados. Por ejemplo, provincias, departamentos, y otros de acuerdo a la división geográfica-administrativa de cada país.

## EJE 2: Desarrollo de capacidades para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, atención integral, salud familiar e interculturalidad

**Meta 4: Difundir e intercambiar conocimientos, capacidades y experiencias existentes en la subregión andina en la gestión y el desarrollo de los RHUS, para la APS. Atención integral, salud familiar e interculturalidad.**

### Definición conceptual

El indicador mide el número de actividades realizadas y/o promovidas por el ORAS para intercambiar conocimientos, capacidades y experiencias entre los países de la subregión andina, sobre los temas específicos de RHUS para la atención primaria, atención integral, salud familiar e interculturalidad. Esto significa que no necesariamente es el ORAS el que financia los eventos sino que puede detectarlos para conectar la oferta de estos intercambios promovidos y financiados por otras agencias y encontrar formas para la participación de personal de los seis países andinos.

Estos eventos pueden ser:

1. Pasantías por una temporada en servicios o unidades para aprender de las experiencias existentes.
2. Asistencia a reuniones y talleres en los que se difundan las experiencias.
3. Asistencia a reuniones virtuales donde se difundan experiencias.

Meta 4: Difundir e intercambiar conocimientos, capacidades y experiencias existentes en la subregión andina en la gestión y el desarrollo de los RHUS, para la APS. Atención integral, salud familiar e interculturalidad.

INDICADOR	Nº	%	Sin datos
6. Número de intercambios de experiencias ejecutados entre los países andinos sobre gestión y desarrollo de RHUS, para la APS, la atención integral, la salud familiar y la interculturalidad promovidos por el ORAS			

## Fuentes de datos

Registros administrativos del ORAS-CONHU.

**Meta 5: Generar en conjunto con el sector educativo mecanismos que permitan desarrollar, sistematizar y difundir las mejores experiencias en el desarrollo de los RHUS incluyendo la formación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención.**

## Definición conceptual

El país debe contestar si existen experiencias de desarrollo de recursos humanos que incluyan la formación de personal de salud –en el pre y postgrado- para el primer nivel de atención entendiéndose por ellas al acceso de los médicos y enfermeras a cursos de salud familiar, atención primaria, atención integral, visión multicultural de la salud y/o que integren estos aspectos en la formación del pregrado. Hay que alertar que no solo son experiencias educativas formales sino que se refieren también a modelos de atención que han sido operados de manera demostrativa e innovadoras en los países de la región para exponer diversas formas de aplicar los principios de integralidad, equidad, derechos a la salud y multiculturalidad en la atención a la población más desprotegida.

Cuando se habla de mecanismos se entendería que éstos se refieren a fortalecer los Observatorios de Recursos Humanos ya que la difusión debería ser una de sus tareas fundamentales situación que se mide en el eje 4 de este manual.

Meta 5: Generar en conjunto con el sector educativo mecanismos que permitan desarrollar, sistematizar y difundir las mejores experiencias en el desarrollo de los RHUS incluyendo la formación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención.

INDICADOR	Nº	Sin datos
<p>7. Número de experiencias en el desarrollo de RHUS referidas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias de educación en el trabajo para personal que ya labora en instituciones de salud con énfasis en APS y primeros niveles de atención.</li> <li>- Experiencias en el proceso de formación (pre grado), ofertada por Universidades, y que integran el enfoque de atención primaria y el énfasis en el primer nivel de atención en el proceso educativo.</li> <li>- Experiencias en el proceso de formación (postgrado), ofertada por Universidades, y que integran el enfoque de atención primaria y el énfasis en el primer nivel de atención en el proceso educativo.</li> </ul>		Porque no existen
8. Número de experiencias difundidas entre los países de la región (A ser contestada por ORAS)		Porque no se han difundido

## Fuentes de datos

Dos son las fuentes de datos para esta meta y estos dos indicadores: por un lado las propias direcciones de RHUS y en segundo lugar, los registros administrativos de ORAS-CONHU.

**Meta 6: Definir los perfiles y funciones del personal de salud, promoviendo su uso como referente para el diseño de los currículos de los programas de formación y la gestión del personal que labora en el sector salud.**

## Definición conceptual

La meta está dirigida a comprobar tres elementos: la existencia de perfiles coherentes con un sistema de salud equitativo, incluyente, intercultural y de alta calidad y a la vez su uso tanto en los curriculums de formación cuanto en la gestión del personal.

Es importante señalar quién define los perfiles de ocupación ya que en muchos países de la región es el Ministerio de Trabajo o de Relaciones laborales el que lo

hace, lo que podría cortar la autonomía de los Ministerios de Salud en áreas tan especializadas como la construcción de los perfiles para el sector salud.

INDICADOR	SI (2)	Parcialmente	No existe (0)
9. Existencia de Perfiles y funciones del personal de salud que se correspondan con los objetivos de un sistema de salud equitativo, incluyente, intercultural y de alta calidad (2)			
10. Uso de los perfiles del Ministerio de Salud para el diseño de los currículum de formación (2)			
11. Uso para evaluar la gestión del personal que labora en el sector salud (2)			
<b>Total: 6- 100%</b>			

Meta 6: Definir los perfiles y funciones del personal de salud, promoviendo su uso como referente para el diseño de los currículos de los programas de formación y la gestión del personal que labora en el sector salud.

## Fuentes de datos

- Director de RHUS que entrega los perfiles con las funciones del personal de salud referido a médicos y enfermeras de atención directa en el sistema de sistema de salud
- Entrevista con Director de RHUS que demuestra cómo es usado el perfil de trabajo del Ministerio de Salud para diseñar la matriz curricular de las Universidades sea del postgrado o del pregrado

- Uso de los perfiles en la matriz de evaluación del desempeño o en el proceso de evaluación del desempeño del personal, información que suministra también el director de RHUS del Ministerio.

**Meta 7: Promover el intercambio de experiencias en la planificación de los RHUS en los tres niveles de atención, con prioridad en la atención a poblaciones subatendidas, rurales, indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de violencia y de difícil acceso.**

### Definición conceptual

El sentido de la meta abarca tres ámbitos:

1. El eje de las experiencias que deben ser difundidas es si la planificación de los RHUS está orientada a resolver brechas en el acceso a recursos humanos en salud en poblaciones subatendidas.
2. La existencia de estas experiencias en los tres niveles de atención: nacional, provincial o departamental o regional y local.
3. La promoción del intercambio de experiencias, una de las tácticas centrales diseñadas por el ORAS-CONHU para fortalecer a los países en el desarrollo de su política de RHUS.

Se califica con tres (máxima nota) y ello corresponde al 100% de cumplimiento de meta cuando en el país es posible demostrar la existencia de experiencias de planificación en los tres niveles de atención dirigida a resolver el acceso a la salud (por la existencia de RHUS) de la población subatendida.

Meta 7: Promover el intercambio de experiencias en la planificación de los RHUS en los tres niveles de atención, con prioridad en la atención a poblaciones sub atendidas, rurales, indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de violencia y de difícil acceso.

INDICADOR	Sí, en los tres niveles /3	No existe (0)	Sin datos
12. Existencia en el país de experiencias de planificación de RHUS en los tres niveles de atención			
13. Existencia de planificación en los tres niveles con prioridad en la atención de población subatendida (rurales, indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de violencia y de difícil acceso) (3)			
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	
14. Número de experiencias difundidas entre los 6 países de la región promovidas por el ORAS			

La población subatendida es definida por su pertenencia geográfica: rural o de difícil acceso, étnica (indígenas, afrodescendiente u otros grupos), personas con discapacidad, víctimas de violencia (desplazados, refugiados, conflictos armados o agresión intradoméstica).

## Fuentes de datos

- Direcciones de RHUS o Talento Humano de cada país.
- Registro de experiencias difundidas por el ORAS-CONHU.

**Meta 8: Desarrollar, colaborativamente entre los países de la subregión andina, sistemas de información de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud conforme con los principios del Código Ético internacional de Contrataciones del Personal de Salud.**

## Definición conceptual

Esta meta de resultado está centrada en los siguientes ámbitos referidos al proceso de migración del personal calificado:

1. El logro de sistemas de información sobre el proceso de migración de personal calificado en salud.
2. La existencia de normas éticas que atiendan los principios del Código ético internacional de Contrataciones de Personal de Salud formulado por la OMS en el 2012 y aprobado por todos los países andinos.
3. La aplicación del anterior Código y de las normas que atiendan al mismo.
4. La existencia de incentivos para retener al personal del país que quiere salir o de un programa de retorno del personal de salud calificado que está fuera del país.

Es un hecho que la emigración de los profesionales de la salud en las Américas es un serio problema para muchos de los países de la Región. Las inequidades en la producción de recursos humanos de salud –unos produciendo excesivamente y expulsándolos y otros requiriendo profesionales para cubrir la demanda de sus poblaciones- genera, en suma, brechas entre países con altas y bajas densidades de trabajadores de la salud, y ésta continúa creciendo. La adopción de un Código de Ética sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud es una apuesta inicial para desarrollar políticas amplias, que colaboren en estabilizar y manejar la fuerza de trabajo de salud no solo de la subregión andina sino de toda la América.

Este Código Global de práctica ética para el reclutamiento internacional del personal de la salud promovido por OPS y firmado por los países andinos, tiene como objetivo alertar a los países desarrollados a adoptar códigos de conducta sobre las prácticas éticas de reclutamiento. Entre estas práctica, se plantea compensar a los países en desarrollo ya que ellos han invertido en la formación de estos recursos humanos –en gran parte, en Universidades públicas- y han entrenado a este personal en sus hospitales y centros de salud también públicos, lo que ha redundado en formarlos para su óptimo desempeño y una vez listos para operar con alta calidad, han sido reclutados por países desarrollados. Así mismo, el Código alerta sobre la necesidad de comprometer a los países que atraen la fuerza laboral de la subregión al desarrollo de políticas oficiales de auto-suficiencia de la fuerza de trabajo a nivel del país (OPS-OMS, 2013: 24).

Los indicadores propuestos se centran en medir cómo están los sistemas de información sobre la migración del personal de salud para poder compararlos con los principios del Código ético internacional de contrataciones antes referido. Por eso se pretende abarcar tanto la producción de datos sistemática sobre la situación de la migración, como la existencia del sistema, su uso, el involucramiento de los Institutos de Estadísticas y Censos en la producción de esta información así como la existencia

de normativas sobre el reclutamiento de personal de salud para el ingreso y egreso de los países de la región andina.

Meta 8: Desarrollar, colaborativamente entre los países de la subregión andina, sistemas de información de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud conforme con los principios del Código Ético internacional de Contrataciones del Personal de Salud.

INDICADORES	Si	Parcialmente	No existe (0)
15. Existencia en cada país de información sistemática, específica y representativa de la migración de personal de salud calificado: ingreso y egreso de cada uno de los países: países de destino, volumen y frecuencia de dicha información en cada uno de los países proveniente de los Institutos de Estadísticas y Censos estatales (3)			
16. Existencia en cada país de un sistema de información organizado sobre la migración de personal profesional en salud que permita su monitoreo (4)			
17. Acciones ejecutadas en la subregión para la conformación del sistema andino integrado de información y monitoreo de la migración de personal calificado en salud (estado de situación inicial del sistema estadístico nacional sobre el tema, frecuencia y calidad de la información) (2)			
18. El país cuenta con normas que regulen el reclutamiento de personal para la migración (2)			
19. Existencia de un sistema de retención para afrontar la migración de personal de salud en el país (2)			
20. El país cuenta con un plan de retorno del personal calificado en salud (2)			
<b>TOTAL: 15/15: 100%</b>			

Finalmente, los indicadores indagan sobre la existencia de planes de retorno de los profesionales que emigraron o de planes para animar a la inmigración de profesionales de otros países.

## Fuentes de datos

Institutos de Estadísticas y Censos.

Sistema de Información del Ministerio de Salud, Dirección de RHUS o Talento Humano.

Director de RHUS o Talento Humano del Ministerio de Salud.

## EJE 3. Desarrollo del trabajo decente y competencias para la gestión del trabajo en salud

**Meta 9: Promover y fortalecer normas y mecanismos de vinculación laboral del personal del sector que mejoren progresivamente las condiciones para su desarrollo personal y profesional, incentiven la calidad y continuidad de los servicios de salud, la implementación o fortalecimiento de los programas de salud y seguridad del personal, teniendo como punto de partida el trabajo decente y como una de las opciones la carrera sanitaria.**

### Definición conceptual

La meta 9 en síntesis aborda el logro del trabajo decente del personal de salud donde se integran tanto las condiciones de trabajo, la seguridad en el trabajo y el logro de la carrera sanitaria. Estos elementos impactan directamente en la calidad y continuidad de los servicios de salud.

Se han formulado y organizado en la tabla siguiente dos tipos de indicadores: aquellos que describen el trabajo de salud precario caracterizándolo por el acceso o no a seguridad social, el empleo estable con nombramiento y el pluriempleo público y privado que debe ejercer el personal de salud para lograr buenos salarios.

El acceso a la seguridad social –sea esta privada, mixta (pública-privada) u otra modalidad, implica: cobertura de salud, atención para la prevención y atención por riesgos de trabajo, licencias por maternidad y enfermedad, salarios y bonificaciones, vacaciones pagadas, jubilación, montepío, cesantía y liquidaciones. Es necesario que cada país especifique qué cubre su seguridad social.

El segundo grupo de indicadores se refiere a dos elementos fundamentales del trabajo digno en salud: la existencia de una normativa que reconozca el derecho a la salud y protección del trabajo del personal de salud y a su aplicación, y en segundo lugar a la elaboración de la carrera sanitaria u otras formas afines según el país y de su aplicación.

Meta 9: Promover y fortalecer normas y mecanismos de vinculación laboral del personal del sector que mejoren progresivamente las condiciones para su desarrollo personal y profesional, incentiven la calidad y continuidad de los servicios de salud, la implementación o fortalecimiento de los programas de salud y seguridad del personal, teniendo como punto de partida el trabajo decente y como una de las opciones la carrera sanitaria.

INDICADORES	%	No existe Información
21. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con acceso a la seguridad social.		
22. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con nombramientos definitivos en el sector salud.		
23. Porcentaje de profesionales de salud (médicos y enfermeras) con multiempleo ( más de un empleo público-privado).		
	<b>Si</b>	<b>No</b>
24. Existencia de normativa sobre prevención y protección de la salud del trabajador del sector salud (2) y aplicación de dicha normativa (2).		
25. Implementada la carrera sanitaria u otras opciones de ella en el país que deben ser especificadas en nota de pie de página.		
26. Existencia de carrera sanitaria implementada en países (se suman todos los países para construir el indicador definitivo).	Número	

## Fuentes de datos

La primera parte de los indicadores planteados se obtiene de los Institutos de Estadísticas, específicamente de los Censos o de las Encuestas de Empleo: acceso a seguridad social. Allí es posible observar datos sobre multiempleo y cobertura de la seguridad social.

El empleo sin nombramiento y solo por contratos lo registran las Direcciones de RHUS o de Talento Humano.

En lo que tiene que ver con la normativa que protege la salud del trabajador de la salud, esta información se la obtiene del Ministerio de Trabajo o Relaciones Laborales y su aplicación, de las Direcciones de RHUS o Talento Humano de los Ministerios de Salud.

**Meta 10: Fortalecer, monitorear y evaluar las estrategias de formación, perfeccionamiento y capacitación continua del personal de salud en un modelo de gestión por competencias con el objeto de aportar al desarrollo institucional y personal contribuyendo así al logro de los estándares de calidad del servicio y satisfacción del usuario, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la organización de salud.**

### Definición conceptual

El sentido de la meta es constatar la existencia de sistemas de gestión de la educación en el trabajo. Se define como tal al diseño anual de actividades educativas que respondan a las necesidades de educación en, para y por el trabajo. La gestión implica no solo mantener la oferta de educación por servicios semanalmente dentro del horario de trabajo, sino definir ejes educativos que integren todos los aspectos del proceso laboral (gerencia, bases médico-quirúrgicas, epidemiología, políticas de salud, diseño de estrategias de educación, epidemiología, comunicación, y metodología de la investigación). Además, se integra en este diseño la oferta de las Universidades para cubrir necesidades de postgrados: especializaciones, maestrías y PH-D que forman parte de la educación permanente del personal de salud.

Solo un sistema de estas características que concentre descentralizando la acción educativa de los servicios de salud logra impactar en el mejoramiento de la calidad del servicio y la solución de problemas y áreas críticas de la organización. Por tanto, acciones aisladas de educación en el trabajo son calificadas como no existencia del sistema de educación permanente.

Meta 10: Fortalecer, monitorear y evaluar las estrategias de formación, perfeccionamiento y capacitación continua del personal de salud en un modelo de gestión por competencias con el objeto de aportar al desarrollo institucional y personal contribuyendo así al logro de los estándares de calidad del servicio y satisfacción del usuario, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la organización de salud.

INDICADORES	Existe	En proceso	No existe
<p>27. Existencia de <b>sistemas</b> de educación en el trabajo y de gestión de la educación en el trabajo en la direcciones de talento humano de los MS de los países de la región que realice:</p> <p>- <b>Diagnóstico de necesidades educativas anuales</b> basado en los resultados de la evaluación del desempeño, la supervisión del trabajo, la autoevaluación, la detección de errores más frecuentes, la auditoría de la mortalidad, los cambios de la política de salud o los cambios en el modelo de atención de la organización, los cambios en el perfil epidemiológico de la población atendida (2).</p>			
<p><b>Planificación educativa</b> que oferte un programa de educación anual integrado no disperso donde se explicita la oferta educativa universitaria para postgrado, el uso de la organización para el proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes de ciencias de la salud del pre y postgrado y el propio programa de la organización que deviene de las necesidades de educación detectadas en el trabajo (2).</p>			
<p>Diseño y fortalecimiento <b>del método de enseñanza aprendizaje de adultos en el trabajo</b> (2).</p>			
<p><b>Programas de inducción al trabajo</b> para personal de nuevo ingreso a la institución o de ingreso a otros servicios, o para cambios en las políticas de la organización (2).</p>			
<p>Evaluación del impacto de la educación en el mejoramiento de la calidad del servicio, la satisfacción del usuario, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la organización de la salud (2)</p>			
<p><b>Que integre al horario de trabajo semanal los espacios de la educación</b> (2).</p>			
<p><b>Monitoreo del número, tipo, personal y calidad del proceso de educación en el trabajo</b> (2).</p>			
<p><b>TOTAL: 16/16. 100%</b></p>			

## Fuentes de datos

Directores de RHUS o de Talento Humano.

Directores de la Unidad de Gestión de la Educación en el trabajo.

**Meta 11: Intensificar la cooperación técnica entre los países de la subregión respecto al desarrollo del trabajo decente en salud y la carrera sanitaria, generando a la vez experiencias colaborativas en el desarrollo de las competencias para la gestión del trabajo del personal de salud.**

## Definición conceptual

La definición de empleo decente ha sido mencionada en páginas anteriores, sin embargo, ésta implica el trabajo estable –con nombramiento o contratos fijos- con beneficios sociales (afiliación a la seguridad social) tanto en el tiempo laboral activo como en el pasivo (cesantía, jubilación), ambientes laborales seguros que protejan la salud de los trabajadores, cumplimiento de las leyes laborales (enfermedad, embarazo y parto, lactancia, liquidación, jubilación, cesantía, vacaciones, licencias por enfermedad, jornadas laborales legales). La meta complementa estos aspectos con uno de fundamental valor para la vida laboral: la carrera sanitaria o formas semejantes a ellas que cada país ha propuesto. Lo importante es que esta modalidad permita asegurar la promoción del trabajador tanto en lo que a salarios se refiere como al acceso a niveles de decisión cada vez más altos de conformidad con la preparación y experiencia que el trabajador va adquiriendo.

Con estos conceptos se busca el número de experiencias de este tipo que existen en la región para luego propagarlas mediante el intercambio de estas experiencias motivado por el ORAS-CONHU. Esta es la esencia de estos tres indicadores descriptivos que acompañan a la meta 11.

Meta 11: Intensificar la cooperación técnica entre los países de la subregión respecto al desarrollo del trabajo decente en salud y la carrera sanitaria, generando a la vez experiencias colaborativas en el desarrollo de las competencias para la gestión del trabajo del personal de salud.

INDICADORES	Nº por país
28. Número de actividades de cooperación técnica para apoyar el trabajo decente en salud y la carrera sanitaria y/o propuestas similares.	
29. Número de actividades de cooperación técnica para apoyar el desarrollo de competencias para la gestión del trabajo del personal de salud.	
30. Número de esas experiencias de cooperación técnica difundidas entre los países de la región promovidos por el ORAS.	

## Fuentes de datos

Direcciones de RHUS, Ministerios de Trabajo y Relaciones laborales, Oficinas regionales de OPS que tienen expertos en RHUS.

## Eje 4. Desarrollo de una inteligencia colectiva en recursos humanos

**Meta 12: Intensificar el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud, con alcance subregional, nacional, subnacional, sectorial e intersectorial, en coordinación con las iniciativas desarrolladas por la OPS/OMS, UNASUR y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).**

### Definición conceptual

Para lograr esta meta es necesario definir cuáles son los datos básicos, comparables y homogéneos que pueden ser levantados para dar cuenta de la situación de los RHUS. En segundo lugar, qué desagregaciones es posible conseguir de los sistemas de información de cada país, para poder determinar lo que sucede con estos datos en la subregión andina, en el promedio nacional, en los diferentes niveles de desagregación geográfica de cada país, por ejemplo departamentos, provincias u estados. Por último, cuáles son del sector salud y cuáles del sector educativo, de trabajo y económico.

Meta 12: Intensificar el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud, con alcance subregional, nacional, subnacional, sectorial e intersectorial, en coordinación con las iniciativas desarrolladas por la OPS/OMS, UNASUR y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).

INDICADORES	Si	No existen
31. Existencia de indicadores comunes aprobados por RENSAA para comparar la situación de los RHUS entre países andinos y el cumplimiento de la política andina de RHUS (2).		
32. Levantada línea de base de los indicadores comunes para monitorear la política andina de RHUS (2).		
33. Levantado línea de base de los Desafíos de Toronto (2).		
34. Ejecutado al menos un monitoreo (luego de la línea de base) del cumplimiento de los Desafíos de Toronto (2).		
<b>TOTAL 8/8- 100%</b>		

## Fuentes de datos

ORAS-CONHU, OPS/OMS, Países.

**Meta 13: Fortalecer la Red Andina de Observatorios de RHUS como instrumento de intercambio de información estratégica.**

## Definición conceptual

Los Observatorios de RHUS fueron una iniciativa impulsada desde 1999 por la OPS-OMS (OPS-OMS, 2010:6) creados como espacios de información especializada en recursos humanos en casi todos los países andinos al igual que en los países de América Latina. Estos lograron conformar un Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud como una iniciativa de diferentes sectores entre los países de la Región de las Américas. Los colaboradores del Observatorio producen información y evidencia para informar las decisiones de políticas y mejorar los sistemas de salud por medio del desarrollo de sus recursos humanos en salud (OPS, 2010).

Es interesante monitorear cuántos de estos Observatorios que corresponden a la Subregión andina operan sistemáticamente y qué volumen de la información que colocan o producen es utilizada en los procesos decisorios de los Ministerios de Salud. Así mismo la pertinencia, calidad y desagregación de la información que presentan.

Por otro lado, esta meta está en concordancia con la anterior y con la subsiguiente puesto que una de las funciones de los Observatorios es constituirse en espacios para apoyar en la gobernanza en salud. Esto significa, propender discusiones sobre temas relevantes, permitiendo el encuentro de representantes del Estado y la sociedad civil, así como son los lugares para ejercer el rendimiento de cuentas de los técnicos sobre los impactos que el sector logra en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Finalmente, los Observatorios son mecanismos de difusión de información relevante sobre el tema de recursos humanos para la subregión.

Meta 13: Fortalecer la Red Andina de Observatorios de RHUS como instrumento de intercambio de información estratégica.

INDICADORES	Si	No	PARCIAL
35. Observatorios de RHUS operando en el país (2).			
36. Observatorio de RHUS operando en la subregión (2).			
37. Uso de la información generada en el proceso decisorio de los Ministerios de Salud, especialmente en las Direcciones de RHUS o Talento Humano (2).			
38. Desarrollo del Observatorio como espacio de discusión que permite el encuentro del Estado y la sociedad civil para reflexionar sobre la situación de los RHUS (2).			
39. Uso de la información para el fortalecimiento de la gobernanza a través del rendimiento de cuentas del cumplimiento de la política de RHUS por parte del Estado y la sociedad (2).			
40. Existencia de estrategias de difusión de los hallazgos de la información para posicionar el tema de los RHUS en la sociedad (2).			
<b>TOTAL 12/12 /100%</b>			

## Fuentes de datos

Web de OPS-OMS y de cada país andino sobre la situación y producción de data de los Observatorios de RHUS Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Web del Observatorio Andino de RHUS.

Entrevista a Director de RHUS del Ministerio de Salud Pública.

Entrevista a Responsable de OPS local del tema de RHUS.

### **Meta 14: Promover y diseminar el desarrollo de investigaciones sobre temas críticos en RHUS para la subregión.**

#### Definición de los indicadores

La definición de las líneas de investigación sobre recursos humanos es uno de los pasos fundamentales para circunscribir el campo y atender a las principales necesidades de indagación profunda sobre las causas y determinantes de las situaciones encontradas. En el tema de RHUS por lo general los ámbitos más comunes motivo de la acción de la política y de su ejecución son:

**(1) Producción** del recurso humano lo que implica investigaciones en la formación, el proceso educativo, los perfiles de egresamiento, la eficiencia terminal de las carreras de ciencias de la salud y sobre todo los contenidos de la malla curricular y sus competencias.

**(2) Utilización**, esto se refiere al análisis de las formas de reclutamiento, selección, evaluación del desempeño y aplicación de las normas laborales en la relación empleador-empleado, así como a los sistemas de planificación del RHUS.

**(3) Gestión del Trabajo:** se refiere al análisis de las características del proceso de trabajo y a su organización, al clima laboral y a la participación del trabajador en dicho proceso, así como a la aplicación de indicadores de calidad en el trabajo y de eficiencia y eficacia.

**(4) Desarrollo de los recursos humanos** que implica el estudio del sistema de educación en el trabajo –sea esta producida por el mismo proceso laboral como el acceso a postgrados y otras formas de oferta educativa formal e informal, sus características, así como la motivación del personal.

**(5) Promoción del RHUS** ámbito que indaga las posibilidades de implementar la carrera sanitaria, o si ésta existe, el análisis e impactos de su vigencia.

**(6) Condiciones de trabajo del personal de salud**, eje que permite analizar y profundizar en las relaciones laborales, la protección de la salud, los riesgos del trabajo, la satisfacción laboral y los sistemas de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.

Meta 14: Promover y diseminar el desarrollo de investigaciones sobre temas críticos en RHUS para la subregión.

INDICADORES	Existe/2	En proceso	No existe
41. Ejes de investigación prioritaria en RHUS subregional definidos (2).			
42. Existencia de financiamiento específico para investigación y montos anuales de los mismos (2).			
<b>TOTAL 12/12 /100%</b>			
	<b>Información</b>	<b>No existe información</b>	
43. Número de investigaciones anuales sobre temas críticos en RHUS ejecutadas para la subregión.			

## Fuentes de datos

ORAS-CONHU

## 2. MONITOREO DE LA POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

### Línea de base de Ecuador marzo 2014

#### Nota introductoria

El presente levantamiento de información ha sido realizado con la participación de la Dirección de Normatización del MSP, los datos suministrados por la Dirección de Talento Humano del mismo Ministerio, la revisión de: (1) la evaluación del Curso Internacional de Políticas de Recursos Humanos ejecutado por la Unidad de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, (2) el informe del taller de la segunda medición (línea de base, primera medición y segunda medición) de los Desafíos de Toronto efectuada en el mes de noviembre del 2013 y la entrevista a profundidad efectuada al Viceministro de Gobernanza del Ministerio de Salud Pública, Dr. Miguel Malo el 5 de diciembre del 2013.

Incluye además, indagaciones efectuadas en las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador.

El primer levantamiento se realizó el 5 de marzo del 2004 para validar el instrumento en su fase inicial. Fue revisado luego del análisis efectuado con el Comité Técnico del ORAS-CONHU, ajustado y nuevamente aplicada el 11 de marzo del 2014 para constituirse en la Línea de Base del Monitoreo de la Política Andina de RHUS en Ecuador.

A continuación exponemos los resultados encontrados.

## EJE 1: Fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria en los países andinos

Meta 1: Fortalecer las capacidades de gobierno y gestión de la autoridad sanitaria nacional y subnacional para el desarrollo de políticas de recursos humanos en salud.

1. Existencia de Política de RHUS	Calificación
Definido el perfil del RHUS de acuerdo a:	
- las necesidades poblacionales (1).	0.75
- Al modelo de atención (1).	0.75
- A las características del sistema de salud (1).	0
Definido de acuerdo a las necesidades numéricas de RHUS para lograr el acceso universal (1).	1
Distribución equitativa (3).	0
Sistema de educación en el trabajo para desarrollo del talento humano (1).	0
Gestión del trabajo (1).	1
Condiciones de trabajo donde se aplica:	
- la legislación laboral (1).	1
- y el empleo digno (estable) (1).	0.5
Carrera Sanitaria u otras formas de promoción y desarrollo del RHUS (1).	0.10
Sistema de incentivos (1).	0.10
<b>Subtotal /13</b>	<b>5.20/13</b>
<b>2. Aplican la política de RHUS para todo el sector salud liderada por el Ministerio de Salud (5) (Parcial solo MSP : 2.5)</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL 18/ 18 - 100%</b>	<b>7.2/18 = 40%</b>

## Fuente de información

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

MSP-OPS. Segunda Medición de las Metas de los Desafíos de Toronto, noviembre, 2013.  
Informante: Equipo de la Dirección de Normatización y del Talento Humano del MSP.

## Comentarios

- Los perfiles de todos los recursos humanos del MSP aún no han sido completados si bien se ha emprendido en una ardua y larga tarea para obtenerlos, por eso no logran la nota 1/1. Por otro lado, dichos perfiles solo se refieren al Ministerio de Salud y no trascienden a todo el sector salud.
- La carrera sanitaria apenas cuenta con una propuesta que se está discutiendo.
- El sistema de incentivos está definido solo para algunas zonas geográficas de difícil acceso pero limitadamente. Por ejemplo, para médicos en regiones fronterizas están asignados incentivos para 3 o 4 localidades de las 10 que deberían ser consideradas.

META 2: Fortalecer en los Ministerios de Salud de la Subregión andina estructuras encargadas de la dirección estratégica de la gestión del trabajo y desarrollo de capacidades de los RHUS, intervención en el diseño de las políticas, planes y programas de salud nacionales así como en la coordinación intra e intersectorial (sectores de educación, finanzas y trabajo).

INDICADORES	Calificación		
	Si	Parcial	No (0)
<b>3. Existencia de Instancias de dirección estratégica de RHUS (2)</b>	2		
<b>4. Instancias de gestión del RHUS que efectúan:</b> (1)Gestión del trabajo (organización del proceso de trabajo y su participación en él, evaluación del desempeño, reclutamiento, selección, aplicación de la norma laboral nacional (2)	2		
Que planifican el tipo, número y distribución del RHUS atendiendo al logro de la equidad (3)	2		
Que implementan el desarrollo de las capacidades del RHUS con un sistema de educación en el trabajo (2)	0		
Intervienen en el diseño de las políticas, planes y programas nacionales (2)	1.5		
Coordinan intra e intersectorialmente con: Educación en el pre (1) y post grado (1) - Finanzas (1) - Ministerio de Relaciones laborales o trabajo (¡1)	1 <b>Postgrado</b> 1 1		
<b>TOTAL 15/ 15 - 100%</b>	<b>10.5/15-70%</b>		

## Fuentes de información

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

Meta 3: Fortalecer las capacidades y calificación de los gestores de políticas de RHUS en los niveles nacional y subnacional.

INDICADOR	Número	% del total de Gestores de políticas de RHUS	COMENTARIOS
<p><b>4. Número de gestores y de gestoras de políticas de RHUS nacionales y subnacionales con cursos de desarrollo de RHUS (CIRHUS) o afines en la región.</b></p> <p>Contestar para el país.</p>	<p><b>49</b></p> <p><b>37 - 77% Mujeres</b></p> <p><b>12 - 13% Hombres</b></p>		<p>Los nuevos directivos de RHUS desconocen el curso CIRHUS.</p> <p>OPS-OMS ha dejado de financiarlos y promocionarlos.</p>

## Fuentes de datos

Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Unidad de Salud Pública. Memoria del CIRHUS 1 Y 2, 2010-2012.

## EJE 2: Desarrollo de capacidades para sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, atención integral, salud familiar e interculturalidad

Meta 4: Difundir e intercambiar conocimientos, capacidades y experiencias existentes en la subregión andina en la gestión y el desarrollo de los RHUS, para la APS, Atención integral, salud familiar e interculturalidad.

INDICADOR	Nº	%	Sin datos
5. Número de intercambios de experiencias ejecutados entre los países andinos sobre gestión y desarrollo de RHUS, para la APS, la atención integral, la salud familiar y la interculturalidad promovidos por el ORAS-CONHU			

### Fuentes de datos

Registros administrativos del ORAS-CONHU.

Meta 5: Generar en conjunto con el sector educativo mecanismos que permitan desarrollar, sistematizar y difundir las mejores experiencias en el desarrollo de los RHUS incluyendo la formación del personal de salud con énfasis en el primer nivel de atención.

INDICADOR	Nº	Sin datos
6. Número de experiencias en el desarrollo de RHUS –incluyendo la formación de personal de salud (en las Universidades) y la educación en el trabajo para el primer nivel de atención- que existen en la región.	0.5	Porque no existen.
7. Número de experiencias difundidas entre los países de la región (A ser contestada por países y por ORAS-CONHU).		Porque no se han difundido.

### Comentarios

- Las experiencias se refieren a la formación en las Universidades de Médico y Enfermeras especialistas en Salud Familiar.

## Fuente de información

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

Meta 6: Definir los perfiles y funciones del personal de salud, promoviendo su uso como referente para el diseño de los currículos de los programas de formación y la gestión del personal que labora en el sector salud.

INDICADOR	SI (2)	Parcialmente	No existe (0)
8. Existencia de Perfiles y funciones del personal de salud que se correspondan con los objetivos de un sistema de salud equitativo, incluyente, intercultural y de alta calidad (2).			
9. Uso de los perfiles del Ministerio de Salud para el diseño de los currículum de formación (2).		0.5	
10. Uso para evaluar la gestión del personal que labora en el sector salud (2).		2	0
<b>Total: 6- 100%</b>	<b>4.5/6 75%</b>		

## Comentarios

- Si bien la evaluación del desempeño utiliza tres instrumentos, una de ellas es referida por el Ministerio de Relaciones Laborales. La autoevaluación con la que se inicia el proceso considera las competencias necesarias para el desempeño del cargo que se encuentran en el perfil del personal.

## Fuente de información

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

Meta 7: Promover el intercambio de experiencias en la planificación de los RHUS en los tres niveles de atención, con prioridad en la atención a poblaciones sub atendidas, rurales, indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de violencia y de difícil acceso.

INDICADOR	Sí, en los Tres niveles /3	No existe (0)	Sin datos
11. Existencia en el país de experiencias de planificación de RHUS en los tres niveles de atención (3).	3		
12. Existencia de planificación en los tres niveles con prioridad en la atención de población subatendida (rurales, indígenas, afrodescendientes y otros grupos étnicos, personas con discapacidad, víctimas de violencia y de difícil acceso) (3).	3		
<b>Total: 6/6</b>	<b>6/6- 100%</b>	<b>0%</b>	
13. Número de experiencias difundidas entre los 6 países de la región promovidas por el ORAS.			

## Fuente de información

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

Meta 8: Desarrollar, colaborativamente entre los países de la subregión andina, sistemas de información de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud conforme con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones del Personal de Salud.

INDICADORES	Si	Parcialmente	No existe (0)
14. Existencia en cada país de <b>información sistemática</b> , específica y representativa de la migración de personal de salud calificado: ingreso y egreso de cada uno de los países: países de destino, volumen y frecuencia de dicha información en cada uno de los países proveniente de los Institutos de Estadísticas y Censos estatales (3).		0-5(Solo Permiten datos del Censo 2010)	
15. Existencia en cada país de un <b>sistema de información</b> organizado sobre la migración de personal profesional en salud que permita su monitoreo (4).			X
16. Acciones ejecutadas en la subregión para la <b>conformación del sistema andino integrado de información y monitoreo de la migración</b> de personal calificado en salud (estado de situación inicial del sistema estadístico nacional sobre el tema, frecuencia y calidad de la información) (2).			X
17. El país cuenta con normas que regulen el reclutamiento de personal para la migración (2).	2		
18. Existencia de un sistema de retención para afrontar la migración de personal de salud en el país (2).	2		
19. El país cuenta con un plan de retorno del personal calificado en salud (2).	2		
<b>TOTAL: 15/15: 100%</b>	6.51 5 43%		

## Fuentes de datos

MSP-OPS. Segunda Medición de las Metas de los Desafíos de Toronto, noviembre, 2013. Informante: Dra. Mabel Pinto.

## EJE 3. Desarrollo del trabajo decente y competencias para la gestión del trabajo en salud

Meta 9: Promover y fortalecer normas y mecanismos de vinculación laboral del personal del sector que mejoren progresivamente las condiciones para su desarrollo personal y profesional, incentiven la calidad y continuidad de los servicios de salud, la implementación o fortalecimiento de los programas de salud y seguridad del personal, teniendo como punto de partida el trabajo decente y como una de las opciones la carrera sanitaria.

INDICADORES	%	No existe Información
20. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con acceso a la seguridad social.	69%*	
21. Porcentaje de profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con nombramientos definitivos en el sector salud.	43% ** Médicos 58% Enfermeras 50% del personal profesional.	Médicos 4.781 de 11.066 Enfermeras: 4.780 de 8185
22. Porcentaje de profesionales de salud (médicos y enfermeras) con multi empleo (más de un empleo público-privado).		X
23. Existencia de normativa sobre prevención y protección de la salud del trabajador del sector salud (2) y aplicación de dicha normativa (2).	2	
24. Implementada la carrera sanitaria u otras opciones de ella en el país que deben ser especificadas en nota de pie de página.	0	
25. Existencia de carrera sanitaria implementada en países (se suman todos los países para construir el indicador definitivo).		

### Fuentes de datos

\* Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, Encuesta de Empleo, 2011

\*\* Dirección de Talento Humano del MSP.

MSP-OPS. Segunda Medición de las Metas de los Desafíos de Toronto, noviembre, 2013.

## Comentarios

- El Ministerio de Salud Pública aspira a convocar a concursos definitivos para eliminar el empleo por contrato en el año 2014.

Meta 10: Fortalecer, monitorear y evaluar las estrategias de formación, perfeccionamiento y capacitación continua del personal de salud en un modelo de gestión por competencias con el objeto de aportar al desarrollo institucional y personal contribuyendo así al logro de los estándares de calidad del servicio y satisfacción del usuario, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la organización de salud.

INDICADORES	Existe	En proceso	No existe
26. Existencia de <b>sistemas</b> de educación en el trabajo y de gestión de la educación en el trabajo en la direcciones de talento humano de los MS de los países de la región (2). que realice: <b>-Diagnóstico de necesidades educativas anuales</b> basado en los resultados de la evaluación del desempeño, la supervisión del trabajo, la autoevaluación, la detección de errores más frecuentes, la auditoría de la mortalidad, los cambios de la política de salud o los cambios en el modelo de atención de la organización, los cambios en el perfil epidemiológico de la población atendida (2).		0.25	
<b>-Planificación educativa</b> que oferte un programa de educación anual integrado no disperso donde se explicita la oferta educativa universitaria para postgrado, el uso de la organización para el proceso enseñanza aprendizaje de los estudiantes de ciencias de la salud del pre y postgrado y el propio programa de la organización que deviene de las necesidades de educación detectadas en el trabajo (2).		0	
Diseño y fortalecimiento del <b>método de enseñanza aprendizaje de adultos en el trabajo</b> (2).		0	
<b>-Que utilice multimedios educativos</b> presenciales, no presenciales, uso de redes de información y comunicación, oferta de postgrados por parte de universidades (2).		0.25	
<b>-Programas de inducción al trabajo</b> para personal de nuevo ingreso a la institución o de ingreso a otros servicios, o para cambios en las políticas de la organización (2).		0.50	
<b>-Evaluación del impacto de la educación en el mejoramiento de la calidad del servicio</b> , la satisfacción del usuario, la resolución de problemas y el desarrollo de áreas críticas de la organización de la salud (2).			
<b>-Que integre al horario de trabajo semanal los espacios de la educación</b> (2).			
<b>-Monitoreo del número, tipo, personal y calidad del proceso de educación en el trabajo</b> (2).			
<b>TOTAL: 18/18. 100%</b>		<b>1/18 - 5.5 %</b>	

## Fuente de datos

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

MSP-OPS. Segunda Medición de las Metas de los Desafíos de Toronto, noviembre, 2013.

## Comentarios

- Si bien no existe el sistema como tal, de las acciones aisladas sobre educación que se detectaron en el I Ministerio de Salud Pública, se calificaron los ítems que constan con nota.

Meta 11: Intensificar la cooperación técnica entre los países de la subregión respecto al desarrollo del trabajo decente en salud y la carrera sanitaria, generando a la vez experiencias colaborativas en el desarrollo de las competencias para la gestión del trabajo del personal de salud.

INDICADORES	Nº por país
27. Número de actividades de cooperación técnica para apoyar el trabajo decente en salud y la carrera sanitaria y/o propuestas similares.	1
28. Número de actividades de cooperación técnica para apoyar el desarrollo de competencias para la gestión del trabajo del personal de salud.	
29. Número de esas experiencias de cooperación técnica difundidas entre los países de la región promovidos por el ORAS.	

## Comentarios

- El Ministerio de Salud Pública recibió la consultoría de Verónica Bustos del MSP de Chile sobre el tema Carrera Sanitaria.

## Fuentes de datos

Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

MSP-OPS. Segunda Medición de las Metas de los Desafíos de Toronto, noviembre, 2013.

ORAS-CONHU.

## Eje 4. Desarrollo de una inteligencia colectiva en recursos humanos

Meta 12: Intensificar el desarrollo de un conjunto de datos básicos, comparables y homogéneos sobre la situación de los recursos humanos en salud, con alcance subregional, nacional, subnacional, sectorial e intersectorial, en coordinación con las iniciativas desarrolladas por la OPS/OMS, UNASUR y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS).

INDICADORES	Si	No existen
30-Existencia de indicadores comunes aprobados por RENSA para comparar la situación de los RHUS entre países andinos y el cumplimiento de la política andina de RHUS (2).	2	
31. Levantada línea de base de los indicadores comunes para monitorear la política andina de RHUS (2).	2	
32. Levantado línea de base de los Desafíos de Toronto (2).	2	
33. Ejecutado al menos un monitoreo (luego de la línea de base) del cumplimiento de los Desafíos de Toronto (2).	2	
<b>TOTAL 8/8- 100%</b>	<b>8/8 - 100%</b>	

## Fuentes de datos

ORAS-CONHU-UNASUR-PAISES

Meta 13: Fortalecer la Red Andina de Observatorios de RHUS como instrumento de intercambio de información estratégica.

INDICADORES	Si	No	Observación
34. Observatorios de RHUS operando en el país (2).		X	Desconocen
35. Observatorio de RHUS operando en la subregión (2).	X		
37. Uso de la información generada en el proceso decisorio de los Ministerios de Salud, especialmente en las Direcciones de RHUS o Talento Humano (2).			
36. Uso de la información generada en el proceso decisorio de los Ministerios de Salud, especialmente en las Direcciones de RHUS o Talento Humano (2)			
37. Desarrollo del Observatorio como espacio de discusión que permite el encuentro del Estado y la sociedad civil para reflexionar sobre la situación de los RHUS (2)			
38. Uso de la información para el fortalecimiento de la gobernanza a través del rendimiento de cuentas del cumplimiento de la política de RHUS por parte del Estado y la sociedad (2)			
39. Existencia de estrategias de difusión de los hallazgos de la información para posicionar el tema de los RHUS en la sociedad (2)			
<b>TOTAL 12/12 /100%</b>			

## Fuentes de datos

Web de OPS-OMS y de cada país andino sobre la situación de los Observatorios de RHUS Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

Web del Observatorio Andino de RHUS.

Meta 14: Promover y diseminar el desarrollo de investigaciones sobre temas críticos en RHUS para la subregión.

INDICADORES	Existe/2	En proceso	No existe
40. Ejes de investigación prioritaria en RHUS subregional definidos (2).			0
41. Existencia de financiamiento específico para investigación y montos anuales de los mismos (2).			0
<b>TOTAL 4/4 /100%</b>	<b>0</b>		<b>0</b>
	<b>Información</b>	<b>No existe información</b>	
42. Número de investigaciones anuales sobre temas críticos en RHUS ejecutadas para la subregión.		0	

## Fuentes de datos

País: Dr. Gregorio Montalvo, Director de la Unidad de Normatización del Talento Humano del MSP.

Fecha de la entrevista: 5 de marzo del 2014.

Revisión analítica: 11 de marzo del 2014.

Subregión: ORAS-CONHU.

### 3. CONCLUSIONES

1. La propuesta de operativización de los 4 ejes y las 14 metas planteadas en la política de Recursos Humanos en Salud para la subregión andina plantea su monitoreo y evaluación a través de 42 indicadores. De ellos, 15 corresponden al seguimiento directo del ORAS-CONHU y 27 a la de los directivos de las Direcciones de RHUS de los Ministerios de Salud de la subregión.
2. De los indicadores planteados, al realizar la línea de base de Ecuador, fue posible encontrar información de 41, solo no se obtuvo el dato del indicador de multi empleo. Se lo deja como una llamada de atención para que los Institutos de Estadísticas y Censos desagreguen información sobre recursos humanos en salud.
3. Se observa que en el caso de Ecuador sus avances más importantes tienen que ver con la planificación del recurso humano, la construcción de perfiles ocupacionales, la migración, la construcción de una dirección estratégica del RHUS creando la Dirección de Normatización del RHUS y el acceso a la información.
4. Cuatro son las debilidades más importantes encontradas en el caso de la aplicación de la política de recursos humanos en Ecuador: (1) la persistencia de la inequidad urbano-rural en la distribución del RHUS y el sistema de incentivos para lograrla, todavía incipiente y centrado en ciertas unidades geográficas. (2) Por otro lado, el hecho de haber descontinuado el CIRHUS implica que no se ha difundido un pensamiento integrado y novedoso sobre la gestión estratégica del RHUS en las instancias públicas del país (3) No ha sido posible aún construir un sistema integrado de educación continua al interior del MSP (4) Se constata una total debilidad del Observatorio de RHUS en este país, perdiéndose así de un espacio para el debate, la rendición de cuentas y el encuentro para fortalecer la gobernanza en salud a través de la temática del RHUS.

## 4. RECOMENDACIONES

1. Difundir la metodología preparada y sus hallazgos así como su potencial para poder intercambiar experiencias y relaciones entre los países que impulsen el desarrollo de un pensamiento colectivo sobre recursos humanos en salud en la subregión.
2. Abrir una segunda parte de esta actividad para apoyar a los Directores de RHUS de cada uno de los países en el levantamiento de sus líneas de base, para así pasar a la fase de implementación del sistema de monitoreo
3. Retomar los datos que señalan los indicadores levantados en Ecuador, y luego, los que se tomarán en el resto de países, para impulsar la ejecución de la política de RHUS subregional, poder promover la cooperación frente a las debilidades detectadas y fortalecer a los sistemas de información y a los mecanismos ya ideados –los Observatorios de cada país- que han perdido vigencia y deben ser renovados.
4. Empezar en una valiosa discusión sobre las líneas de investigación en recursos humanos para desarrollar el pensamiento crítico sobre el tema atendiendo al eje 4 de la política de recursos humanos en salud de la región Andina.





# Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos

## **CONTENIDO**

---

### RESUMEN EJECUTIVO

### PRIMERA PARTE

- Sistematización de la información disponible en estudios sobre la migración de RHUS en la subregión andina.

### SEGUNDA PARTE

- Sistema de monitoreo de la migración en salud en los países andinos y recomendaciones para el proceso de implementación.

### BIBLIOGRAFÍA

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente Informe es elaborado por encargo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, como parte de la implementación del Plan Sanitario de Integración Andina – PlanSIA, y tiene como propósito recopilar y sistematizar información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina, y proponer las bases de un sistema andino de monitoreo de la migración de profesionales de la salud.

Se revisa la migración internacional de la población, incluyendo el cambio de dirección en el flujo que acontece a mediados del siglo pasado, así como las implicancias económicas, sociales y culturales, tanto en los países de origen como de destino, y en particular la denominada “fuga de cerebros” o “brain drain”.

Encontramos que el escenario de la Comunidad Andina se muestra propicio en lo que respecta a la libre circulación de ciudadanos andinos al interior del espacio subregional, destacándose en particular las Decisiones 545, 583 y 755, ésta última que crea en el año 2011 el Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina (SIEMCAM).

Se discute el marco en que se desenvuelve esta migración, considerando las implicancias del Plan Estratégico ORAS – CONHU, la Política Andina de Planificación y Gestión de los Recursos Humanos en Salud y su correspondiente Plan de Acción. Así, se consideran aspectos referidos a la acreditación de instituciones formadoras, los procesos de habilitación, licencia y registro del título profesional, servicio social, certificación y recertificación profesional, revalida y reconocimiento de títulos, formación con los costos consiguientes, disponibilidad nacional e inequidad en la distribución de profesionales, así como factores atractores o expulsivos, y el papel de las agencias de reclutamiento, entre otros temas.

En este escenario, la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS) se ha constituido en un importante instrumento para profundizar en la caracterización del fenómeno de las migraciones de profesionales de la salud, así como en la búsqueda de soluciones viables a las problemáticas relacionadas con la misma.

Recientemente, Jorge Castellanos ha aportado de manera importante en la sistematización de las etapas por las que ha transcurrido el proceso de reconocimiento de títulos de los profesionales de la salud; igualmente Margarita Velazco con investigadores de OPS, la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública

(EASP) y el Observatorio Social del Ecuador, han descrito las principales características del proceso migratorio incluyendo las razones para la migración y las debilidades o ausencia en la planificación y monitoreo de los recursos humanos (Velazco, 2010).

Julio Gamero estima que el costo acumulado por emigración de profesionales (medicina y enfermería) alcanzaría la cifra de 221'804,100 USD en lo correspondiente a la formación pública y 153'987,800 USD en la formación privada. Sin embargo, la pérdida de este personal tiene otras implicancias importantes, además de la pérdida de la capacidad resolutive y los graves problemas para reponer este potencial humano perdido, incluyendo la recarga laboral sobre el personal que queda con un incremento en muchos casos significativo en la carga laboral y con las consiguientes reacciones adversas expresadas en el clima organizacional. Asimismo la reasignación de responsabilidades a otros grupos ocupacionales o especialistas, con el menoscabo en la calidad de la prestación, el compromiso del proceso formativo en pre y sobre todo posgrado al ir este éxodo de la mano con la pérdida de cuadros docentes, igualmente en muchos casos difíciles de reponer.

Particular relevancia tiene el Programa "Ecuador Saludable Vuelvo por Ti", conducido por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y que promueve el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en el exterior con el objetivo fundamental de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas en el sistema de salud. Se analiza otras experiencias importantes en la sugreión.

Finalmente, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en 4 dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto.

Así, el presente informe a partir de las importantes experiencias e investigaciones desarrolladas en estos años, y concordante con las prioridades definidas por las Ministras y Ministros de Salud de la sub-región andina, presenta esta propuesta para sentar las bases de un sistema de monitoreo de la migración de profesionales de la salud, tema central en la agenda de los recursos humanos, y en el esfuerzo por garantizar el derecho a la salud de la población, con personal suficiente, adecuadamente distribuido, competente y comprometido.

**El presente Informe, elaborado por encargo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, como parte de la implementación del Plan Sanitario de Integración Andina – PlanSIA, tiene como propósito recopilar y sistematizar información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina, brindando insumos en la segunda parte de este Informe para la construcción de un sistema de monitoreo que soporte decisiones políticas y la propuesta de estrategias para abordar este tema.**

## PRIMERA PARTE

# Sistematización de la información disponible en estudios sobre la migración de RHUS en la subregión andina

## 1. INTRODUCCIÓN

El punto de partida que proponemos para abordar el tema de la migración de trabajadores de salud es lo señalado en 1978 en el segundo punto de la Declaración de Alma – Ata:

*“La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.” (OMS/OPS y UNICEF, 1978)<sup>1</sup>.*

Los países de la región han emprendido o vienen fortaleciendo las intervenciones encaminadas a garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos. Por ello, como veremos en este informe y teniendo como punto de partida lo antes señalado, el análisis de la migración de profesionales requiere considerar las características del escenario en que nuestros países y nuestros sistemas de salud se vienen desarrollando; sin embargo, debemos también considerar que la migración internacional de nuestros profesionales se inscribe en el proceso de migración de las poblaciones, uno de los fenómenos sociodemográficos y culturales más significativo de nuestro tiempo.

Los trabajadores de salud son el pilar fundamental en el funcionamiento de los sistemas de salud, el logro de los objetivos sanitarios requiere trabajadores en número suficiente y adecuadamente distribuidos, pero a la vez competentes y motivados. Lamentablemente esta no es la realidad de nuestros países, y tal situación compromete el logro de los objetivos sanitarios planteados, y en última instancia el derecho a la salud que tienen todos los ciudadanos (Rigoli et al., 2005).

---

<sup>1</sup> En esta línea es importante reafirmar que el crecimiento económico por sí solo no se traduce automáticamente en el progreso del desarrollo humano. Se requiere políticas a favor de los pobres e inversiones significativas en las capacidades de las personas, enfocadas en educación, nutrición, salud y habilidades de empleo, que conduzcan a un acceso al trabajo digno y garanticen un progreso sostenido (PNUD, 2013).

Se estima que a nivel global existe una disponibilidad de 9,2 millones de médicos y 18,1 millones de enfermeras, con un déficit conjunto de 4,3 millones de trabajadores de la salud. Más aún la escasez mundial es probable que se agrave porque la demanda de profesionales de la salud está creciendo más rápido que la oferta (Witt, 2009). Estos trabajadores están distribuidos de manera inequitativa, considerando la carga de enfermedad, con grave detrimento de aquellas regiones y países en situación de mayor pobreza (OMS, 2006). La Figura 1 presenta los datos de dotación personal en términos de densidad de recursos humanos<sup>2</sup>, mostrando que algunos países presentan especial debilidad de esta dotación.

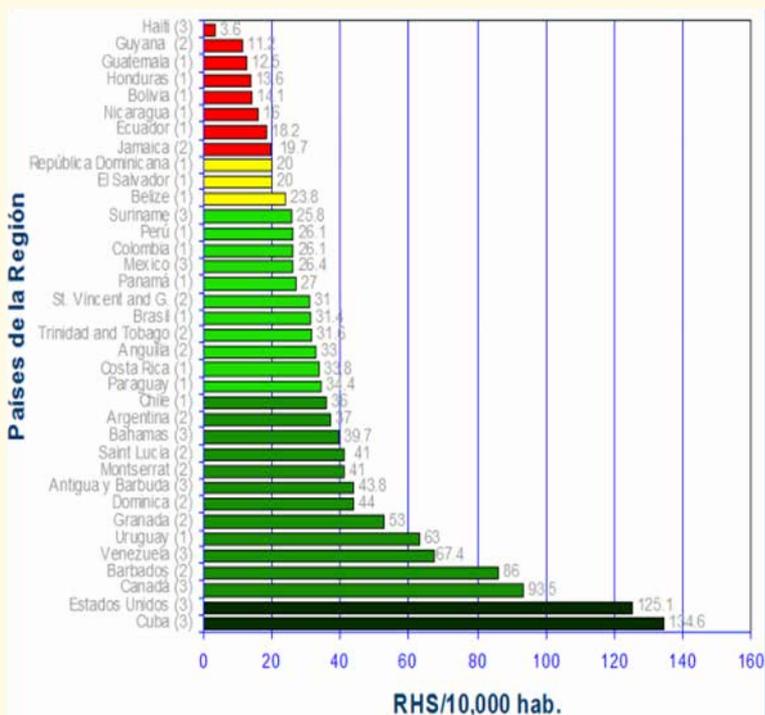


Figura 1. Densidad de recursos humanos (número de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia por 10,000 habitantes) en la región de las Américas. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2013b. Nota: los números entre paréntesis corresponden a: (1) año 2013, (2) año 2009-2011, (3) año 2006, ver detalles en la fuente.

<sup>2</sup>Densidad de Recursos Humanos equivale al número de profesionales de medicina, enfermería y obstetricia por 10,000 habitantes (OMS, 2006; Organización Panamericana de la Salud, 2013a).

Es en este contexto que los países americanos aprueban el Llamado a la Acción de Toronto, así como las Metas Regionales en Recursos Humanos (Organización Panamericana de la Salud, 2007), reafirmando el papel central que estos juegan en el desarrollo y desempeño de los sistemas de salud, pero a la vez constituyéndose en un llamado a la acción, con una mirada estratégica y alineada a los procesos de reforma, que cimentados en una extensión de la cobertura y la atención integral, se han venido desarrollando en varios países, y en particular en la región andina (REMSAA, 2012).

Así, la migración de profesionales de la salud continúa siendo uno de los complejos factores que inciden en la problemática de la escasez de los recursos humanos en salud de los países (MPDC Uruguay, 2013). Más aún, la migración del personal de salud es una tendencia en aumento a nivel global (Organización Panamericana de la Salud, 2009), por lo que una adecuada gestión en este tema se constituye en uno de los mayores desafíos en el esfuerzo por construir políticas nacionales de salud viables y efectivas (Organización Panamericana de la Salud, 2006; OMS, 2006). En esta línea, es que se torna necesario el que los países puedan contar con información precisa, válida y actualizada, sobre la dimensión y características de los flujos, así como los factores que determinan estos, promoviendo de esta manera (Babio Pereira, 2011):

- Creación de un espacio de intercambio de información.
- Promoción de una mejor coordinación, tanto entre los niveles en cada región como a nivel internacional.
- Revisión y evaluación de las políticas emergentes en el tema y desarrollo de nuevas políticas en relación a los resultados de las existentes.
- Beneficiarse de la experiencia adquirida en otros contextos.
- Creación de un espacio de intercambio de información.
- Promoción de una mejor coordinación, tanto entre los niveles en cada región como a nivel internacional.
- Revisión y evaluación de las políticas emergentes en el tema y desarrollo de nuevas políticas en relación a los resultados de las existentes.

Esta información está en gran medida ausente como expresión de la debilidad que existe en los sistemas de información en nuestros países, pero también por las dificultades que el dinamismo y la complejidad de este fenómeno tienen, lo que obliga por lo tanto a contar con sistemas, herramientas e indicadores que permitan monitorear cercanamente el proceso, y sustenten el desarrollo y reajuste de políticas y estrategias para una acertada gestión. Así, los sistemas de información se constituyen

en un reto para la acción, en particular ante la necesidad de integrar sistemas de información de países de origen y destino como única manera efectiva de conseguir información actualizada en tiempo real (MPDC Uruguay, 2013).

El presente estudio se inscribe en tal propósito, procurando aportar en la sistematización de los estudios realizados de migración y la elaboración de una propuesta de monitoreo de la migración a nivel andino. Este esfuerzo se desarrolla teniendo como marco el proceso de integración sudamericano y específicamente el Plan Estratégico ORAS – CONHU, así como la Política Andina de Recursos Humanos con su correspondiente Plan de Acción, aprobados por las Ministras y Ministros de Salud. Se desarrolla asimismo como parte de la implementación del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina, en lo correspondiente al Objetivo 3: Fortalecer la Gestión de Recursos Humanos en Salud, en donde se ha contemplado como una de las actividades, la sistematización de los estudios andinos de migración así como la elaboración de una metodología de monitoreo de la migración de los recursos humanos en salud (actividad 3.3.2).

## 2. CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y METODOLÓGICAS

### Definiciones iniciales

Un trabajador migrante internacional es definido por la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y de sus Familias, de 1990 como toda *“persona que vaya a realizar, realice o haya realizado una actividad remunerada en un Estado del que no sea nacional”*. Esta definición algo amplia en su alcance, sería precisada en 1997 en los siguientes términos: *“toda persona que se traslada a un país que no sea su lugar de residencia habitual por un período de al menos un año (12 meses), de forma que el país de destino se convierte en su nuevo país de residencia habitual”* (texto citado en Núñez, 2006). Sin embargo, en esta definición se requiere considerar diversas formas en que la migración puede presentarse incluyendo la migración permanente, la migración temporal (de tres meses a un año de duración) o la migración estacional (entre uno y tres meses de duración), (ILO, 2003).

Particularmente, Stilwell llama la atención sobre la falta de consistencia en la definición de la migración “temporal”, encontrando que ella que puede variar en algunos países entre 9 meses a 10 años. Esto puede ocasionar serias dificultades en la comparación de datos y en la construcción de una visión global de los flujos migratorios (Stilwell et al., 2003).

En el ámbito de la Comunidad Andina, la Decisión 545 en el año 2003, estableció la definición de trabajador migrante como *“el nacional de un País Miembro que se traslada a otro País Miembro con fines laborales bajo relación de dependencia, sea en forma temporal o permanente.”* Asimismo, el domicilio habitual como *“La permanencia legal por un período superior a 180 días, en el territorio de un País Miembro”*. En cuanto a la taxonomía empleada se definió la siguiente clasificación de trabajadores andinos: Trabajador con desplazamiento individual<sup>3</sup>, trabajador de empresa<sup>4</sup>, trabajador de temporada<sup>5</sup> y trabajador fronterizo<sup>6</sup> (Comunidad Andina, 2003).

## Recopilación y sistematización

La migración de profesionales de salud es un proceso dinámico y complejo. Dinámico porque cambia con el tiempo, se modula y moldea conforme a la intensidad de los factores atractores y expulsores que acontecen en los países proveedores y receptores. Complejo porque en él influyen factores personales, familiares, locales, institucionales, políticos, sociales y económicos.

En tal sentido, desde un punto de vista de política de salud, tan importante como evaluar la intensidad y características de los flujos migratorios es el analizar las explicaciones que están en la base de éstos. Así, la sistematización de la información disponible permite avanzar en una clara visión de los factores intervinientes, y generar condiciones para el diseño de políticas y estrategias que permitan acometer la gestión de la migración con racionalidad política, ética y técnica.

Así, en el presente informe se recopila información sobre aspectos referidos a la acreditación de instituciones formadoras, los procesos de habilitación, licencia y registro del título profesional, servicio social, certificación y recertificación profesional, revalida y reconocimiento de títulos, amparo social y laboral de migrantes, formación con los costos consiguientes en el pregrado y especialización, disponibilidad nacional e inequidad en la distribución de profesionales, así como factores atractores o expulsores, y el papel de las agencias de reclutamiento, entre otros temas.

---

<sup>3</sup>Se considera trabajador con desplazamiento individual a aquella persona nacional de un País Miembro que migra a otro País Miembro con fines laborales, por: a) Haber suscrito un contrato de trabajo bajo relación de dependencia; o, b) Tener o responder a una oferta de empleo desde el País de Inmigración, bajo relación de dependencia (Comunidad Andina, 2003).

<sup>4</sup>Se considera trabajador de empresa al nacional andino que se traslada a otro País Miembro distinto al país de su domicilio habitual por un período superior a 180 días y por disposición de la empresa para la cual labora bajo relación de dependencia, sea que la misma ya esté instalada en el otro país, tenga en curso legal un proyecto para establecerse o realice un proyecto especial allí (Comunidad Andina, 2003)

<sup>5</sup>Se considera trabajador de temporada al nacional andino que se traslada a otro País Miembro para ejecutar labores cíclicas o estacionales, por ejemplo vinculadas a actividades agrícolas, pecuarias, forestales, entre otras (Comunidad Andina, 2003).

<sup>6</sup>Se considera trabajador fronterizo al nacional andino que, manteniendo su domicilio habitual en un País Miembro, se traslada continuamente al ámbito fronterizo laboral de otro País Miembro para cumplir su actividad laboral (Comunidad Andina, 2003).

## Monitoreo

Acogemos en principio la definición de “monitoreo” de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD): *“El monitoreo es una actividad continua que usa la recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, para guiar a los directores, financiadores e implementadores de estrategias de desarrollo con información sobre las dimensiones del progreso en la consecución de objetivos...”* y la adaptamos teniendo como objeto de estudio la migración de profesionales de la salud (ver página 100).

## Fuentes de información

En principio se constituyen en fuentes de información primaria y secundaria las publicaciones realizadas por:

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS)
2. La Organización Panamericana de la Salud (OPS).
3. La Organización Internacional de Migraciones (OIM).
4. Revistas científicas indexadas y que han documentado datos sobre la migración de profesionales de la salud desde la región andina.
5. Normas legales, documentos técnicos y bibliografía gris publicada por organismos gubernamentales y no gubernamentales (Colegios Profesionales, universidades, etc.), normas legales publicadas por los gobiernos de países de destino principal de los profesionales que emigran desde la región andina, incluyendo en particular los publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
6. Los informes de primera y segunda medición de las metas regionales de recursos humanos en salud (2009 y 2013).
7. Las resoluciones, documentos de política y documentos técnicos emitidos por los organismos de integración regional y subregional, en particular la Comunidad Andina y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue.
8. El marco legal estructurado por los gobiernos de los países miembros de la comunidad andina con relación a migración, reconocimiento de títulos y movilidad de profesionales de salud.

## Proceso de construcción participativa

- Asumiendo el Consultor la responsabilidad directa sobre la elaboración de los productos el trabajo involucró al equipo del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (ORAS-CONHU y CESTAS), desarrollándose además un plan de entrevistas con expertos, empleando canales virtuales en los casos en que se precisó.
- En una segunda fase, los documentos generados (la información sistematizada y propuesta del sistema de monitoreo), ha de involucrar protagónicamente a los miembros del Grupo Técnico de Recursos Humanos del ORAS-CONHU, y a los propios directivos de las Direcciones de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud y el Organismo Andino de Salud.
- Este enfoque tiene fundamentalmente dos objetivos: uno primero, el de enriquecer colectivamente la mirada conceptual y documentariamente, pero en segundo lugar, facilitar el proceso de apropiación institucional que debe desarrollarse por parte del ORAS-CONHU y su Grupo Técnico de Recursos Humanos de los instrumentos y recursos generados con esta Consultoría.

## 3. MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE LA POBLACIÓN

La historia de la humanidad es en gran medida la historia de las migraciones, a través de la cual el hombre ha buscado mejores oportunidades y una vida mejor (OIM, 2013).

Recientemente, los movimientos migratorios hasta mediados del siglo pasado tenían como dirección más frecuente aquella de países desarrollados hacia los de menor desarrollo. Esta corriente se reconfiguraría a partir de la segunda mitad del siglo, haciéndose visible un importante flujo migratorio, en particular de profesionales y técnicos, de los países en desarrollo hacia países de mayor desarrollo, dando pie a una creciente preocupación por el potencial humano perdido (Norza, 2009) en un escenario de creciente globalización, enfatizando que la cuestión principal no está en la globalización per se, sino en "la falta de equidad en el balance general de los arreglos institucionales que da lugar a una distribución muy desigual de los beneficios de la globalización" (Sen, 2007).

Son múltiples las direcciones de esta migración; así, un estudio reciente de la Encuesta Gallup<sup>7</sup> estima que este es del orden del 22% entre países<sup>8</sup> del “norte”, un 33% entre los países del “Sur”, 40% del “Sur” al “Norte” y del 5% del “Norte” al “Sur”, destacando este último número en rápido crecimiento (OIM, 2013). Particular atención requiere también prestarse a la necesidad de diferenciar los distintos flujos, identificando las particularidades de cada proceso migratorio en las Américas en las Américas, lo cual obliga a los Estados a una atención también diferenciada en el diseño de políticas (CEPAL, 2010).

Por otro lado, ha habido dos periodos de especial atención al proceso migratorio y en particular al “brain drain”. El primero se dio en la década de los 90s, y vinculado a los masivos flujos migratorios del “Sur” hacia el “Norte” (ver pie de página para definiciones), acompañado por problemas vinculados al incremento de refugiados, tema que sería relegado ante otros temas. Un segundo momento, se da por ante una globalización creciente que demanda recursos humanos calificados en los países desarrollados, en muchos casos reclutados de los países menos desarrollados (Aráuz Torres and Wittchen, 2010).

En términos generales se considera que cuanto más difícil es el migrar de un país a otro, mayor es el porcentaje de profesionales entre los migrantes. Se estima que de manera global, un 20% de los migrantes tienen acreditaciones profesionales (Martin, 2006). La tasa de emigración de la población con educación terciaria (universitaria y no universitaria) se ha estimado conservadoramente en 41% para la región del Caribe, 27% para parte de África y 16% para Centroamérica (datos de Docquier y Marfouk, citados por (Kapur, 2005).

---

<sup>7</sup>La Encuesta Mundial Gallup se constituye en la encuesta más importante en su género, de hecho la única de alcance mundial, que se aplica anualmente con las mismas preguntas, en más de 150 países, territorios y regiones (que representan el 98% del total de la población adulta del mundo) Los datos presentados en el año 2013 recogen aquellas respuestas de 25.000 migrantes de primera generación y 441.000 residentes nacidos en el país (OIM, 2013).

<sup>8</sup>Al no existir una definición universalmente concordada de los términos “Sur” y “Norte”, el término “Norte” se aplica a las economías de ingresos altos, y por “Sur” a las economías de ingresos bajos y medianos (OIM, 2013)

Tabla 1. Población de Estados Unidos de N.A. nacida en el extranjero, según año de entrada y nivel educativo.

País de Nacimiento	Total 2000	Año de Entrada (%)		Total 25 años o mayor	Educación de población ≥ 25 años		
		1999 - 2000	Pre - 1990		Primaria	Secundaria	Terciaria
El Salvador	817,340	40	60	619,185	41	42	17
Colombia	509,875	45	55	402,935	13	41	46
Guatemala	480,665	49	51	341,590	43	37	20
Perú	278,185	47	53	220,815	8	39	53
República Dominicana	687,680	43	57	527,520	30	43	29

Fuente: datos seleccionados a partir de Kapur, 2005.

Concordante con esto, es importante considerar que en general no son los médicos o enfermeras el principal contingente reclutado, aun cuando son de importancia central para el sector salud, encontrándose generalmente otros profesionales en mayor número, como se muestra en la Tabla 2, para el caso de Perú.

Tabla 2. Migración de profesionales, según profesión y sexo. Perú 1994 - 2008.

Posición	Profesión	Hombre	Mujer	Total
1	Profesor	11,733	25,527	37,260
2	Ingeniero	19,752	4,433	24,185
3	Administración de Empresas	8,209	7,506	15,715
4	Enfermero	734	12,474	13,208
5	Contador	5,455	6,208	11,663
6	Médico	5,924	2,902	8,826
7	Resto de profesionales	32,324	31,467	63,791
	<b>Total</b>	<b>84,131</b>	<b>90,517</b>	<b>174,648</b>

Fuente: elaboración de Gamero, 2010a, a partir de datos de INEI-DIGEMIN-OIM.

La migración internacional tiene enormes implicancias económicas, sociales y culturales, tanto en los países de origen como de destino, estimándose que un 3% de la población mundial (180 millones de personas en el año 2002) viven en un país en el que no nacieron (Özden and Schiff, 2006), en muchos casos los mejores profesionales y técnicos de países en vías de desarrollo; para el año 2013 se ha estimado en 232 millones el número de migrantes (Naciones Unidas, 2013).

Por otro lado, como señala van Hear, contrariamente a lo que hubiese podido esperarse, el fin de la guerra fría ha dado pie a nuevas e importantes corrientes migratorias. El resurgimiento de conflictos étnicos, religiosos y nacionalistas se superpone a los problemas políticos, sociales y económicos. De ser un problema marginal, salvo en situaciones específicas, la migración se visibiliza como un tema de la agenda internacional de creciente preocupación, especialmente a partir de finales de los 80s (van Hear, 1998). En gran parte, el importante papel que vienen desempeñando la Organización Internacional de Migraciones (OIM) expresa la preocupación por abordar de manera global este tema<sup>9</sup>.

Se ha sostenido que las migraciones siguen los ciclos económicos y tienen dos aspectos centrales en su explicación: el primero referido a la exportación de la fuerza de trabajo a través de cadenas de subcontratación (ver en el caso de profesionales de salud lo referido a las agencias de reclutamiento) y en segundo lugar la reestructuración de los sistemas de innovación en los principales países desarrollados del norte a partir de la incorporación de científicos del sur (CEPAL, 2010). Más aún, estos ciclos de expansión o contracción pueden determinar que los países viren de ser de emigrantes a uno de inmigrantes, en pocos años, como se ve con Irlanda, España o Corea del Sur (Martin, 2006).

Son múltiples los abordajes con que se estudia y procura explicar la migración, en parte porque son múltiples los puntos de partida, desde la sociología, la demografía y la economía, por ejemplo (Stilwell et al., 2003). De la misma manera, son múltiples los factores que influyen la migración internacional actual, no siendo motivo central del presente informe el analizarlos en profundidad. Sin embargo citemos algunos que pueden tener relevancia particularmente para la migración de profesionales de la salud; por ejemplo, la revolución de las comunicaciones ha permitido que la vida de países más desarrollados (aun cuando no siempre de manera fiel a lo real) pueda estar al alcance de prácticamente todos; asimismo, las distancias y las barreras se han acortado, el acceso a la información sobre oportunidades de empleo u otras oportunidades están igualmente al alcance. A pesar de ello, y a diferencia de las políticas que regulan los flujos comerciales y de capital, las políticas de inmigración en los países de destino continúan siendo altamente proteccionistas (Özden and Schiff, 2006).

---

<sup>9</sup>La Organización Internacional de Migraciones (OIM) fue creada en 1951 siendo la principal organización intergubernamental en el ámbito de la migración. Congrega a 132 Estados Miembros, 17 Estados que gozan del estatuto de observador y oficinas en más de 100 países. Señala como misión: el estar "... consagrada al principio de que la migración en forma ordenada y en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad" (<http://www.iom.int/cms/es/sites/iom/home/about-iom-1/mission.html>).

Los canales de migración se reconfiguran en la actualidad como redes de migración. Si ayer fue la búsqueda de mejores oportunidades, hoy se agrega la unidad familiar. Familias enteras migran, personas que se conocen, que comparten identidades y problemas. Las redes comprenden a los iniciales, los actuales y los potenciales migrantes (van Hear, 1998) Surgen diversos términos como diáspora<sup>10</sup> transnacionalismo, refugiado, remesas, exiliado, trabajador temporal, co-desarrollo, migración circular, etc. (Butler, 2001; van Hear, 1998; Norza, 2009), así como diversas consideraciones en el estudio que inciden en mayor o menor medida en el proceso migratorio (van Hear, 1998). Entre estas se requiere tomar en cuenta:

- a. Motivación y decisión de carácter individual, incluyendo en particular aquellas que surgen desde una perspectiva costo – beneficio, pero también desde consideraciones culturales y sociales.
- b. Decisiones como parte de una estrategia familiar, minimizando o distribuyendo el riesgo entre quien migra y quien permanece.
- c. Disparidades entre los lugares de origen y destino, que empata con un abordaje de factores atractores y expulsos, incluyendo diferencias en las remuneraciones y las oportunidades de empleo y desarrollo personal – profesional.
- d. El desarrollo de las redes e instituciones de migrantes.
- e. El régimen migratorio<sup>11</sup>.
- f. La macro-política y la macro-economía<sup>12</sup>, que incluye la distribución global del poder y los recursos, pero también el ciclo económico en que se encuentra el país (Altamirano, 1996; Panfichi, 2007).

---

<sup>10</sup>Es interesante apreciar la discusión sobre el componente de coerción en el término “diáspora”, el cual debería extenderse en la actualidad a la coerción económica, yendo más allá del carácter étnico (Butler, 2001). En la misma línea, Cohen invoca que la diáspora tiene al menos 4 tipos: de víctimas – refugios, imperial – colonial, trabajo – servicio, comercio – negocios – profesional, y cultural – híbrida – postmoderna (Cohen, 1997).

<sup>11</sup>Término que proviene de la ciencia política y las relaciones internacionales y que comprende el cuerpo nacional e internacional de leyes, instituciones, regulaciones y políticas que abordan la migración (van Hear, 1998).

<sup>12</sup>Aun cuando en contraposición Iguiniz citado por Panfichi, señala la importancia de considerar principalmente variables micro-económicas (Panfichi, 2007), lo que podrían considerarse en los factores previos señalados.

Es desde aquí que surge la dificultad para el análisis y el desarrollo de políticas y estrategias efectivas, al abarcar desde las decisiones individuales hasta el nivel de la macro-política y la macro-economía. Pero además porque este proceso, o estos procesos, son como señaláramos antes, no solamente complejos sino también altamente dinámicos, pudiendo transitar un país de ser fundamentalmente de inmigración a uno de emigración, o viceversa (Altamirano, 1996), como señaláramos antes.

Sin embargo, y aun cuando es evidente que en la migración finalmente concurren todos estos factores, es necesario identificar las particularidades de cada proceso migratorio. Por ejemplo, de acuerdo a Özden and Schiff, la causa principal de migración sur – norte sería, en la mayoría de los casos, las diferencias en las remuneraciones esperadas ajustadas por los costos de migración. Estos costos se incrementan por las distancias y declinan por las redes sociales en el país de destino (Özden and Schiff, 2006).

En la misma línea de análisis, por ejemplo en nuestros países, los programas de ajuste neoliberal que acontecieron en la región, vinculados a la crisis económica de los 80s, se constituyeron en factores determinantes del incremento marcado en los flujos migratorios, al transformar los proceso productivos, reestructurar los mercados laborales, y colocar a amplias franjas de la población en la disyuntiva de sobrevivir en condiciones de vida sumamente precarias, o procurar esperanzas en nuevos destinos (Acosta, 2006). En este escenario, en última instancia el ideal de derecho a la salud para estas poblaciones, se vio debilitado (Medicos Mundi, 2013; Novick, 2006).

Recientemente, el Banco Británico HSBC realizó un estudio en 34 países investigando las oportunidades económicas y la calidad de vida de los migrantes extranjeros (HSBC, 2013). En este estudio, Tailandia y China fueron los países que mostraron mejores resultados, continuando con Suiza, Islas Caimán, Bahrein y Singapur. Entre los países que presentaban un menor desempeño se encontraban aquellos de Europa Occidental; así, Francia, España, Reino Unido, Italia e Irlanda estuvieron entre los últimos<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup>Para esta relación se accedió a la página Web: <http://www.expatorer.hsbc.com/#/countries>, y se empleó los criterios económico y experiencia, excluyéndose crianza de niños.

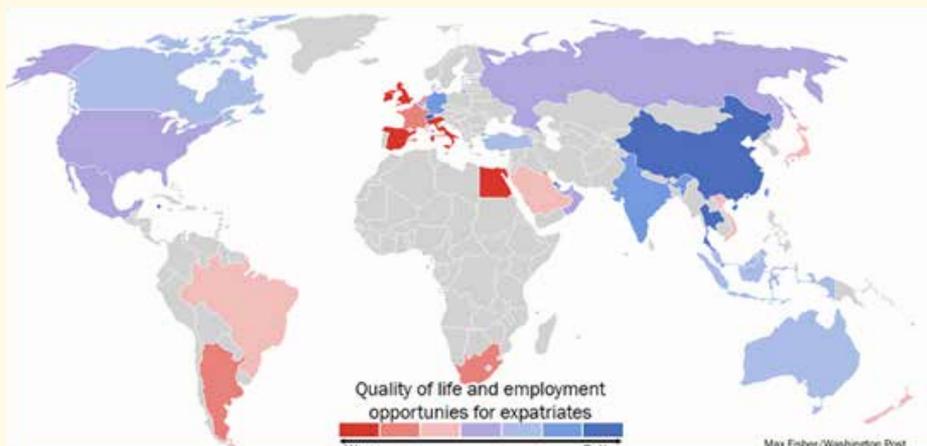


Figura 2. Mapa comparativo de 34 países, según las oportunidades de desarrollo económico y calidad de vida que brindan a migrantes extranjeros (HSBC, 2013).

Latinoamérica es una región históricamente vinculada a la migración. Inicialmente ampliamente receptora, cambiaría en la década de los 50s a ser proveedora de migrantes. Se ha estimado en 26 millones el número de migrantes latinoamericanos, representando el 13% del total global. Los principales países proveedores son México, aquellos del Caribe, Colombia, Cuba y El Salvador. El destino principal es Estados Unidos de América y, en menor grado Europa.

Otro orden de análisis es el impacto que tiene la migración en los países de origen y de destino. La migración puede producir beneficios sustanciales, pero también puede tener consecuencias negativas. Existen cada vez más pruebas de que, estimuladas por políticas correctas, las comunidades de migrantes pueden contribuir de manera significativa al desarrollo tanto en los países de origen como de destino mediante las remesas, el comercio, las inversiones, la creación de empresas y la transferencia de tecnología y de conocimientos especializados y prácticos<sup>14</sup>. Sin embargo, es motivo de preocupación la pérdida de valiosos profesionales calificados, lo que puede constituirse en una barrera importante para el desarrollo de los países de origen (Naciones Unidas, 2013).

<sup>14</sup>A propósito de la contribución de las colonias de migrantes en la fundación de importantes colegios en el Perú, Altamirano cita "Entre los colegios de habla inglesa están: el Markham, Newton, Roosevelt y el Peruano – Británico; entre los de habla francesa, el Franco – Peruano; de habla alemana, el Humboldt y el Pestalozzi; de habla italiana, el Raymondi; el habla Japonesa, La Unión; de habla china, el Peruano – Chino." (Altamirano, 1996)

Particular atención ha sido prestada a las remesas generadas por los migrantes hacia sus países de destino, las cuales generalmente apuntan a reducir el nivel, profundidad y severidad de la pobreza, especialmente aquella rural. Más aún diversos estudios muestran que las remesas incrementan la inversión en el capital humano (educación y salud), reducen el trabajo infantil e incrementan el emprendimiento (Özden and Schiff, 2006).

Vinculando este tema a los factores antes señalados y a la desigualdad, se ha observado que esta última tiende a incrementarse cuando las redes de migrantes son pequeñas y los costos de migración son altos; cuando la migración se amplía, el tamaño de las redes también, declinando los costos asociados e incorporando a los segmentos más pobres en el proceso migratorio (van Hear, 1998; Özden and Schiff, 2006).

En este orden de cosas, la fuga de cerebros o “brain drain” ha sido motivo de preocupación (Butler, 2001; Panfichi, 2007), llegando a ser considerado un importante obstáculo para el desarrollo de los países pobres (Germaná et al., 2005) y aun cuando este es un fenómeno de alcance global, muestra grandes diferencias entre las regiones. Así, se ha reconocido que especialmente países de África, el Caribe y América Central afrontan de manera más intensa este problema. En particular, en este lado del mundo, atención especial requiere el caso de algunos países de América Central y naciones insulares del Caribe en que se llega a tener más del 50% de sus graduados universitarios viviendo fuera del país (Özden and Schiff, 2006).

Desde una perspectiva histórica, han sido 3 los grandes movimientos migratorios hacia Latinoamérica, incluyendo también a los países andinos: el primero representado por el flujo colonizador de Europa; uno segundo, constituido por el tráfico de esclavos africanos a las colonias; y un tercer movimiento con la migración de mano de obra asiática, en reemplazo de la africana (Acosta, 2006), debiendo agregar en el siglo pasado aquella proveniente de Europa y ocasionada por las guerras mundiales. Superpuesta a estos movimientos se sumaron migraciones por otros motivos, incluyendo la industrialización y consecuente pobreza de poblaciones rurales producto de la tecnificación del campo.

Se ha señalado que la migración latinoamericana se caracteriza por la creciente participación de las mujeres y los individuos con alta calificación técnica y profesional; se reafirma que Estados Unidos de N.A. es el principal destino y que la comunidad latina es sumamente heterogénea y en muchos casos se encuentra en situación irregular. España es el segundo país de destino<sup>15</sup>, siguiendo Canadá y Japón, estos últimos casos con mayoritaria población migrante en situación regular (Panfichi, 2007).

En la década pasada se estimó en un 1% la cifra de inmigrantes en la región en contraposición a la de emigrantes que estaba en alrededor del 4%. Citando a Pedro Brito:

*“Desde el punto de vista de los emigrados, la mayor proporción del continente en términos absolutos la tiene México, con más de nueve millones. En un alejado segundo lugar se encuentra el conjunto de naciones de la Comunidad del Caribe, con casi dos millones de emigrados; luego Colombia, con un millón y medio; seguida por Cuba y El Salvador con aproximadamente un millón cada uno. Después encontramos el grupo de países que tienen aproximadamente medio millón de ciudadanos fuera de sus fronteras son: Argentina, Brasil, Ecuador, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana. El último grupo es el de aquellos cuyas magnitudes de emigrados oscilan entre los 100 mil y 450 mil: Bolivia, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Uruguay y Venezuela. El único país con una cifra inferior a las cien mil personas emigradas es Costa Rica. El orden de estas cifras en términos absolutos se alteran cuando son vistas en términos relativos. Los porcentajes que destacan y fluctúan entre el 8% y el 15% son los casos de Cuba, El Salvador, México, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay”*

Brito et al., 2011 citando a CEPAL, 2006.

Con relación a la circulación de personas, los instrumentos socio-laborales que han sido desarrollados en la Comunidad Andina a través de la Secretaría de la Comunidad Andina, establecen “la libre circulación actual de ciudadanos andinos al interior del espacio subregional”, destacando en particular:

La Decisión 545 que es el “Instrumento Andino de Migración Laboral”, aprobado en junio del 2003 por el Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores de la Comunidad Andina y que tiene como objetivo el establecimiento de normas que permitan de manera progresiva y gradual la libre circulación y permanencia de los nacionales andinos en la Subregión con fines laborales bajo relación de dependencia (Comunidad Andina, 2003). Este instrumento estableció además las definiciones y clasificaciones del trabajador migrante andino.

---

<sup>15</sup>La situación económica reciente en España habría alterado esta opción como destino preferente de migración.

La Decisión 583 que tiene como propósito<sup>16</sup> el garantizar a los migrantes laborales y sus beneficiarios el derecho a percibir las prestaciones de seguridad social, sanitarias y económicas durante su residencia en otro País Miembro y a conservar los derechos adquiridos en su país de origen.

Particular relevancia para efectos del presente informe tiene la Decisión 755, que crea en el año 2011 el Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina (SIEMCAM), aun no implementado, con el objetivo es proveer información estadística sobre la migración internacional, los flujos y características relevantes necesarias para la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas y estrategias en materia de migración que se desarrollen en el marco del proceso de integración. El ámbito del SIEMCAN comprende las estadísticas comunitarias sobre la Migración Internacional, como los flujos migratorios de personas en sus diferentes modalidades o movimientos internacionales de entrada y salida de pasajeros, el de los flujos de remesas en la Subregión Andina; así como, información estadística de las características sociodemográficas y económicas de las personas migrantes y de sus hogares de origen, y otro tipo de información relevante en la materia que permita analizar el impacto de la migración internacional en los diversos países (Comunidad Andina, 2011). La decisión aún no se ha implementado, pero constituye un muy buen punto de partida para el desarrollo de un sistema de información en el ámbito de la migración andina.

Los principales datos que la Decisión 755 establece se deben recoger a través del SIEMCAM son:

- a. Estadísticas generales sobre las personas migrantes internacionales, características sociales y demográficas, etc.
- b. Estadísticas del movimiento de personas de corto plazo: Número de visitantes, viajeros, etc.
- c. Estadísticas del movimiento de personas de corto/largo plazo: Migraciones laborales, número por cada una de las categorías establecidas.
- d. Estadísticas de migraciones por razones humanitarias: Asilo, refugio.

---

<sup>16</sup>Señala la Decisión 583 como objetivos: a) Garantizar a los migrantes laborales, así como a sus beneficiarios, la plena aplicación del principio de igualdad de trato o trato nacional dentro de la Subregión, y la eliminación de toda forma de discriminación; b) Garantizar el derecho de los migrantes laborales y sus beneficiarios a percibir las prestaciones de seguridad social durante su residencia en otro País Miembro; c) Garantizar a los migrantes laborales la conservación de los derechos adquiridos y la continuidad entre las afiliaciones a los sistemas de seguridad social de los Países Miembros; y d) Reconocer el derecho a percibir las prestaciones sanitarias y económicas que correspondan, durante la residencia o estada del migrante laboral y sus beneficiarios en el territorio de otro País Miembro, de conformidad con la legislación del país receptor (Comunidad Andina, 2004).

- e. Estadísticas de migraciones irregulares: Trata de personas y tráfico ilícito de migrantes.
- f. Estadísticas de remesas: Magnitud, mecanismos de transferencias, destino, mercado, participación de los bancos (bancarización), usos en el consumo e inversión local, perfil económico y demográfico de los receptores de remesas, etc.

Los países andinos, especialmente en el siglo pasado, pasaron a convertirse de países receptores a países emisores. Sin embargo, Norza llama la atención sobre la debilidad en los datos e información que oriente y sustente adecuadamente el desarrollo de políticas y estrategias en el campo de la migración de las poblaciones, basándose por el contrario en planteamientos, presunciones e hipótesis, y no necesariamente en estudios específicos de la situación real (Norza, 2009). Lo que existe en la base, es en realidad una ausencia o debilidad importante de sistemas de información que brinden información actualizada, oportuna y confiable, y que se articule con el desarrollo de investigaciones que profundicen en aspectos específicos cuantitativos y cualitativos de un proceso tan complejo como la migración.

Por ejemplo, Ecuador es un país en que el tema ha tenido importante visibilidad y atención, así como el análisis una mayor profundidad, especialmente en lo que corresponde a la emigración. Son dos etapas las descritas por Acosta; una primera antes de 1998 desde algunas zonas de la Sierra como Azuay y Cañar, proceso que toma mayor importancia a partir de la década de los 80s y estuvo orientado fundamentalmente a Estados Unidos de N.A., y una segunda etapa a partir de 1998 orientado hacia Europa, especialmente España e Italia y que llegó a alcanzar magnitudes significativas (Acosta, 2006). A esto habría que sumar lo que acontece en estos últimos años, con un importante retorno de profesionales, en gran parte promovido por políticas de Estado.

Por otra parte, existen diversos temas que requieren interés particular, como el de la vinculación entre migración interna y migración externa (Acosta, 2006); es decir, la migración interna desde áreas rurales hacia áreas urbanas, desde quintiles de mayor pobreza a menor pobreza, desde zonas periféricas hacia grandes ciudades, etc.; y la articulación de estos movimientos con la migración internacional. Lo primero explicado en gran medida por las condiciones en los lugares de origen y la creciente industrialización en las urbes, con la construcción de imaginarios colectivos sobre mejores condiciones de vida en las ciudades. Así, en muchos casos con las mismas motivaciones, encontramos en muchos casos articuladas migraciones internas y

externas, vinculadas a la incapacidad de absorber por las grandes ciudades estos crecientes contingentes, generando cinturones de pobreza, desempleo y catalizando la búsqueda de nuevas y mejores oportunidades más allá de las fronteras nacionales.

Otro aspecto que requiere ser analizado es el del envejecimiento que se ha postulado marcará el futuro de las migraciones a nivel global, ya que la población activa se convertirá en un recurso escaso y habrá una intensa competencia entre los Estados por reclutar a los más jóvenes y a los migrantes. Esto ha de incluir, como veremos más adelante, a aquellos profesionales necesarios para atender a esta población adulta mayor (CEPAL, 2010), debiendo considerarse además el papel que esta migración desempeña y ha de desempeñar en el proceso económico – productivo en los países.

## 4. MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD – PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En marzo del año 2008 se realizó el Primer Foro Global en Recursos Humanos para la Salud, en Kampala – Uganda, aprobando en su declaración final 12 llamados a la acción. En particular dos de ellos tuvieron directa relación con la migración internacional de trabajadores de la salud:

“... ”

7. *Si bien se reconoce que la migración de trabajadores de la salud es una realidad y tiene impactos tanto positivos como negativos, los países han de establecer mecanismos apropiados con la finalidad de moldear el mercado de recursos humanos de salud en favor de la retención. La Organización Mundial de la Salud acelerará las negociaciones para un código de prácticas sobre la contratación internacional de personal de salud.*
8. *Todos los países trabajarán en conjunto para hacer frente a la escasez mundial de personal sanitario actual y prevista. Los países más ricos darán alta prioridad y financiación adecuada para formar y contratar a personal de salud suficiente dentro de su propio país ...”*

Los acuerdos de esta reunión marcarían en gran medida el curso de acción de la agenda internacional en los últimos años.

La migración de profesionales ha ido cualitativamente casi siempre de la mano con la migración de las poblaciones. Lo que distingue a la situación actual es la magnitud que está va adquiriendo, diezmando en muchos casos la disponibilidad existente de profesionales en cada país<sup>17</sup>, y la consiguiente creciente preocupación por ello de los gobiernos y la comunidad internacional. Esto ha generado que el tema se venga discutiendo en estos años en los más importantes foros, llevando a adoptar, aun parcialmente, medidas para contenerla.

Un punto que tienen particular relevancia cuando se analiza la migración de profesionales de la salud, es que ella es muy fuertemente regulada por Gobiernos y Estados (Núñez, 2006). En este marco regulatorio se inscriben requisitos, condiciones y exigencias para los procesos de reconocimiento de la formación y para la autorización del ejercicio de la labor profesional.

Un segundo punto es el aquilatar que dado el alto nivel de especialización y sub-especialización en el campo de la medicina (pero también en enfermería, odontología, etc.) existe un alto nivel de fragilidad de la fuerza laboral disponible en áreas críticas. De esta manera, la migración de relativamente pocos profesionales, pero concentrados en determinadas especialidades (p.e. cirujanos pediatras, enfermeras especializadas en oncología o radiólogos intervencionistas) pueden comprometer la capacidad resolutive de unidades prestacionales críticas para el sistema de salud y que han irrogado un alto nivel de inversión al país. Esta es la experiencia que ha tenido Perú en años anteriores y aun cuando no se han reportado datos referidos específicamente a la migración internacional y su impacto en determinados servicios y especialidades, los datos presentados en la Tabla 3 muestran el proceso de migración interna que ocurrió al interior del sistema de salud de Perú en el año 2008, entre los establecimientos del Ministerio de Salud y los de la seguridad social, producto de un desbalance remunerativo en ese periodo.

---

<sup>17</sup>Situación que ha sido descrita ampliamente por ejemplo en los países africanos, ver (Jack, 2010; Lemiere, 2011) .

Tabla 3. Migración interna de profesionales de la salud provenientes de algunos establecimientos del Ministerio de Salud, fundamentalmente a establecimientos de la Seguridad social, en un periodo de 8 meses en el año 2008.

Hospitales /Institutos	Médicos	Enfermeras	Total 8 meses	Total 12 meses
INEN	14	63	77	116
Hops. Hipólito Unáne	22	40	62	93
Hops. Chancay	33	7	40	60
Hops. Huacho	27	8	35	53
Hops. San Bartolomé	13	16	29	44
Hops. Sergio Bernalés	23	6	29	44
Inst. Materno Pernatal	12	16	28	42
Hops. Apoyo Sullana	12	15	27	41
Hops. Dos de Mayo	0	24	24	36
Hops. Arzobispo Loayza	6	16	22	33
Hops. Honorlo Delgado	19	2	21	32
Hops. Daniel Alcides Carrión	5	15	20	30
Otros	200	74	274	411
<b>TOTAL</b>	<b>386</b>	<b>302</b>	<b>688</b>	<b>1.032</b>

Fuente: Ministerio de Salud de Perú, datos citados en Organización Panamericana de la Salud, 2009)

Dumont y Meyer describen en el año 2004 un circuito con múltiples flujos migratorios existentes, mostrando el carácter global de la migración de profesionales, por ejemplo con la migración de médicos hacia las áreas rurales de Sudáfrica, que se enlaza con el desplazamiento de los médicos rurales a las ciudades sudafricanas, migración interna que se articula a la migración internacional a Canadá y Reino Unido, entre otros países, lo que a su vez se enlaza con la migración desde estos países hacia Estados Unidos.

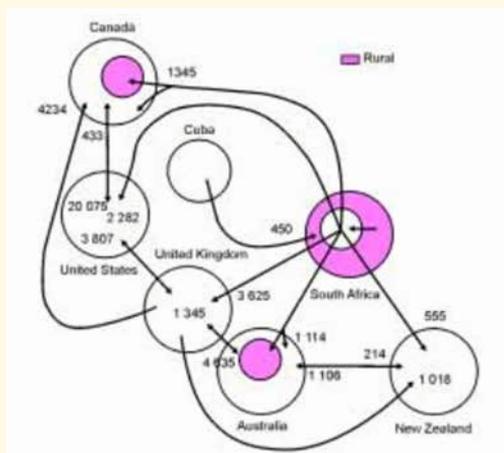


Figura 3. Principales ejes de la movilidad internacional de profesionales de la salud entre los países de la Commonwealth, los Estados Unidos y Cuba. Fuente: Dumont and Meyer, 2004.

Atendiendo la necesidad de marcar pautas, preservando por un lado la necesidad de garantizar el derecho a la salud para la población y por otro lado el derecho humano a la libre movilidad, se han desarrollado diversos esfuerzos para marcar referentes éticos en el proceso migratorio. Edge y Hoffman recopilan una serie de códigos internacionales que procuran regular este proceso (Edge and Hoffman, 2013) que preceden el Código Internacional aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud:

- A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: The Melbourne Manifesto – 2002; (WONCA, 2002).
- The Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers (2003); (Commonwealth Health Ministers, 2003).
- UK Department of Health’s Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals (2004); (UK Department of Health, 2004).
- World Federation of Public Health Associations’ Code of Ethics Pertaining to Health Worker Recruitment from Developing Countries (2005); (WFPHA, 2005).
- Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers (2007); (Ministers of Health for Pacific Island Countries, 2007).

Otras instituciones también han aportado en este esfuerzo:

- a. International recruitment of nurses and midwives, Australian Nursing Federation. Aprobado 1998, revisado y re-aprobado en 2011 (ANF, 2011).
- b. The Nursing and Midwifery Resource - Guidance for Best Practice on the Recruitment of Overseas Nurses and Midwives. Irish Minister for Health and Children, Nursing Policy Division - Department of Health and Children. (Irish Minister for Health and Children, 2001).
- c. Ethical nurse recruitment: Position Statement, International Council of Nurses. adoptado en 2001, examinado y revisado en 2007 (ICN, 2007).
- d. WMA statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians. World Medical Association (WMA, 2003).

Es en este proceso que se inscribe la aprobación del Código de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud, aprobado por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2010 con el respaldo de 193 países (OMS, 2010). Los fundamentos del código son:

1. Preservar el derecho al más alto nivel posible de salud de las personas.
2. El acceso equitativo a personal de la salud.
3. El honrar el derecho a circular libremente y dejar el país.
4. Adoptar un abordaje integral apuntando a las causas de la migración y explicando la necesidad de sistemas de salud sustentables.
5. Distinguir medidas especiales para países vulnerables y en crisis.

Sin embargo es importante anotar que han surgido preocupaciones sobre el nivel de cumplimiento de los compromisos adquiridos en este tema (Blacklock et al., 2012); así, en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en abril del 2013, se recibió el Informe sobre adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades de personal de salud. El citado Informe daba cuenta de que a setiembre del 2012, 11 países habían designado una autoridad nacional en el tema, pero solo 4 habían proporcionado el informe solicitado. Asimismo se señalaba la falencia de datos coordinados y completos, los cuales se encontraban, cuando existían, en múltiples organismos y entidades de un mismo país y de diferentes países (OMS, 2013).

Recientemente, una evaluación empírica del impacto del Código, recogiendo la opinión de informantes clave en Australia, Canadá, Estados Unidos y Reino Unido, 4 de los países con mayor reclutamiento de profesionales de la salud, reveló un muy bajo impacto: 60% de los encuestados creían que sus colegas no estaban al tanto del Código, 93% informaron que no se habían observado cambios específicos en su trabajo como consecuencia del Código. 86% informó que el Código no ha tenido ningún impacto significativo en las políticas, prácticas o normas en sus países (Edge and Hoffman, 2013). Sin embargo, aunque el Código no es jurídicamente vinculante y carece de un mecanismo de aplicación, todavía puede incidir en la toma de decisiones a través de la presión política y el establecimiento de normas que sean socialmente deseables (Edge and Hoffman, 2013).

Más recientemente, el Tercer Foro Global de Recursos Humanos (WHO - GHWA, 2013) aborda el tema de la migración internacional de trabajadores de salud, en su Declaración Final:

“... ”

8. *The HRH agenda transcends national borders: geographical misdistribution and international migration affect low-, middle- and high-income countries, in some cases hindering the provision of even essential health services and the attainment of universal health coverage. Given the central role of health services in the relationships between citizens and governments, addressing these problems effectively will reinforce the cohesion of societies and accelerate social and economic development.*
9. *In particular, international migration of health personnel has reached unprecedented levels in the past few decades. Addressing this issue in accordance with the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in an effective and ethical manner is truly a shared global priority...*

CALL TO ACTION...

*At country level*

*... (ii) Use the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel as a guide to strengthen investment in the health of our peoples through stronger health systems and human resources.” ...*

*At the international level*

*18 We commit to addressing transnational issues and work towards strengthening health systems, including global HRH governance and mechanisms, by: (i) disseminating good practices and evidence; (ii) strengthening data collection from all countries; (iii) promoting multi-disciplinary, multi-country research and knowledge exchange; (iv) providing or mobilizing technical assistance where needed; (v) strengthening accountability to identify existing gaps, such as where more public sector interventions and financing are needed; and (vi) promoting and supporting implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel as well as the commitments to HRH and universal health coverage made by countries and their partners..."*

En las Américas, la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, efectuada en Toronto – Canadá en Octubre del 2005, aprueba la iniciativa "Llamada a la Acción de Toronto: Hacia una Década de Recursos Humanos en salud para las Américas" (OPS, 2005), que en gran medida marcaría la agenda de desarrollo en el campo de los recursos humanos en la región y que se expresa en el tercer desafío, de los 5 formulados, en:

*"3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud, de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."*

Concordante con esto las Metas Regionales fueron aprobadas en octubre del 2007 por la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, estableciendo 3 metas para este Tercer Desafío:

- Meta 10: Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.
- Meta 11: Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.
- Meta 12: Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

Entre los años 2008 y 2010 se realizó la primera medición del nivel de avance en estas metas regionales, En el año 2013 se ha realizado la segunda medición intermedia. Los resultados específicos para la región andina de ambas mediciones son presentados en las páginas 46, 47 y 48.

### **Un caso relevante para la región andina: migración en España**

Los procesos migratorios que enfrenta España son especialmente relevantes por ser país de destino para gran parte de los profesionales de los países andinos que deciden emigrar. Los médicos especialistas españoles están emigrando a países vecinos, si bien la magnitud de estos flujos no se conoce con precisión, estimándose al mismo tiempo que es escasa en el caso de enfermería. En el año 2000, España y Reino Unido firmaron un convenio para facilitar la contratación de médicos españoles en instituciones británicas, pero dicho acuerdo no ha tenido continuidad (Riitta and Kolehmainen, 2010).

Un estudio algo reciente apunta a que la movilidad transfronteriza de profesionales de la salud entre España y Portugal habría disminuido en estos años. Así, se habría establecido una migración preponderante de médicos de España a Portugal (principalmente por especialización, oportunidades laborales, mejores salarios, y condiciones mejores de vida percibida) y contrariamente de enfermeras portuguesas a España, en búsqueda de trabajo. La movilidad de las enfermeras españolas se dio hasta el año 2008, cuando las reformas desarrolladas en España mejoraron las condiciones de trabajo. Desde entonces, el flujo se ha invertido y ha aumentado el número de enfermeros portugueses que van a España (Leone et al., 2013)<sup>18</sup>.

En estos países, los principales mecanismos de regulación del número de médicos en el sistema de salud han sido el *numerus clausus* y el examen para acceder a la formación médica especializada. En Portugal, el *numerus clausus* para acceder a los estudios de pregrado ha fluctuado de 805 (1979), 272 (1984), 1.400 (2007) y 1517 (2012), en gran medida como parte del evidente déficit que afronta el sistema de salud (Leone et al., 2013). En 1979 se estableció en España el *numerus clausus* en las vacantes ofertadas en medicina, número que ha recientemente sido incrementado ante la evidencia de un déficit de profesionales en el sistema de salud español.

---

<sup>18</sup>Sin embargo es importante anotar que en este estudio las entrevistas se llevaron a cabo a finales de 2010 y principios de 2011. Los acontecimientos más recientes muestran que España y Portugal han tenido que afrontar las consecuencias de la crisis económica, lo que ha llevado a la aplicación de severas medidas de austeridad que han afectado en gran medida al sector salud.

## **Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud**

De acuerdo a lo resuelto por la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud en 2006, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay conformó el “Grupo de Trabajo de Migraciones”, con el objetivo de impulsar y conducir la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud - RIMPS - junto con los demás ministerios de salud de los países Iberoamericanos.

Los días 17 y 18 de noviembre de 2011 se llevó a cabo el IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud en Montevideo – Uruguay, como parte del trabajo encomendado en el 2006 (RIMPS, 2011). Esta reunión planteó la necesidad de “promover el diálogo político y las estrategias necesarias para avanzar en la constitución de registros de profesionales que permitan hacer el seguimiento del fenómeno de las migraciones y una mejor gestión de los RRHH en salud. Para ello se debe contar con los Sistemas de Información que ya existen en los países, teniendo en cuenta las especificidades de cada uno de ellos, asumiendo que generalmente estos registros se encuentran bajo el control de sectores profesionales o de la educación y son incompletos o no son comprehensivos. Aunque algunos ya son compartidos con los poderes públicos, desde este foro se insta a los Ministerios de Salud a que se avance en la construcción de Registros Profesionales con criterios comunes estandarizados que permitan el mejor conocimiento, planificación y gestión de la fuerza de trabajo de salud así como sus movimientos internos e internacionales.”

El Encuentro aprobó la propuesta de marco general de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS) como instrumento para continuar profundizando en la caracterización del fenómeno de las migraciones de profesionales de la salud, así como en la búsqueda de soluciones viables a las problemáticas relacionadas con el mismo. Desde entonces la RIMPS ha continuado contando con el apoyo de OPS, constituyéndose en un instrumento para el desarrollo del código al crear y consolidar un espacio de diálogo político y técnico en la línea de lo planteado por el código de reforzar el diálogo internacional, en este caso en un espacio geográfico tan amplio como el Iberoamericano. Esta red es liderada por la Secretaría Técnica del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y respaldada por la Comisión Europea.

Convergente con esta iniciativa se desarrolla el Proyecto “Migraciones profesionales entre América Latina y Europa. Creación de oportunidades para el desarrollo compartido” desarrollado por el consorcio formado por la Escuela Andaluza de Salud Pública, la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (entidad responsable del Grupo de Migraciones del Espacio Iberoamericano), en el marco del programa temático de cooperación con países

terceros en los ámbitos de migración y asilo. La acción se inició el 1 de enero de 2009 y finalizó en su primera etapa el 31 de diciembre de 2011. Su objetivo general ha sido contribuir al esfuerzo de caracterizar y fomentar una gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio Iberoamericano y de la Unión Europea. Para ello, se trabajó en los siguientes aspectos (Martínez et al., 2011):

1. Caracterización de la situación (revisión de la literatura y otras fuentes de información relacionadas con el estado de la cuestión).
2. Diseño de estudios multicéntricos sobre los flujos migratorios interamericanos y hacia la UE.
3. Análisis y revisión de los sistemas de información en desarrollo que permitan el seguimiento permanente del estado de la situación.
4. Mejora de los procesos de planificación de la fuerza de trabajo en salud (elaboración de un manual de planificación de recursos humanos y diseño de un proceso de capacitación adaptado a entornos virtuales de aprendizaje).
5. Aspectos relacionados con la gestión y regulación (buenas prácticas en la gestión de flujos migratorios de profesionales de la salud).
6. Prioridades y estrategias en cooperación internacional para la gestión de la migración de manera que se produzcan impactos positivos bidireccionales.
7. Estrategia de replicación y generalización de la experiencia en base a las lecciones aprendidas.

El Proyecto auspició el 1º, 2º, 3º y 4º Encuentro Iberoamericano de Migración, este último realizado en el año 2011 (MPDC Uruguay, 2013). Los principales resultados de esta primera fase (2009 – 2011) fueron:

- Caracterización del estado de la situación en relación a los flujos migratorios de profesionales de la salud (medicina y enfermería) en Iberoamérica y la Unión Europea (informe consolidado e informes finales de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, España, Honduras, Italia, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).
- Diseño de una propuesta alternativa para la orientación del movimiento del personal de salud (buenas prácticas en la gestión de la migración de profesionales de salud; guía metodológica para la planificación de recursos humanos; actividad de formación orientada a la adecuada planificación de

RHS; documento de consenso sobre prioridades y estrategias presentado a las agencias de cooperación de los países del espacio iberoamericano más directamente relacionados con el área de estudio detectados en el análisis de situación).

- Estudios sobre análisis del discurso social sobre la migración del personal de salud; papel de las agencias de cooperación para el desarrollo ante las migraciones de profesionales de la salud (consulta Delphi); análisis de políticas europeas; análisis de opinión en medios de comunicación. España 2009-2010; revisión bibliográfica sobre el fenómeno de las migraciones de los profesionales de la salud; planificación de la fuerza laboral de médicos y enfermeras en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido.
- Elaboración de un manual de planificación de RHS.
- Propuesta de marco general de la Red Iberoamericana Ministerial de Migraciones Profesionales de Salud (RIMPS).
- Evaluación y sistematización de la experiencia (lecciones aprendidas).

Se relata en la página 95 el reciente desarrollo de la segunda fase de este proyecto.

## 5. MIGRACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD - REGIÓN ANDINA

Los procesos migratorios del personal de salud han sido estimulados por diversas causas, incluyendo aquellas de manera general derivadas de los fenómenos descritos en páginas previas vinculadas a la globalización de las economías con sus consiguientes influencias en el sector salud. En la sub-región andina se observa una tendencia al incremento de estos procesos migratorios, entre los países miembros y hacia otras latitudes, cuya magnitud e implicaciones, han venido siendo investigadas con mayor alcance y profundidad en estos últimos años (Padilla, 2009).

### 5.1. Contexto, percepción y resultados de la segunda medición

En Marzo del 2009 se realizó la Reunión Andina de Migración de Profesionales de la Salud, con la participación de representantes de Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela y las organizaciones convocantes (Organismo Andino de Salud y Organización Panamericana de la Salud). El encuentro permitió definir prioridades, ejes de acción y plan de trabajo para abordar el tema: Migración de Personal de Salud en el Área Andina, y establecer los insumos para la formulación de un Proyecto

Subregional Andino de gestión de la migración del personal de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En noviembre del 2012, las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos agrupados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, aprobaron el nuevo Plan Estratégico 2013 – 2017 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (REMSAA, 2012a). El Objetivo 4 de este Plan señala el “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud”. Asimismo, en esta misma Reunión se aprobó la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud (REMSAA, 2012b), la que en su 3ª línea estratégica apunta al “Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración” y señala como Política el:

*"c.4. Desarrollar, colaborativamente entre los países de la Subregión Andina, sistemas de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud, conformes con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud."*

El Plan de la Política Andina de Recursos Humanos señala dos actividades concretas:

*"c.4.1. Elaboración, validación e implementación de sistema de monitoreo de la migración".*

*"c.4.2. Diseño de un plan para afrontar la migración en el marco del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud".*

Así, en este escenario, el tema de la migración de profesionales de la salud se visibiliza como importante, particularmente por el impacto que este fenómeno tiene en los sistemas nacionales de salud. El tema es complejo porque por una lado requiere un abordaje nacional e internacional, interviniendo múltiples factores que requieren ser contextualizados nacionalmente; pero a la vez exige un abordaje con equilibrio ético, claridad política y objetividad técnica, que sea capaz de conjugar por un lado el legítimo derecho que tiene un profesional de procurar otros espacios de desarrollo personal y profesional y por el otro lado el deber de los Estados nacionales de garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos.

La VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de la Salud celebrada en Colonia del Sacramento (Uruguay), en octubre de 2006 (OMS/OPS, 2006), abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud. En esta importante reunión se reconoce su carácter complejo, los efectos adversos sobre la calidad de los servicios de salud en los países de origen, y se enfatiza en la necesidad de mejorar la información

sistemática sobre migración de personal de salud en Iberoamérica con el fin de permitir un análisis en profundidad y la definición de propuestas e intervenciones. Sin menoscabo de lo anterior, se reconoce que este fenómeno incide especialmente en los profesionales más jóvenes y cualificados y llama la atención a la falta de adecuación de los programas de formación de los profesionales a la problemática de salud de sus países como causa coadyuvante. Asimismo reconoce que la migración es parte del derecho al libre movimiento de las personas, a pesar de lo cual llama la atención de los problemas que esta genera.

En la Declaración que emerge de esta Conferencia se estableció el compromiso de constituir un Grupo de Trabajo para analizar el fenómeno migratorio interactuando con los agentes involucrados (gobiernos, escuelas de formación, empleadores públicos y privados y asociaciones de profesionales de la salud), considerando los aportes de la Organización Internacional de Migración (OIM), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), contando con el respaldo de la Secretaria General Iberoamericana y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través de la Red Regional de Observatorios de Recursos Humanos para la Salud. Asimismo se declara la voluntad de promover acuerdos y negociaciones y el rechazo al uso de políticas migratorias selectivas de recursos humanos que puedan causar impacto negativo sobre la salud y la vida de los ciudadanos, buscando mecanismos internacionales de diálogo y concertación entre los países para regular los flujos migratorios y mitigar el impacto negativo en los sistemas de salud (OMS/OPS, 2006).

En esta línea, la Reunión Andina de Migración de Profesionales de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2009), señaló en particular con respecto a la información, la necesidad de desarrollar mecanismos sistemáticos para acceder a información actualizada y precisa, sobre el problema de la migración, sus detonantes, su evolución e impacto, lo cual ha de incluir:

- Registros nacionales de personal profesional en salud, que den cuenta actualizada del número, ubicación geográfica, profesión, formación y habilitación entre otras variables clave para estimar la composición de la fuerza de trabajo en salud.
- Información sobre la capacidad de formación de profesionales en salud que incluya número de instituciones, número de egresados, distribución geográfica año de apertura de la institución, carácter público, privado, entre otras variables clave para estimar la potencialidad de formación de RHUS en el país.

Posteriormente las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos reunidos en Santiago de Chile, el 1º de abril del 2011, acuerdan “instruir al Grupo Técnico en

Recursos Humanos para que, con el ORAS CONHU proponga mecanismos para facilitar la implementación del Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación internacional de Personal de Salud, Resolución WHA 63.16 de la Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo (Código Mundial), en cada uno de los países de la Subregión Andina en cooperación con la OPS/OMS e instituciones que participen en el tema”.

Días después, la Dra. Caroline Chang - Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unánue, señalaría en la Ceremonia por el Día Mundial de la Salud:

*“trabajar en una política andina sobre la migración de los recursos humanos calificados en salud, basados en el conocimiento de cuánto cuesta a los Estados formar a los profesionales de salud, para de una u otra manera subsidiar los sistemas de salud de Europa o de otros países; es importante ahora que esos temas sean enfrentados con lo difícil que representan las limitaciones y debilidades de los sistemas de salud que han hecho que muchos profesionales de salud migren y que se necesita darles las condiciones necesarias para que en sus países aporten y sigan fortaleciendo los sistemas de salud.”*

(Chang, 2010).

Es en este contexto que se desarrolla en el año 2013 la segunda medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos, en un esfuerzo coordinado regionalmente por la Organización Panamericana de la Salud, y en el área andina por OPS y el Organismo Andino de Salud. El involucramiento de los países andinos fue significativo, expresando el liderazgo de los Ministerios de Salud y las Direcciones de Recursos Humanos en particular. En relación a los resultados específicos para la región andina, vinculados al Tercer Desafío<sup>19</sup>, estos son evaluados a través de 3 metas. La primera (Meta 10, Tabla 4) a través de la existencia o adhesión a un Código Internacional, lo que puede explicar el prácticamente nulo cumplimiento por parte de los países en la medición inicial, en la medida en que el Código Internacional fue aprobado en el año 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud. En el año 2013, la situación avanza en la región andina en forma moderada (de 0% a 44%, ver Tabla 4). La Meta 11 vinculada a políticas de autosuficiencia muestra también un avance moderado (de 20% a 66%, ver Tabla 5). Estos dos resultados si bien expresan, la aun baja visibilidad del tema de migración de personal de salud muestra una importancia creciente asignada al tema, lo que

---

<sup>19</sup>Enunciado del Tercer Desafío: “Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.”

puede expresar tanto el posicionamiento de la agenda de recursos humanos en un contexto de creciente preocupación por el impacto que este fenómeno puede tener en la disponibilidad de la fuerza laboral necesaria para sostener los procesos de reforma, como la visibilidad que tiene el tema a partir de los datos e investigaciones realizadas en estos años. Donde el cumplimiento es prácticamente pleno es en la meta 12, tanto en la medición basal (80%) como en la intermedia (100%), con los acuerdos subregionales existentes para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero (ver Tabla 6), punto que se discute con mayor amplitud a partir del trabajo de Jorge Castellanos (ver página 51). En conclusión, el avance es moderado, pero de acuerdo a los datos recogidos persiste en gran medida el tema de la migración como un desafío por acometer.

Tabla 4. Grado de Avance de los países andinos en Tercer Desafío<sup>20</sup> - Meta 10<sup>21</sup> para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	0,00	0,00
Chile	0,00	40,00
Colombia	0,00	25,00
Ecuador	0,00	100,00
Perú	0,00	55,00
<b>Promedio</b>	0,00	44,00

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

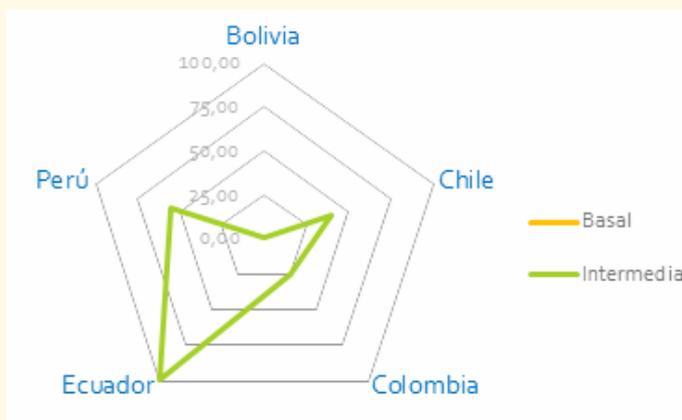


Figura 4. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 10 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013). Nota: La línea naranja no queda representada por corresponder a un valor de “0”, ver notas a pie de página.

<sup>20</sup>Enunciado del Tercer Desafío: “Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.”<sup>o</sup>

<sup>21</sup>Enunciado de la Meta 10: “Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud”.

Tabla 5. Grado de Avance de los países andinos en el Tercer Desafío<sup>22</sup> - Meta 11<sup>23</sup> para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	0,00	50,00
Chile	0,00	80,00
Colombia	100,00	33,00
Ecuador	0,00	100,00
Perú	0,00	66,00
<b>Promedio</b>	20,00	65,94

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

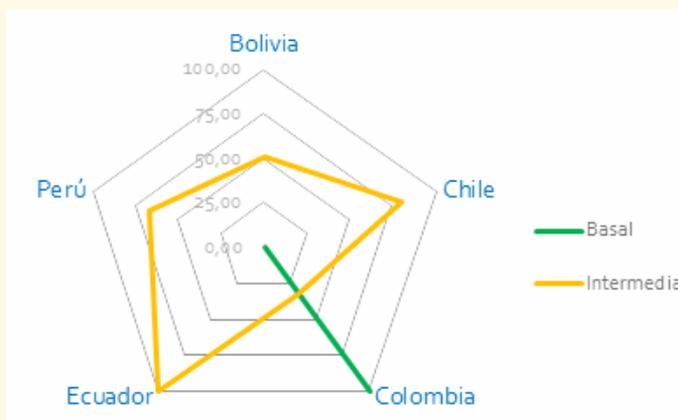


Figura 5. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 11 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013). Nota: La línea naranja en el caso de Colombia no queda representada por corresponder a un valor inferior en la segunda medición; ver notas a pie de página.

<sup>22</sup>Enunciado del Tercer Desafío: "Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."

<sup>23</sup>Enunciado de la Meta 11: "Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud."

Tabla 6. Grado de Avance de los países andinos en el Tercer Desafío<sup>24</sup> - Meta 12<sup>25</sup> para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición Basal e intermedia (2013).

	Basal(%)	Intermedia (%)
Bolivia	100,00	100,00
Chile	100,00	100,00
Colombia	100,00	100,00
Ecuador	100,00	100,00
Perú	0,00	100,00
<b>Promedio</b>	80,00	100,00

Nota: Venezuela no participó en ambas mediciones.

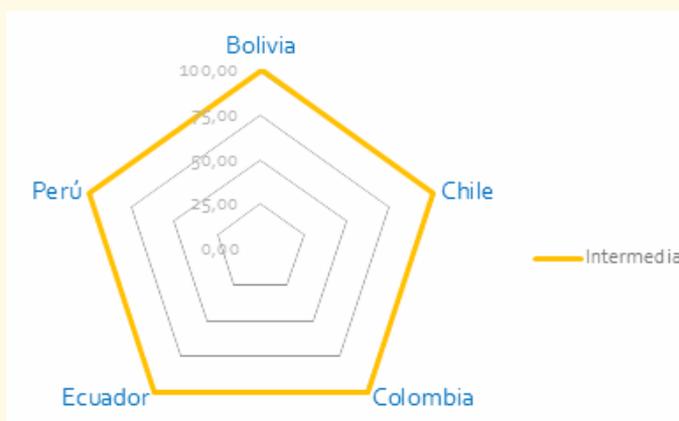


Figura 6. Representación radial del Grado de Avance reportado por los países andinos en el Tercer Desafío - Meta 12 para el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud en la región. Medición intermedia (2013). Nota: La Medición basal correspondió a 100%, con excepción de Perú: ver notas a pie de página.

<sup>24</sup>Enunciado del Tercer Desafío: "Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población."

<sup>25</sup>Enunciado de la Meta 12: "Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero."

Es importante mencionar que en esta segunda medición igualmente se mide la 5ª meta “Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.” Encontrándose un avance significativo en la segunda medición en el año 2013, mejor de lo observado en el año 2008 (Arroyo, 2008) y mostrando mejores condiciones para la formulación e implementación de políticas y estrategias que aborden la migración de profesionales de la salud.

## Percepción de actores

Un estudio desarrollado en el año 2006 mostró que el grado de visibilidad de la migración de los profesionales de la salud es menor cuando se le comparara a la migración en general específicamente, con una mayor visibilidad en Perú y Ecuador, y en menor grado en Chile, concordante con las bajas tasas de emigración reportadas en este país. Colombia, Bolivia y Venezuela ocuparon un nivel intermedio (Núñez, 2006).

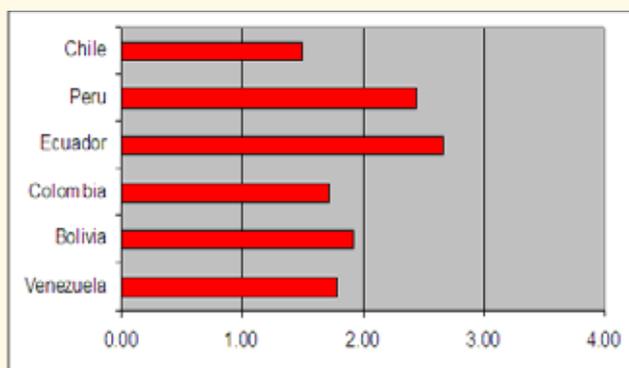


Figura 7. Percepción sobre el grado de importancia de la migración de profesionales de la salud en los países andino. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

Posteriormente, un estudio desarrollado también en la región andina mostró similar percepción de la magnitud del problema, siendo importante (aunque de signo inverso en Chile), de mayor magnitud para los médicos que para enfermeras y con tendencia a incrementarse. Los destinos migratorios mencionados con más frecuencia fueron: Estados Unidos de N.A., España y Chile, para los médicos, y EUA, España, Italia y Canadá para las enfermeras (Velazco, 2008).

Al interrogarse a los líderes de opinión sobre su apreciación sobre la migración como un derecho que no debe ser limitado, modulado o impedido, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros países, hubo una tendencia a estar en desacuerdo con esta apreciación, como se muestra en la siguiente figura:

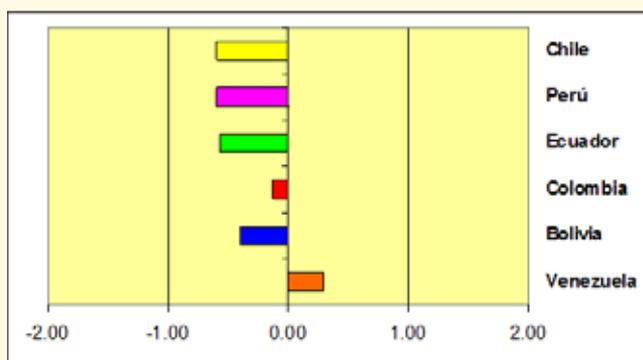


Figura 8. Apreciación sobre la pertinencia de la migración como un derecho sin limitación<sup>26</sup>. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; 2: muy de acuerdo. Fuente: (Núñez, 2006).

## 5.2. Acuerdos internacionales y marco regulatorio

### 5.2.1. Reconocimiento y revalida de títulos profesionales

Recientemente Jorge Castellanos ha aportado de manera importante en la sistematización de las etapas por las que ha transcurrido el proceso de reconocimiento de títulos de los profesionales de la salud (OPS, 2013). Él distingue 3 etapas:

- a. Una primera hasta mediados del siglo pasado, que se desarrolló con base en convenios de "buena vecindad" dando pie al reconocimiento mutuo de títulos de educación superior.

<sup>26</sup>La interrogante planteada fue: "La migración de los profesionales de la salud, en particular de los médicos, es un derecho que no debe ser limitado, modulado o impedido, independientemente de las consecuencias para los sistemas de salud en nuestros país"

- b. Posteriormente a partir de la formación de espacios de cooperación e integración se entraría en una segunda etapa, en la que se abarca de manera más amplia los ámbitos de la salud y la educación. Corresponde a esta etapa el Convenio Andrés Bello, pero también tratados que se han establecido con otras subregiones.
- c. Desde el año 2000, Castellanos describe una nueva etapa signada por la articulación de instituciones educativas de diferentes países de la subregión y fuera de ella. Esta nueva etapa abre a su vez nuevas condiciones para abordar los temas de certificación y acreditación internacional, sustento para los procesos de homologación de títulos en la subregión.

Particular relevancia tiene el Convenio Andrés Bello, nominado en extenso: Organización del Convenio Andrés Bello de integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural, creada en virtud del Tratado suscrito en Bogotá, el 31 de enero de 1970, sustituido en Madrid en 1990. En la actualidad forman parte de este Convenio los siguientes países: Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, estando Argentina en proceso de adhesión. El convenio suscrito en 1990, reemplaza al anterior (1970) y señala de manera explícita en su 5º artículo:

*“Los Estados miembros reconocerán los diplomas, grados o títulos que acrediten estudios académicos y profesionales expedidos por instituciones de educación superior de cada uno de ellos, a los solos efectos del ingreso a estudios de postgrado (especialización, magister y doctorado). Estos últimos no implican derecho al ejercicio profesional en el país donde se realicen.”*

Convenio Andrés Bello, 1990.

Castellanos analiza los convenios y tratados, bilaterales y multilaterales, con superposición de normas específicas en cada país, adicional a los acuerdos adoptados. Encuentra así que los procesos de reconocimiento de títulos entre los países andinos son fundamentalmente similares, enfatizando en la identificación con programas que se imparten en el país en que se solicita la homologación (OPS, 2013). Esta similitud en la concepción y diseño de los marcos normativos, facilitaría acuerdos de mayor alcance (Castellanos, 2010).

Un segundo elemento común es la existencia de acuerdos internacionales, a través de tratados o convenios, que puedan facilitar el trámite correspondiente, pudiendo llegar a hacerse de naturaleza básicamente administrativa. En el análisis que realiza Jorge Castellanos no encuentra evidencia de una relación entre estos acuerdos y los procesos migratorios, con excepción del tratado entre Ecuador y Chile. Sin embargo,

en el caso específico de la migración de médicos de Ecuador y España, se ha descrito como un factor que favoreció este desplazamiento la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales entre estos países. Al menos en el caso de Chile, una alta proporción de médicos ecuatorianos que viajan no retornarían a Ecuador; lo que se explica por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile (Sacoto and Ordoñez, 2007)<sup>27</sup>.

Un punto de particular relevancia es la verificación de una amplia gama de términos y acepciones en la estructura legal que subyace al reconocimiento y homologación de títulos universitarios. Así se describe los términos validación, revalidación, convalidación, homologación, reconocimiento, equivalencia de títulos, entre otros. El firme sustento legal de este abanico de denominaciones impide o dificulta en gran medida los esfuerzos encaminados a armonizar el reconocimiento de los títulos expedidos. A esto debe sumarse las diferentes denominaciones que existen en los estudios de pregrado, y sobre todo en las especialidades de posgrado o pos-título, incorporando diferentes denominaciones para una misma especialidad, lo que agrega un mayor nivel de dificultad en la construcción de una mirada armónica en este tema.

Debemos considerar adicionalmente el que las entidades involucradas pueden variar entre los países, o al menos el peso específico y funciones que cada una de ellas tienen; así se encuentra a los Ministerios de Salud y Educación, a las Cancillerías, las universidades, y a otras entidades en varios casos vinculadas a los espacios de aseguramiento de la calidad educativa. Más aún, existen diversos niveles de autonomía por parte de las entidades universitarias complicando en varios casos más aún el asunto.

A pesar de lo anterior, Castellanos encuentra un importante interés en revisar este tema, así como un alto potencial para avanzar en la convergencia de los países. Lo anterior se ve favorecido por una creciente rectoría de los Ministerios de Salud en el campo de los recursos humanos (OPS, 2013).

Así, el trabajo desarrollado sobre reconocimiento de títulos profesionales en salud en la región andina, permite establecer que existe una plataforma política sólida con la percepción de un interés individual y subregional en este tema, con responsabilidades de los Ministerios de Salud y las instituciones formadoras. En términos del investigador: "existe una infraestructura legal e institucional y una situación normativa... para

---

<sup>27</sup>Debe considerarse sin embargo, el desarrollo del Programa "Ecuador saludable vuelvo por ti" conducido por el gobierno de Ecuador, el cual se discute más adelante.

avanzar en la formulación de propuestas que puedan conducir, progresivamente, a ... una real y efectiva homologación de títulos en salud.” (Castellanos, 2010).

### 5.2.2. Acceso al mercado laboral

Como se señaló anteriormente, el Convenio Andrés Bello firmado en 1990 señala explícitamente que el reconocimiento de diplomas, grados y títulos se realiza “a los solos efectos del ingreso a estudios de postgrado” (Convenio Andrés Bello, 1990). Así en este y en otros tratados el nivel de accesibilidad al mercado laboral para los graduados o titulados en otros países ha sido mucho más restrictivo (OPS, 2013). Este acceso involucra en varios casos directamente a los Ministerios de Salud y a los colegios profesionales.

### 5.3. Dimensión y características de la migración

Mullan propuso en el año 2005 un factor de emigración para analizar el impacto y peso que este éxodo de profesionales de la salud tenía en la fuerza laboral de los países de origen. Se encontró que los niveles de migración eran importantes, en particular para países centroamericanos y del caribe, pero también de la región andina, como se muestra a continuación:

Tabla 7. Factor de Emigración de médicos de países seleccionados, 2005.

País	País Receptor	País de Origen	Factor de Emigración
Perú	1631	29799	5.2
Bolivia	305	6220	4.7
Guatemala	472	9965	4.5
Panamá	229	4942	4.4
Costa Rica	304	6788	4.3
Colombia	2464	58761	4.0
Jamaica	1589	2253	41.4
Haití	1067	1949	35.4
República Dominicana	3262	15670	17.2
Canadá	9105	68096	11.8
México	4741	172266	2.7
Estados Unidos	673	836,036	0.1

Fuente: modificado a partir de Mullan, 2005.

Por otras parte, un aporte importante es aquel dado en el estudio conducido por Margarita Velazco con 25 investigadores de OPS, la Unión Europea (UE), la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y el Observatorio Social del Ecuador, en el que se evidencia una creciente preocupación, aun cuando con baja visibilidad - mitad

de países andinos, sobre el tema migratorio (OPS, 2013). Asimismo se hace una aproximación al perfil del migrante, incluyendo las razones para la migración y se evidencian las debilidades o ausencia en la planificación y monitoreo de los recursos humanos (Velazco, 2010).

Un tema que puede estar pasando desapercibido es el de la migración de otros profesionales de la salud, además de médicos y enfermeras (ver Tabla 8). Así, la migración de psicólogos u odontólogos, aun cuando menor, podría comprometer la composición de la fuerza laboral, tema de particular relevancia si consideramos que en nuestros países una parte significativa de la carga de enfermedad es atribuible a problemas vinculados a la salud mental, o tomamos en cuenta que la apuesta de los procesos de reforma se encamina a no solamente garantizar intervenciones esenciales, sino la de brindar una amplia cobertura de salud.

Tabla 8. Migración de profesionales de la salud, desagregados por grupo profesional y sexo. Perú 1994 - 2008

Profesión	Hombre	Mujer	Total
Enfermero	734	12,474	13,208
Médico	5,924	2,902	8,826
Obstetriz	65	1,258	1,323
Odontólogo	735	785	1,520
Psicólogo	600	2,255	2,855
<b>Total</b>	<b>8,058</b>	<b>19,674</b>	<b>27,732</b>

Fuente: elaboración de Gamero, 2010a, a partir de datos de INEI-DIGEMIN-OIM.

### 5.3.1. Reclutamiento internacional

El reclutamiento, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) corresponde al "... i) hecho de contratar a una persona, en un territorio por cuenta de un empleador en otro territorio; o ii) el hecho de obligarse con una persona, en un territorio, a proporcionarle un empleo en otro territorio, así como la adopción de medidas relativas a las operaciones comprendidas en i) y en ii), e incluso la búsqueda y selección de emigrantes y los preparativos para su salida (...) así como la Introducción y Colocación de los trabajadores inmigrantes" (texto citado por (Gamero, 2010a)

En el canal de migración, dos grupos de agentes juegan papeles especialmente importantes en el caso de los profesionales de salud. El primero está representado por los agentes reclutadores, que generalmente establecen el primer contacto con el profesional que procura emigrar. Un segundo agente es el facilitador, que coadyuva o facilita los trámites correspondientes, especialmente ante la Embajada del país de destino. De hecho algunas embajadas solicitan insta a usar un agente de inmigración

registrado” (Gamero, 2010a). Los países andinos han visto crecer en estos últimos años estas agencias, con una serie de estrategias sumamente agresivas inclusive a nivel de las universidades, lo que en muchos casos ha sido asumido acríticamente por estas instituciones.

Así, existe una verdadera industria de reclutamiento activo de algunos países con déficit de recursos humanos. Para el año 2009 se estimaba que existían 281 empresas de origen estadounidense, 27% de las cuales tenían sedes o actividad intensa en países de América Latina y el Caribe; asimismo un número aún no estimado de empresas italianas reclutan personal de medicina y enfermería en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el año 2009, representantes de los países andinos analizaron la migración de profesionales de la salud, señalando la necesidad de promover una política de contención frente al reclutamiento organizado y activo de recursos humanos, por parte de algunos países de Europa, EEUU, Canadá en los países andinos, partiendo de un diagnóstico de la situación de los mecanismos de reclutamiento internacional que se encuentran en los países, incluyendo una estimación sobre el impacto financiero y en la provisión de los servicios de salud de la migración para la inversión pública de los países de la subregión. Igualmente llamaba la atención sobre el carácter de “negocio” antiético que, en algunas ocasiones, adquiere la instalación de oficinas intermediadoras de la movilización de los profesionales de la salud entre países (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

### 5.3.2. Características de los flujos migratorios

Margarita Velazco identifica el rol determinante que tienen los marcos regulatorios en medicina y enfermería (OPS, 2013), y el incremento brusco en el número de títulos homologados en España: 246 y 89 (2002) a 3534 y 538 (2009), en medicina y enfermería.; identificando como destinos principales España, Italia, Australia, Estados Unidos de N.A., México, entre otros (Velazco, 2010).

Un tema que ha sido explorado aun parcialmente es el de la articulación de la migración interna e internacional de profesionales de la salud. Rubén Colque presenta para el caso de Bolivia los resultados de un estudio (ver Figura 9) que pondera estos flujos. El investigador describe una importante migración interna concentrada en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz y una migración internacional principalmente a Argentina, Brasil, EE.UU., España e Italia. (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

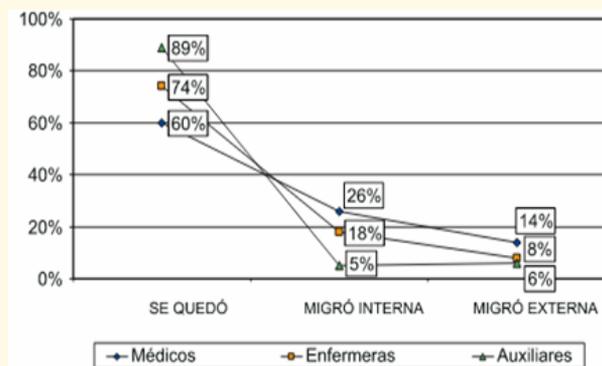


Figura 9. Flujo de migración interna y externa de profesionales de la salud. Bolivia. Fuente: Datos presentados por Rubén Colque, ver (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el caso de Chile, este se describe como un país receptor de profesionales de la salud en el contexto de los países andinos, ubicado principalmente en el primer nivel de atención. Hernán Sepúlveda señala en el año 2009 que los médicos extranjeros representan el 33% del personal ubicado en este nivel (ver Figura 10). En gran medida esta situación se explica por las condiciones favorables de trabajo que ofrece el Sistema de Salud de Chile, así como los acuerdos internacionales que favorecen el reconocimiento de títulos y la habilitación profesional (Castellanos, 2010). Sin embargo es importante anotar que la situación descrita obedece también el desfase existente entre la formación local de profesionales y la demanda del Sistema de Salud, así como las dificultades para reclutar y retener estos profesionales en la atención primaria (Núñez, 2006).

Nacionalidad	Nº de Médicos	%
CHILENA	2.482	66.58%
ECUATORIANA	953	25.56%
COLOMBIANA	135	3.62%
CUBANA	60	1.61%
URUGUAYA	28	0.75%
Peruana	26	0.70%
BOLIVIANA	22	0.59%
OTRAS NACIONALIDADES	22	0.59%
TOTAL	3.728	100%

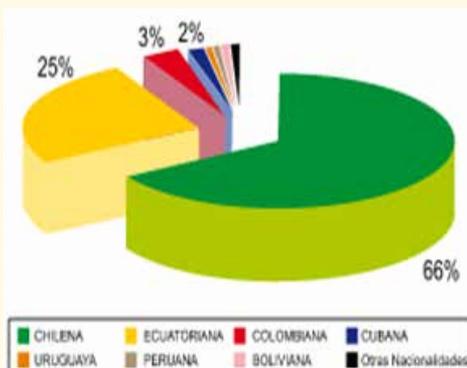


Figura 10. Proporción de médicos chilenos y extranjeros en Atención Primaria, Chile 2009. Fuente: (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

### 5.3.3. Canales de migración

Recogiendo el enfoque propuesto por Dumont (ver página 34), Manuel Núñez grafica los principales canales de lo que constituiría un circuito Iberoamericano de migración de profesionales de la salud, el cual se articula al circuito global en Estados Unidos de N.A., España, Italia y Cuba.

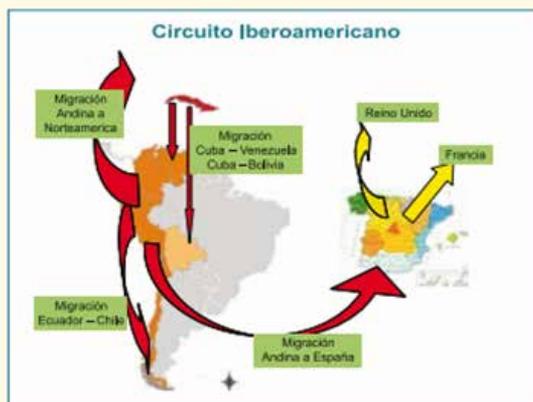


Figura 11. Circuito Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud. Fuente: (Núñez, 2006).

## Canal Ecuador - Chile

De esta manera, un canal que tiene particular relevancia en lo que corresponde a la región andina es aquella migración entre Ecuador y Chile<sup>28</sup>.

Sacoto y cols., encuentran en el año 2007, que esta migración se había intensificado a lo largo de los años previos; la procedencia de profesionales incluía Manabí, así como de la Universidad de Guayaquil, y de la provincia de Azuay en períodos más recientes. Señalan los autores que el fenómeno parecería no ser significativo para la provincia de Pichincha. Como señalamos anteriormente, los autores identificaron como un factor que favoreció este desplazamiento la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales expedido en Ecuador, encontrándose en aquel entonces (2007) que una alta proporción de médicos que viajaban no retornaban al país; lo que se explicaba por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile. En línea con lo anotado, se documentó serios problemas en la especialización y subespecialización médica – con costos e incertidumbres asociadas (Sacoto and Ordoñez, 2007). Es importante el poder analizar el impacto que tendrá en esta situación las recientes medidas vinculadas a la planificación, empleo y formación especializada que viene desarrollando el gobierno de Ecuador.

Paralelamente para datos del año 2007 se reporta la presencia de médicos (ver Figura 12) y enfermeras (ver Figura 13) en la atención primaria de salud municipal de Chile, encontrándose que aun cuando la presencia de médicos y enfermeras ecuatorianas es preponderante, en el resto de profesionales este no sigue un patrón similar. Así se encuentra en el reporte una mayor presencia decreciente de cubanos, colombianos, uruguayos y bolivianos en el caso de los médicos, mientras que en el caso de enfermeras el orden decreciente es profesionales provenientes de Perú, Cuba y Argentina. En este último caso fue particularmente relevante la presencia de enfermeras peruanas (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

---

<sup>28</sup>En Chile para ejercer la Medicina la Ley determina tres posibilidades: estar en posesión del título de médico cirujano emitido por una universidad chilena; estar en posesión de un título revalidado o reconocido a través de un proceso en la Universidad de Chile o poseer un título otorgado en un país con el cual exista un convenio internacional de reconocimiento automático vigente. Los médicos con títulos obtenidos en Ecuador, Uruguay, Brasil y Colombia tienen acceso a dicho reconocimiento automático mediante un trámite que se realiza en el Ministerio de Relaciones Exteriores, en virtud de tratados internacionales suscritos entre los respectivos gobiernos. En el caso específico de Ecuador y Chile está vigente un Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales entre Chile y Ecuador firmado en Quito en 1917. Sin embargo un factor importante es el hecho de que no existiría un número suficiente de médicos chilenos dispuestos a trabajar en el sector público, especialmente en el primer nivel de atención (Núñez, 2006)

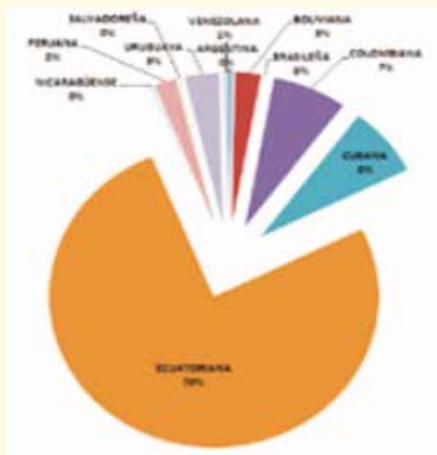
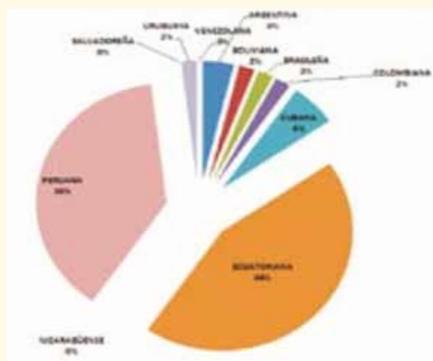


Figura 12. Médicos extranjeros trabajando en atención primaria de Salud Municipal, Chile 2007. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

Figura 13. Profesionales de enfermería extranjeros trabajando en atención primaria de Salud Municipal, Chile 2007. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2009.



Un estudio más reciente con profesionales de la salud residentes en Chile, mostró que el 90% de los médicos ecuatorianos que han migrado a ese país cumplen funciones en el sistema primario y sólo el 10% ha logrado realizar una especialización o sub especialización. Alrededor de 15.000 médicos extranjeros ejercen en Chile, de los cuáles 3.500 son ecuatorianos (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013).

Carrasco aborda la tarea de identificar las bases científicas a fin de realizar un programa de retorno de personal de salud residente en Chile (Carrasco Dájer, 2010). En este Informe se da cuenta que la mayor parte de aquellos profesionales extranjeros (es decir incluyendo a todas las nacionalidades) que trabajan en la administración pública chilena son ecuatorianos (55,95%). Más aún la mayoría de éstos son médicos (n=948), seguidos por los odontólogos (n=92) y finalmente las enfermeras (n=56).

El trabajo de Carrasco describe que las enfermeras, se encuentran insertas en su mayoría en los establecimientos dependientes de los servicios de salud (es decir II y III nivel, en cambio, los odontólogos y los médicos tienen una mayor inserción en los establecimientos de la APS (primer nivel). La mayoría de aquellos que laboran en los Servicios de Salud<sup>29</sup> tienen una remuneración que fluctúa entre 50.000 y 59.999 pesos chilenos por hora contratada. En la misma línea, la mayoría (68,2%) no tiene especialización o se encuentran sin el registro del dato, y del resto, medicina interna es la más frecuente (Carrasco Dájer 2010).

Entre los que laboran en APS, los médicos ecuatorianos están presentes principalmente en la zona central y en 28 de los 29 Servicios de Salud existentes en Chile.

Tabla 9. Profesionales extranjeros que se encuentran contratados para trabajar en la APS y en los SS en Chile, diciembre de 2010.

Nacionalidad	Enfermera/o			Médico/a			Odontólogo/a			Total	%
	APS	SS	Total	APS	SS	Total	APS	SS	Total		
Ecuatoriana	16	40	56	691	257	948	83	9	92	1096	55,95%
Otras	36	72	108	325	312	637	85	33	118	863	44,05%
<b>Total General</b>	52	112	164	1016	569	1585	168	42	210	1959	100%

Fuente: elaborado por Carrasco Dájer, 2010, a partir de datos del Ministerio de Salud de Chile, 2010.

Señala Carrasco que entre las condiciones que pueden favorecer un retorno de estos profesionales está la estabilidad económica, social, laboral y política, así como un trabajo y un sueldo estimulante para el retorno. Esto se ve propiciado por la motivación por estar cerca de su familia extendida e hijos que están estudiando en Ecuador y el extrañar la forma de vida en Ecuador. Entre las sugerencias que recoge el Estudio para este retorno se encuentra, entre otras, la generación de oferta académica de pre y post grado, la posibilidad de trabajar en más de un lugar, facilidades para acceso a créditos, mejorar la seguridad ciudadana y disminuir la delincuencia (Carrasco Dájer, 2010).

<sup>29</sup>El Sistema de Salud Pública de Chile está estructurado en dos redes: la Red de Servicios de Salud (hospitales e Institutos) y la Red Pública de Atención Primaria en Salud, dependiente de los municipios.

## Canal Subregión Andina - España

Una opción que crecientemente se fue acentuando en los últimos 10 – 15 años fue aquella de migrar a España, a través del Examen MIR (Médico Interno – Residente). Lo siguientes son los datos presentados para el periodo 2002 a 2009 en el caso de las solicitudes de homologación y homologaciones realizadas en España.

Tabla 10. Solicitudes de homologación del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
<b>Bolivia</b>	37	43	61	84	107	204	248	285	<b>1.069</b>
<b>Chile</b>	33	28	32	50	68	78	95	110	<b>449</b>
<b>Colombia</b>	335	246	331	417	594	1.211	1.808	1.592	<b>6.534</b>
<b>Ecuador</b>	63	48	55	88	120	136	199	272	<b>981</b>
<b>Perú</b>	128	185	298	471	607	858	794	898	<b>4.239</b>
<b>Venezuela</b>	145	297	300	335	395	750	679	683	<b>3.584</b>

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Tabla 11. Homologaciones del título de medicina en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
<b>Bolivia</b>	7	24	33	34	128	176	268	237	<b>907</b>
<b>Chile</b>	11	49	32	36	58	80	93	90	<b>449</b>
<b>Colombia</b>	100	467	223	236	577	998	1.856	1.460	<b>5.917</b>
<b>Ecuador</b>	35	75	55	84	75	137	190	258	<b>909</b>
<b>Perú</b>	35	133	275	313	637	654	1.069	859	<b>3.975</b>
<b>Venezuela</b>	58	157	305	345	324	578	754	630	<b>3.151</b>

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

El análisis de acuerdo a género entre quienes solicitaron la homologación mostró un ligero predominio de los varones, representando entre el 52% a 56% del total de las solicitudes, en los casos de Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Estas cifras se elevan a 66% en el caso de Chile. Venezuela es el único país en que predominó el sexo femenino con un 56% (Velazco, 2008).

En cuanto a enfermería, el número de solicitudes y homologaciones de títulos de enfermería de profesionales provenientes de los países andinos es mucho menor de los países andinos es mucho menor y provino principalmente de Colombia y Perú.

Tabla 12. Solicitudes de homologación del título de enfermería en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
<b>Bolivia</b>	3	2	5	13	23	28	26	18	<b>118</b>
<b>Chile</b>	10	13	22	20	18	29	32	21	<b>165</b>
<b>Colombia</b>	52	36	43	66	159	605	617	296	<b>1.874</b>
<b>Ecuador</b>	38	37	25	59	62	58	43	24	<b>346</b>
<b>Perú</b>	69	79	169	180	248	342	488	410	<b>1.985</b>
<b>Venezuela</b>	11	16	16	26	21	42	43	45	<b>220</b>

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Tabla 13. Homologaciones del título de enfermería en España, de nacionales de los 6 países andinos 2002 – 2009.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
<b>Bolivia</b>	1	2	0	8	14	22	18	7	<b>72</b>
<b>Chile</b>	3	8	15	17	13	13	20	11	<b>100</b>
<b>Colombia</b>	24	66	42	47	86	435	549	187	<b>1.436</b>
<b>Ecuador</b>	20	34	42	34	48	40	38	33	<b>289</b>
<b>Perú</b>	40	60	116	136	178	215	223	309	<b>1.277</b>
<b>Venezuela</b>	1	9	25	19	13	28	23	21	<b>139</b>

Fuente: Subdirección General de Títulos y Reconocimiento de Cualificaciones, Ministerio de Educación de España, citada por Velazco, 2008.

Estos datos permiten construir una serie temporal de homologaciones, mostrándose el crecimiento significativo que tuvo en el caso de medicina, entre el año 2002 (246 homologaciones), y los años 2008 (4230 homologaciones), y 2009 (3534 homologaciones).

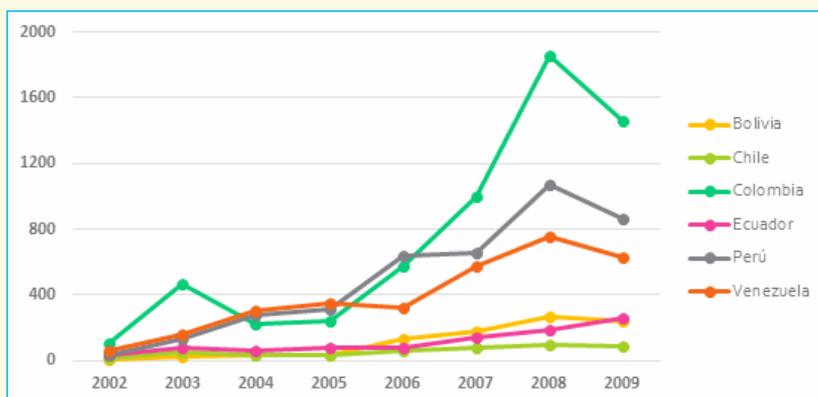


Figura 14. Homologaciones de título de medicina en España de profesionales provenientes de los 6 países andinos, 2002 - 2009. Fuente: Velazco, 2008.

La Tabla 14 presenta los datos de los postulantes admitidos a la Proceso MIR en España, en las convocatorias 2010 y 2011. Es importante señalar que esta tabla considera admitidos, no necesariamente adjudicados, aun cuando se estima que esta cifra fluctuaba alrededor del 50%, la incorporación de un cupo para extranjeros extracomunitarios modificaría la cifra de adjudicados con una vacante.

Los médicos españoles admitidos supusieron el 54,85% habiendo pasado de 7.164 a 7.451. Los médicos extranjeros admitidos representaron el 45,15% del total habiendo pasado de 6.039 a 6.133. De estos, los médicos extranjeros extra-comunitarios admitidos pasaron de 5.488 a 5.550. Finalmente de estos, los extracomunitarios provenientes de los 6 países andinos pasaron de 3583 a 3611.

Los extranjeros extracomunitarios eran asignados en 2 grupos (ver Tabla 14): a) Aquellos no afectados por el cupo de extranjeros (SIT 1-SIT 2-SIT 3); y b) Aquellos que están afectados por el cupo (SIT 4-SIT 5)

El cupo de extranjeros extracomunitarios se concretaba en dos límites en el conjunto de las plazas y no por cada especialidad. El primero se hacía efectivo en la convocatoria general y supone la adjudicación como máximo de un número de plazas (el 10% de las convocadas) a extranjeros extracomunitarios. Eligiéndose siguiendo el orden de mérito de manera estricta, junto con el resto de postulantes. Habiendo 6707 plazas,

el límite es de 671 plazas (10% del total). Adjudicadas estas 671 plazas, ningún otro extranjero extracomunitario puede acceder a una plaza en esta convocatoria general. En la segunda convocatoria, el límite máximo para este grupo queda determinado por la mitad del límite máximo de la convocatoria general.

Tabla 14. Médicos Admitidos en las Convocatorias MIR 2010 y MIR 2011.

	SIT	Colombia	Perú	Ecuador	Venezuela	Bolivia	Chile
2010	SIT 1	46	29	7	31	15	5
	SIT 2	425	203	30	35	81	2
	SIT 3	54	33	8	7	20	2
	Subtotal	525	265	45	73	116	9
	SIT 4	457	204	24	159	137	33
	SIT 5	574	503	225	102	101	31
	Subtotal	1031	707	249	261	238	64
	<b>TOTAL</b>	<b>1556</b>	<b>972</b>	<b>294</b>	<b>334</b>	<b>354</b>	<b>73</b>
2011	SIT 1	88	49	15	68	26	7
	SIT 2	6	9	2	2	7	
	SIT 3	401	239	30	37	94	5
	Subtotal	495	297	47	107	127	12
	SIT 4	409	204	49	197	167	21
	SIT 5	506	492	310	70	53	48
	Subtotal	915	696	359	267	220	69
	<b>TOTAL</b>	<b>2820</b>	<b>1986</b>	<b>812</b>	<b>748</b>	<b>694</b>	<b>162</b>

Leyenda:

- SIT : Situación Administrativa en España en las Pruebas.
- SIT 1 : Asimilados a la Unión Europea SIT 1 (cónyuges o hijos dependientes de comunitarios).
- SIT 2 : Residentes Permanentes
- SIT 3 : Residentes Temporales
- SIT 4 : Estancia con permiso por estudio
- SIT 5 : Otras situaciones, extranjeros que acuden para la Prueba

## 5.4. Análisis causal

La migración de profesionales de la salud, y en realidad la migración de las poblaciones en general puede ser analizada desde diversos niveles y perspectivas. Así, la antropología, el derecho, la sociología, etc. enriquecen y complementan el entendimiento sobre el tema. La Tabla 15 muestra algunos de los diferentes abordajes que se puede tener con respecto a la migración.

Tabla 15. Abordaje de la Migración desde diversas disciplinas.

Disciplina	Algunas de las preguntas centrales	Niveles y unidades de análisis
Antropología	¿Cuáles son las implicancias de la cultura como causa y efecto de la migración?	Micro / individuos, familias, grupos
Demografía	¿Cómo la migración afecta el perfil demográfico?	Macro / poblaciones
Economía	¿Cuáles son los factores que explican la decisión de migrar?	Micro y Macro / individuos
Historia	¿Cómo y porque se ha desarrollado el proceso migratorio?	Micro / individuos, grupos
Derecho	¿Cómo la ley influencia el proceso migratorio?	Macro / sistema legal
Ciencia Política	¿Cómo los Estados regulan y puede regular la migración?	Macro / Sistema político
Sociología	¿Cuál es el rol de las redes sociales en la migración?	Macro / Sistema social
Salud Pública	¿Cuáles son las implicancias de la migración en el derecho a la salud de la población?	Macro / Sistema de Salud

Fuente: Tabla elaborada, parcialmente modificada, a partir de Brettell and Hollifield, 2000.

Algunos perciben el problema de la migración como un problema de desarrollo, otros como un asunto de derechos humanos, y otros como un problema de relaciones internacionales. Finalmente esta forma de explicar el problema es determinante y se traduce en el enfoque dominante desde el cual se aborda el tema migratorio (CEPAL, 2010). Aun cuando existen diversas políticas y estrategias que pueden ser empleadas para aumentar la dotación de recursos humanos, en los países desarrollados existen características estructurales tales como el perfil epidemiológico con una creciente necesidad de fuerza laboral, los tiempos e inversiones necesarias para la reposición, el perfil del contingente de profesionales que en términos de edad, preferencias y

exigencias, que hacen que el reclutamiento externo sea una opción considerada (Babio Pereira, 2011). En cualquier caso, la contratación internacional de trabajadores de la salud es un abordaje para el corto plazo; pero más importante aún, al llenarse las vacantes en los países receptores puede distraer la atención sobre las causas subyacentes de la escasez de esta fuerza laboral, disminuyendo el ímpetu por acometer los problemas de fondo (Humphries et al., 2013).

Una forma de enfocar el proceso migratorio ha sido a partir de la presencia de factores atractores y expulsores que inciden en las condiciones y la propia decisión de migrar. Entre los factores expulsores se han señalado las condiciones de vida, los problemas políticos-sociales incluyendo aquellos vinculados a la seguridad, y la situación económica<sup>30</sup>. Entre los factores atractores se ha de considerar la demanda no atendida, las oportunidades económicas y laborales, así como las de desarrollo profesional, y la estabilidad y libertad política.

---

<sup>30</sup>El caso del Perú puede ser muy aleccionador y dar muestra de la importancia y la magnitud decisiva que el tema económico puede tener: entre 1965 y 1980 la tasa de crecimiento del Perú estuvo entre 0,5 y 0,9%, por debajo de la de Latinoamérica. En los 80s la caída del PBI sería muy significativa, y aun cuando el PBI regional cayo, en el caso del Perú la caída fue 3 veces superior a la del promedio de la región. En 1992 el PBI per cápita había retrocedido a los niveles de 1960, y el salario equivalente a 100 soles de 1980 se había reducido a 42 soles en 1992 (Germaná et al., 2005)

Son diversas las aproximaciones explicativas que se han empleado para analizar las consideraciones causales del proceso migratorio de los profesionales de la salud Edge & Hoffman realizan una síntesis de la perspectiva de factores expulsores y atractores, como se observa en la Tabla 16:

Tabla 16. Factores expulsores y atractores en la migración de trabajadores de salud.

<b>Factores expulsores que inciden en la emigración desde el país de origen</b>	Bajas remuneraciones
	Preocupación ante las condiciones de seguridad personal
	Perspectivas limitadas de carrera y oportunidades de promoción
	Condiciones de vida pobres
<b>Factores atractores que inciden en la inmigración en el país de destino</b>	Mejores remuneraciones
	Ambientes más seguros
	Oportunidades de desarrollo profesional y en la carrera laboral
	Mejores condiciones de trabajo
	Altos estándares de vida

Fuente: Edge and Hoffman, 2013.

Sin embargo, lejos de ser un proceso pasivo, este se viene tornando fuertemente activo, merced al reclutamiento activo que realizan agencias privadas y en algunos casos países desarrollan (Edge and Hoffman, 2013; OMS, 2006)

Un problema central es el no alineamiento entre las expectativas de los profesionales de la salud con las características y posibilidades del sistema de salud dando curso a un ciclo de frustración y búsqueda de otros escenarios (Humphries et al., 2013). En este ámbito se encuentra las diferencias remunerativas entre países latinoamericanos y los países desarrollados; se muestra en la siguiente Tabla las remuneraciones en algunos de estos últimos países:

Tabla 17. Remuneraciones de profesionales de medicina y enfermería en países seleccionados.

País	Enfermería (USD)	Medicina (USD)
Estados Unidos de N.A.	3,056	10,554
Reino Unido	2,576	7,676
Francia	2,133	5,120
Canadá	2,812	8,472
Australia	2,832	5,438

Fuente: datos de WHO, citados por Vujicic et al., 2004.

Un estudio reciente encontró que una disminución de un punto porcentual en el PIB per cápita aumentaba la migración médica en el siguiente período en 3 a 3,6%, mostrando un impacto significativo de las condiciones económicas de los países en la migración de los profesionales médicos (Okeke, 2013)

En los estudios realizados anteriormente en la región andina se ha mostrado un viraje en el flujo migratorio de profesionales de la salud, especialmente en el caso de los médicos hacia España, a diferencia del flujo que anteriormente se orientaba hacia los Estados Unidos. Como hemos señalado anteriormente (ver página 51), un factor que catalizó este flujo fue el Convenio Andrés Bello, que permite una homologación de títulos casi de manera automática. Adicionalmente, el gobierno de España eliminó en 1999 la cuota del 10% que anteriormente existía para aquellos postulantes extracomunitarios al MIR (residentado médico) desde 1999 (Núñez, 2006), cuota que sería restaurada recientemente.

Entre otros factores que contribuyeron a este flujo migratorio debemos señalar también la fuerte expansión en la oferta educativa que ha sucedido en todos los países andinos, así como a las mejores condiciones remunerativas que hubo en España y las oportunidades de especialización existentes<sup>31</sup>. Sin embargo, se ha mostrado que este flujo es más acentuado en algunos países (p.e. Perú) que en otros (Chile). Este flujo presenta una aceleración, llegando a transformarse de un canal en una red de migración lo que se vio a su vez catalizado por la presencia y acción de agencias y

<sup>31</sup>En Perú, por ejemplo, hasta uno de cada 6 médicos sin vínculo laboral con el Estado logran acceder a programas de especialización, mientras que en España teóricamente todos podían lograr este acceso (Núñez, 2006).

academias de España en diversos países latinoamericanos, incluyendo los andinos, como se ha descrito anteriormente (ver página 58).

En el estudio sobre percepción en los directivos del campo de los recursos humanos en la región andina sobre la migración de profesionales de la salud (Núñez, 2006), se abordó los factores atractores y expulsores que inciden en la decisión de migrar de los médicos. Los resultados son presentados en las siguientes figuras y muestran que las remuneraciones, el desarrollo profesional, la estabilidad económica, el idioma y la cultura están entre los factores más importantes. De esta manera se perciben que son múltiples los factores intervinientes, constatación fundamental en el momento de diseñar estrategias de retorno y retención de los profesionales de la salud.

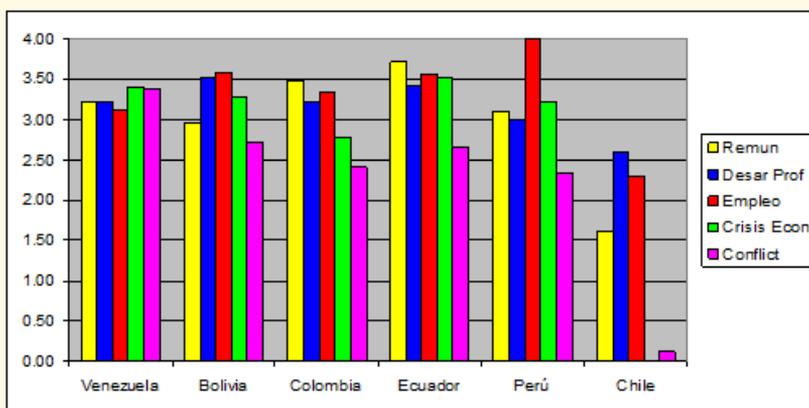


Figura 15. Factores en el país de origen que determinan la decisión de migrar de los médicos<sup>32</sup>.  
 Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

<sup>32</sup>El enunciado de la pregunta fue: "¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en su país en la decisión de emigrar que adopta un médico?".

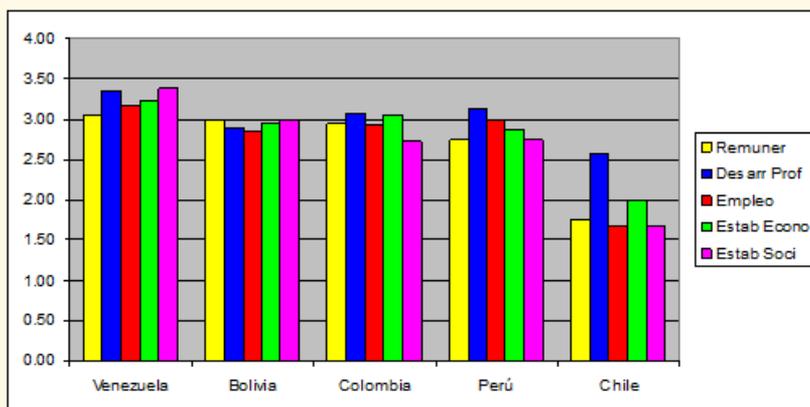


Figura 16. Factores atractores (primer grupo) en España que determinan la decisión de migrar de los médicos<sup>33</sup>. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006

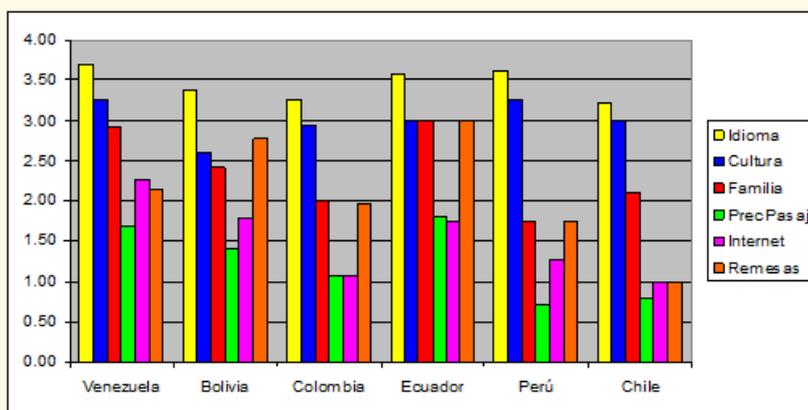


Figura 17. Factores que determinan la decisión de migrar de los médicos. Leyenda: 0: nada importante; 1: poco importante; 2: algo importante; 3: importante; y 4: muy importante. Fuente: Núñez, 2006.

<sup>33</sup>El enunciado de la pregunta fue: "¿Cómo caracterizaría el peso de cada uno de los siguientes factores que existen en España en la decisión de emigrar que adopta un médico de su país?".

## 5.5. Impacto

En el año 2010, en el marco de la acción “Migración de Profesionales de la salud entre América Latina y Europa: Análisis y oportunidades para el desarrollo compartido” , se desarrolló una consulta internacional con el propósito de analizar el papel que las agencias de cooperación al desarrollo pueden jugar en la ejecución de las políticas sectoriales de salud vinculadas al proceso migratorio (Sánchez Hernández, 2011). Entre las principales conclusiones de este estudio se identificaron los siguientes aspectos positivos de la migración en el país de origen:

- Introducir mejoras en todos los niveles de formación (pregrado, especialización, y continuada), potenciadas a través de la promoción del retorno de migrantes y derivadas de la mínima homogeneización de competencias necesaria para la libre circulación.
- Adaptar y redefinir los perfiles necesarios para reforzar el sistema de salud en base al modelo de atención primaria, dando respuesta a las necesidades locales.
- Introducir mejoras en los sistemas de información y de planificación de recursos humanos, teniendo en cuenta las causas de la emigración y las respuestas a las mismas con estrategias de retención y/o fidelización.
- Revalorizar socialmente las carreras sanitarias mostrándolas como fuentes de mayores oportunidades.
- Reforzar la capacidad de negociación del sector Salud con los actores de la cooperación internacional para la gestión de compensaciones.
- Resituar las profesiones sanitarias en el ámbito de los valores vinculados al servicio público.
- Crear redes de conocimiento entre profesionales permanentes y migrados.
- Aumentar los ingresos económicos a través de las remesas.

Entre los aspectos negativos de la migración en el país de origen se identificaron:

- Dificulta el acceso equitativo de la población a recursos profesionales de calidad y el desarrollo de las políticas de salud, generando con ello un aumento de las desigualdades entre zonas rurales y urbanas o entre zonas y poblaciones ricas y pobres.
- Debilita específicamente el sistema público de salud.

- Contribuye a la pérdida de la capacidad de formación en los propios países por la reducción de sus recursos especializados.
- Intensifica la dependencia de los gobiernos de los países de origen en las normas establecidas desde los países desarrollados. En consecuencia, los países de origen pagan royalties por bienes producidos en el primer mundo, mientras que los países de destino se llevan los recursos formados sin coste alguno.
- Potencia mercados paralelos relacionados con la movilización de personas y remesas.
- Contribuye a la mercantilización de la atención sanitaria, quedando a merced del mercado y haciendo inviable la intervención de la cooperación internacional.
- Mina las condiciones básicas para el desarrollo, contribuyendo a la perpetuación de la desigualdad y dificultando el desarrollo de las capacidades sociales e individuales.

Se identificaron los siguientes aspectos positivos de la migración en el país de destino:

Obtener fuerza de trabajo de salud sin costes previos en formación ni pagos de compensaciones.

- Enriquecer el sistema de salud al incorporar nuevas miradas, enfoques y experiencias.
- Destacar la diversidad cultural y aumentar la capacidad para la atención multicultural en las actuales sociedades.
- Mejorar los sistemas de información y de planificación de recursos humanos en salud.
- Potenciar el desarrollo de políticas laborales no discriminatorias.
- Contribuir a la homogeneización de perfiles y competencias profesionales para la práctica.
- Promocionar valores solidarios.
- Potenciar la viabilidad de la firma de acuerdos multilaterales y bilaterales que contemplen la necesidad de gestionar reciprocidad en los beneficios.

Se identificaron los siguientes aspectos negativos de la migración en el país de destino:

- Desincentiva la planificación eficaz de los recursos humanos, al tener la posibilidad de solucionar el déficit obteniendo el personal de otros mercados.
- Infrautiliza recursos al destinarlos a funciones no vinculadas a las competencias adquiridas.
- Promociona la mercantilización de los profesionales de la salud en el marco de la globalización.
- Potencia la aparición de subclases profesionales dentro de las ya existentes.
- Disminuye la preocupación por la autosuficiencia en la producción y la inversión en formación propia.
- Deteriora el marco de valores del sistema de salud, al no preocuparse por la compensación o por la creación de políticas antidiscriminatorias.
- Aparecen problemas de comunicación e integración en el nuevo contexto laboral y con la población a atender.

Martín llama la atención a otro elemento a considerar y es que la presencia de profesionales extranjeros agregan oferta en el mercado laboral del país de destino, y en algunos lugares en particular, pueden ayudar a mantener las remuneraciones en un rango menor, reduciendo a su vez los costos de la prestación de servicios (Martin, 2006).

### 5.5.1. Costos e impacto financiero

Peter Balacs en un informe presentado en 1975 a las Naciones Unidas estudiando el período entre los años 1961 y 1972, analizaba el éxodo intelectual hacia tres países: el Reino Unido, los Estados Unidos de América y Canadá, señalando que el valor traducido en dinero de esta migración significaba un monto mayor que la ayuda para el desarrollo que esos países brindaron a los países de origen de la migración (Norza, 2009).

En esta línea, se ha estimado que en los primeros años del siglo XXI, tres millones de migrantes con título universitario llegaron a vivir en países desarrollados; así, la inversión realizada por los países de origen para formar a estos profesionales representaba una transferencia de riqueza calculada entre 45 y 65 mil millones de dólares (Norza, 2009).

El personal emigrante se ubica en los rangos de edad de mayor productividad para los profesionales, en los que el país acaba de invertir y aún no ha recibido el retorno esperado por dicha inversión, mediante la esperada prestación de servicios a la población (OMS/OPS - CE - OSE - EASP, 2010).

En esta línea, un aspecto de preocupación en el proceso migratorio ha sido el impacto económico – financiero que tendría esta migración de profesionales de la salud, lo cual se ve catalizado por la expansión de la demanda de servicios en los países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que exige una fuerza laboral en número y competencia, que en muchos casos no se adecuadamente provisto por el mercado formativo.

Frenk y cols determinan los costos de formación de profesionales de medicina y enfermería/obstetricia. Se estima que los gastos anuales de formación de profesionales de medicina, enfermería, salud pública y otras profesiones de ciencias de la salud a nivel global son de alrededor de 100,000 millones de dólares. La educación de médicos irrogaría 47,6 mil millones de dólares y la de enfermeras 27,2 mil millones de USD. Se estima en el estudio un costo de 122,000 USD para formar un médico y 50,000 USD para formar un profesional de enfermería. Los datos presentados en la Tabla 18 muestran que el costo de formación varía ampliamente, estimándose en el caso de Latinoamérica en 132,000 dólares para los profesionales de medicina, y 26,000 dólares en el caso de profesionales de enfermería (Frenk et al., 2010)

Tabla 18. Costos de formación de profesionales de medicina y enfermería, según región y subregión.

	Doctors			Nurses/midwives		
	Estimated number of graduates per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure per graduate (US\$ billions)	Estimated number of graduate per year (thousands)	Estimated expenditure per graduate (US\$ thousands)	Total expenditure (US\$ billions)
<b>Asia</b>						
<b>China</b>	175	14	2.5	29	3	0.1
<b>India</b>	30	35	1.0	36	7	0.2
<b>Other</b>	18	85	1.6	55	20	1.1
<b>Central</b>	6	74	0.4	15	13	0.2
<b>High-Income Asia-Pacific</b>	10	381	3.8	56	75	4.2
<b>Europa</b>						
<b>Central</b>	8	181	1.4	28	39	1.1
<b>Estern</b>	22	151	3.4	48	29	1.4
<b>Western</b>	42	400	17.0	119	82	9.8
<b>América</b>						
<b>North América</b>	19	497	9.7	74	101	7.5
<b>Latin América/Caribbean</b>	35	132	4.6	33	26	0.9
<b>Africa</b>						
<b>North Africa/Middle East</b>	17	113	1.9	22	24	0.5
<b>Sub-Saharan Africa</b>	6	52	0.3	26	11	0.3
<b>World</b>	389	122	47.6	541	50	27.2
<b>Webappenda pp 6-11 shown data noun and regional distribution</b>						

Fuente: Tabla obtenida de Frenk et al., 2010.

Torrey estudia la relación entre los costos de entrenamiento de médicos que laboran en Estados Unidos y se han graduado en países del extranjero y las correspondientes ayudas recibidas por estos países. La Tabla 19 muestra que en determinados países, el costo es superior a la ayuda recibida, aun cuando se considera que la diferencia inclusive puede ser mayor si se considera a emigrantes de otras profesiones (Torrey and Torrey, 2012).

Tabla 19. Costos de entrenamiento de médicos graduados en el extranjero comparados con la ayuda de EE.UU, en países seleccionados.

	MGE	Costo de Entrenamiento (Miles USD)	Costo total entrenamiento (millones USD)	AID (millones USD)	Departamento Estado (millones USD)	Total (millones USD)	Costo total de Entrenamiento menos Ayuda externa
Armenia	315	\$85	\$26.8	\$0.4	0	\$0.4	\$26.4
Camerún	63	\$52	\$3.3	\$1.5	\$1.3	\$2.8	\$0.5
China	5,584	\$14	\$78.2	\$4.0	\$3.0	\$7.0	\$71.2
El Salvador	373	\$132	\$49.2	\$5.5	0	\$5.5	\$43.7
Georgia	208	\$85	\$17.7	0	\$0.9	\$0.9	\$16.8
Guatemala	558	\$132	\$73.7	\$14.6	0	\$14.6	\$59.1
Honduras	166	\$132	\$21.9	\$11.0	\$1.0	\$12.0	\$9.9
India	5,2874	\$35	\$1,850.6	\$78.2	\$9.0	\$87.2	\$1,763.4
República Kirguisa	30	\$74	\$2.2	\$1.2	\$0.5	\$1.7	\$0.5
Nicaragua	330	\$132	\$43.6	\$5.9	\$0.9	\$6.8	\$36.8
Pakistán	12,433	\$35	\$435.2	\$29.7	0	\$29.7	\$405.5
Paraguay	263	\$132	\$34.7	\$2.1	0	\$2.1	\$32.6
Filipinas	20,625	\$85	\$1,753.1	\$33.2	0	\$33.2	\$1,719.9
Sudán	353	\$113	\$39.9	\$30.0	\$7.0	\$37.0	\$2.9
Tayikistán	55	\$74	\$4.1	\$1.5	\$0.5	\$2.0	\$2.1
Tailandia	1,688	\$85	\$143.5	\$1.0	\$0.5	\$1.5	\$142.0
Ucrania	1,56	\$151	\$235.6	\$4.0	\$14.7	\$18.7	\$216.9
Uzbekistán	124	\$74	\$9.2	\$2.4	\$0.6	\$3.0	\$6.2
Vietnam	1,164	\$85	\$98.9	0	\$95.0	\$95.0	\$3.9

Fuente: datos de WHO, citados por Vujcic et al., 2004.

En un estudio pionero, Kirigia encuentra en el año 2006 en Kenia, que el costo total de la educación de un médico desde la educación primaria hasta la universidad es \$ 65,997; y por cada médico que emigra, el país pierde alrededor de \$ 517931 dólares en retornos de inversión. En el caso de enfermería el costo de educación es \$ 43.180; y el costo de la pérdida de estos profesionales que emigran es \$ 338,868 dólares (Kirigia et al., 2006).

Para abordar este tema en el ámbito andino, recientemente Julio Gamero estudia el impacto de esta migración de profesionales de la salud (OPS, 2013) en la región andina, considerando<sup>35</sup>:

- Los costos de formación, incluyendo el costo en la formación básica y la educación superior, a partir de lo cual se estima...
- La proyección del valor futuro acumulable de esta inversión y el cálculo del valor presente neto de todos los ingresos y costos futuros de un profesional que se queda a vivir en el país.

De esta forma un primer enfoque fue el método de costos totales, el cual nos señala los retornos de los ingresos perdidos por la sociedad cuando un profesional emigra, para lo cual se “multiplicó el costo total medio de educar un profesional de la salud por un tipo de interés compuesto”. Así la ecuación empleada fue la siguiente:

$$R_i = (1+r)^i$$

Donde E es la suma total de costos de formación y manutención. Es decir, es el valor de la inversión que se realiza para formar un profesional de la salud. “r” representa la tasa de interés y “t” el tiempo que se espera labore este profesional a partir de la fecha más probable de migración<sup>36</sup>. Seguidamente, el “Ri” hallado se multiplicó por el número de profesionales que emigran, diferenciando desde un inicio profesionales de medicina y enfermería.

Un segundo enfoque empleado por Julio Gamero es el método del Valor Presente Neto, para lo cual considera la inversión total realizada durante su formación<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup>Los siguientes párrafos sintetizan en gran medida la investigación realizada por Julio Gamero por encargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013).

<sup>36</sup>Para el efecto en una primera fase se analiza los datos de Perú, estimándose “r” a partir de estimaciones previas realizadas por Gustavo Yamada, determinándose en 14,7%, 12,2% y 12%, las tasas de rentabilidad para el caso de profesionales que estudian en una universidad pública y privada, así como la tasa interna de retorno social. Por otro lado “t” se estimó en 35 años para los médicos, considerando el periodo entre los 30 años y los 65 años como edad de retiro. En el caso de las enfermeras “t” se estimó en 40 años, considerando un periodo entre los 25 años y los 65 años.

<sup>37</sup>En el caso de los médicos incluye el costo de titulación, la realización del SERUMS (para el caso del Perú), la colegiatura y la especialidad; asimismo incluye los ingresos futuros a recibir hasta su jubilación y los costos de manutención (OPS, 2013).

Los resultados principales de este estudio fueron los siguientes:

- Los costos de formación varían entre los países andinos, dependiendo de la carrera profesional y si la institución es pública o privada.
- El costo de la formación pública en la carrera de medicina es mayor en Venezuela (132,000 USD) y menor en Bolivia (18,900 USD). En el caso de la formación privada el costo mayor se encuentra en Chile (126,900 USD) y menor en Bolivia (23,200 USD), no encontrándose en este caso datos para Venezuela. Los demás países fluctúan entre estas cifras.
- En el caso de enfermería, el mayor costo en la formación pública se encontró en Venezuela (122,300 USD) y el menor en Bolivia (17,400 USD). Cualitativamente el patrón fue el mismo en la formación privada en Venezuela (102,300 USD) y Bolivia (19,300 USD).
- El costo acumulado por emigración de profesionales (medicina y enfermería) alcanzaría la cifra de 221'804,100 USD en lo correspondiente a la formación pública y 153'987,800 USD en la formación privada. Notablemente, en el caso de la formación pública, la contribución porcentual sería significativamente mayor en el caso de Perú (53%), seguido de Venezuela (18,9%), Chile (12,6%), Ecuador (9,7%), Colombia (5,1%) y Bolivia (0,5%). En el caso de la formación privada, igualmente la mayor participación es de Perú (39,9%), seguido de Chile (27,5%), Ecuador (14,7%), Venezuela (11,9%), Colombia (5,1%) y Bolivia (0,9%), ver Tabla 20.
- La comparación de los costos anualizados de emigración de profesionales de medicina y enfermería con el nivel de exportaciones FOB 2008, se encuentra que esta cifra fluctúa para la región andina entre 9,1% y 7,9% para la formación pública y privada, respectivamente (Tabla 21).
- Considerando el Valor Presente Neto (VPN) la cifra encontrada representa en el caso de Bolivia el 1,02% de su PBI, cifra significativamente alta, seguido de Perú (0,36%) Ecuador (0,19%), Venezuela (0,08), Colombia (0,04%) y Chile (0,02%),

Tabla 20. Costo acumulado por emigración de profesionales de medicina y enfermería (millones USD).

País andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Grupo Andino	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Medicina (1)	9 341,3	6 682,1	21 414,2	22 620,0	792,2	972,4	41 076,6	17 819,9	3 571,1	6 853,3	53 138,7	32 246,9	129 334,0	87 194,5
Enfermería (2)	2 531,1	1 190,6	n.d.	n.d.	345,3	381,6	772,8	465,4	24 486,2	35 563,1	64 334,7	29 192,5	92 470,1	66 793,3
Total RHUS (1)+(2)	11 872,4	7 872,7	21 414,2	22 620,0	1 137,4	1 354,0	41 849,4	18 285,3	28 057,3	42 416,4	117 473,4	61 439,4	221 804,1	153 987,8
Participación sobre el Total Grupo Andino	5,4%	5,1%	9,7%	14,7%	0,5%	0,9%	18,9%	11,9%	12,6%	27,5%	53,0%	39,9%	100%	100%

Fuente: (OPS, 2013)

Tabla 21. Costo anualizado de emigración (millones USD) y comparación con nivel de exportaciones (millones USD FOB, 2008).

País andino	Colombia		Ecuador		Bolivia		Venezuela		Chile		Perú		Total Grupo Andino	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
Medicina (1)	3 736,5	2 672,8	1 381,6	1 459,4	52,8	64,8	2 738,4	1 188,0	892,8	1 713,3	3 542,6	2 149,8	12 344,7	9 248,1
Enfermería (2)	1 012,4	476,2	n.d.	n.d.	23,0	25,4	51,5	31,0	6 121,6	8 890,8	4 289,0	1 946,2	11 497,5	11 369,7
Total RHUS anualizado (1)+(2)	4 748,9	3 149,1	1 381,6	1 459,4	75,8	90,3	2 790,0	1 219,0	7 014,3	10 604,1	7 831,6	4 096,0	23 842,2	20 617,8
Exportaciones (FOB)	37 625,4		20 295,5		6 952,7		97 300,0		69 084,7		30 425,3		261 683,6	
Costo anualizado de emigración (como % sobre exportaciones del país)	12,6%	8,4%	6,8%	7,2%	1,1%	1,3%	2,9%	1,3%	10,2%	15,3%	25,7%	13,5%	9,1%	7,9%

Fuente: (OPS, 2013)

Así, los datos presentados permiten señalar el alto costo que representa para el país la emigración de profesionales, inclusive más allá de la pérdida que representa para el sistema de salud, explicitando además el costo económico financiero que representa para el país, llegando a alcanzar la cifra de USD 23 842 millones si la formación fue en una universidad pública y USD 20,168 millones si esta se realizó en una universidad privada (Gamero, 2010b). Estos costos son importantes, al afectar el propio desarrollo nacional y el bienestar de los ciudadanos.

## 5.5.2. Impacto en los sistemas de salud

El término “brain drain” o fuga de cerebros, tiene a la base una pérdida de recursos humanos calificados por los países que los forman<sup>38</sup>. Esta mirada ha sido contrapuesta con una mirada de circulación de talentos o intercambio de talentos (brain circulation and brain Exchange) que apunta a enfatizar la movilidad actual y en intercambio de recursos de alta calificación (Norza, 2009; Özden and Schiff, 2006).

Desde esta perspectiva la migración amenazaría el funcionamiento de los sistemas de salud si se produce una pérdida neta del recurso humanos, considerando las esferas cuantitativas y cualitativas de esta. Lo real es que en los países andinos, aun cuando faltan datos precisos, estamos ante una pérdida neta de este personal calificado. Pero a la vez, por la naturaleza de personal calificado, el tiempo de reposición de este personal puede ser prolongado.

Otro punto a considerar es que los sistemas de salud dependen de una combinación equilibrada y en muchos casos frágil de habilidades profesionales, adecuadamente disponibles para una cobertura equitativa (Stilwell et al., 2003). Así, el análisis requiere considerar que el impacto puede ser de manera general en el sistema, pero también representar un grave problema si se desarrolla en áreas críticas de este (Núñez, 2006)

Un escenario como el anterior puede ser verificado por ejemplo en la Tabla 22 en que se muestra en el caso de Perú, la distribución de especialistas por departamento. Así, la existencia de departamentos con un número muy escaso de especialistas, generará situaciones de extrema fragilidad para el sistema de salud, que comprometen directamente la capacidad resolutive requerida.

A esto debemos agregar que el ciclo de formación en pregrado fluctúa entre 5 y 7 años y en especialización 2 a 5 años, lo que implica periodos prolongados en los que la reposición del personal perdido no podrá ser atendida por el sistema educativo local. Formar nuevamente el contingente de profesionales y especialistas puede demorar años, a menos por supuesto que se reclute personal que no ejerce (cesantes, o profesionales ocupados en otras labores) lo que presenta varias limitaciones (Martin, 2006).

---

<sup>38</sup>The Royal Society en Reino Unido estableció el término “brain drain” con el fin de describir la emigración de científicos a los Estados Unidos de N.A. y Canadá en los años 50s y 60s del siglo pasado (Aráuz Torres and Wittchen, 2010).

Tabla 22. Dotación de médicos especialistas en 5 especialidades prioritarias en establecimientos del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, según departamento. Perú, 2012.

Departamento	Total	Principales Especialidades					
		Anestesiología	Cirugía General	Ginecología y Obstetricia	Medicina Interna	Pediatría	Otras Especialidades
<b>Perú</b>	<b>7.066</b>	<b>586</b>	<b>677</b>	<b>1.007</b>	<b>535</b>	<b>1.026</b>	<b>3.235</b>
Amazonas	41	6	6	7	1	6	15
Ancash	140	7	22	28	11	26	46
Apurímac	43	4	6	6	5	6	16
Arequipa	309	28	44	36	30	48	123
Ayacucho	55	8	6	14	5	7	15
Cajamarca	68	5	14	15	3	11	20
Callao	484	37	43	63	40	67	234
Cusco	191	16	24	30	17	24	80
Huancaavelica	29	6	6	4	4	5	4
Huánuco	79	12	6	21	5	10	25
Ica	211	27	34	37	26	40	47
Junín	131	13	25	22	9	13	49
La Libertad	396	40	45	68	36	60	147
Lambayeque	170	14	23	21	10	20	82
Lima 1/	4.095	306	294	505	290	587	2.113
Lima Metropolitana	3.856	283	266	457	270	555	2.025
Lima Región	239	23	28	48	20	32	88
Loreto	85	8	6	14	9	12	36
Madre de Dios	12	2	1	2		2	5
Moquegua	34	3	5	5	1	5	15
Pasco	51	6	12	14	4	8	7
Piura	130	14	13	32	6	25	40
Puno	108	8	11	27	5	13	44
San Martín	47	4	7	10	2	5	19
Tacna	79	8	11	14	8	12	26
Tumbes	29	2	7	4	4	5	7
Ucayali	49	2	6	8	4	9	20

Fuente: Observatorio Nacional de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Perú, 2012.

Esta situación puede reproducirse de manera equivalente en departamentos y servicios asistenciales de mayor o menor complejidad, inclusive de nivel nacional, que ven de esta manera comprometida la capacidad resolutoria del conjunto del sistema de salud. La siguiente Tabla muestra las especialidades críticas, en que se prioriza el Programa Ecuador Saludable Vuelvo por ti, impulsado por el gobierno del Ecuador (ver página 93):

Tabla 23. Especialidades con Brecha de Especialistas. Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2013.

Anestesiología
Emergenciología
Fisiatría
Epidemiología
Neonatología
Terapia Intensiva
Hematología
Imagenología
Medicina Familiar
Gastroenterología
Coloproctología
Radio-oncología
Cirugía Cardiorácica

Fuente: (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013)

Sin embargo, la pérdida de este personal tiene otras varias implicancias, además de la pérdida de la capacidad resolutive y los graves problemas para reponer este potencial humano perdido, incluyendo la recarga laboral sobre el personal que queda con un incremento en muchos casos significativo en la carga laboral y con las consiguientes reacciones adversas expresadas en el clima organizacional. Asimismo la reasignación de responsabilidades a otros grupos ocupacionales o especialistas, con el menoscabo en la calidad de la prestación, el compromiso del proceso formativo en pre y sobre todo posgrado al ir este éxodo de la mano con la pérdida de cuadros docentes, igualmente en muchos casos difíciles de reponer.

Pero por otro lado es importante considerar que si todos los trabajadores migrantes optasen por regresar a sus países de origen, el sistema de salud, con las debilidades en muchos casos existentes, podría no ser capaz de crear los puestos de trabajo para todos ellos, ni mantenerlos en los lugares donde más se necesitan (Stilwell et al., 2003).

En un estudio realizado en el año 2006 en la región andina se exploró la percepción que existía por parte de los directivos del sector salud sobre el proceso migratorio de profesionales de la salud. Específicamente un grupo de preguntas estuvo direccionado al impacto que este tendría en el sistema nacional de salud. Los resultados mostraron un patrón homogéneo en términos generales de preocupación, con excepción de Chile, considerando el privar al país de personal altamente calificado, así como en el primer nivel de atención y comprometer la perspectivas futuras de la fuerza de trabajo (Núñez, 2006), resultados que se presentan en las siguientes figuras:

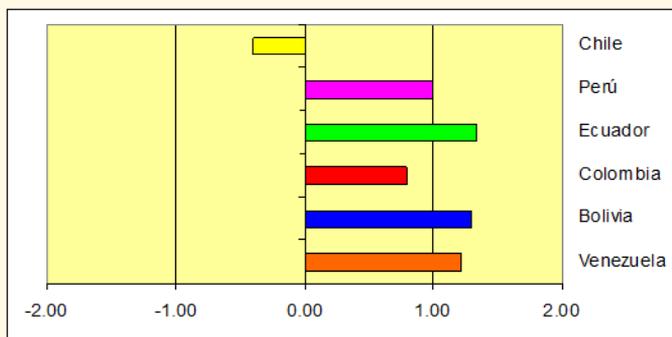


Figura 18. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la disponibilidad de personal altamente calificado<sup>39</sup>. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

<sup>39</sup>El enunciado formulado fue: “La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la calidad de los sistemas de salud en mi país al privar a éste de personal altamente calificado.”

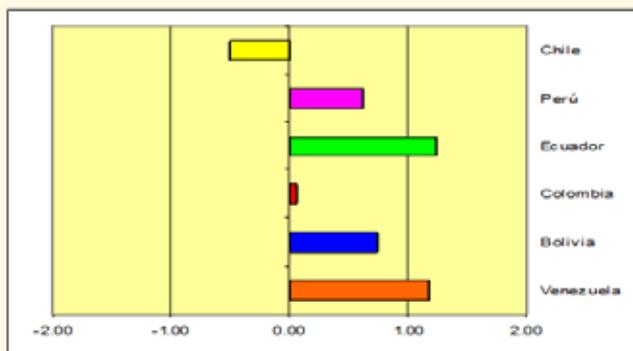


Figura 19. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la equidad y el primer nivel de atención<sup>40</sup>. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

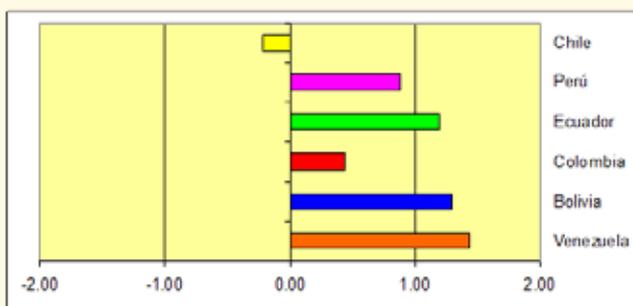


Figura 20. Percepción del impacto de la migración de profesionales de la salud en la disponibilidad futura de la fuerza de trabajo<sup>41</sup>. Leyenda: -2: muy en desacuerdo; -1: en desacuerdo; 0: indiferente; 1: de acuerdo; y 2: muy de acuerdo. Fuente: Núñez, 2006.

<sup>40</sup>El enunciado formulado fue: “La migración de médicos hacia el exterior es un proceso que afecta la equidad del sistema de salud en mi país al privar a éste de personal especialmente en el primer nivel de atención.”

<sup>41</sup>El enunciado formulado fue: “La migración de médicos, por incidir principalmente en los médicos jóvenes y recién egresados, compromete de manera significativa las perspectivas de la fuerza de trabajo médica.”

## 5.6. Estrategias propuestas e iniciativas en curso

El papel crítico que tienen los mercados no implican que las instituciones tengan un papel insignificante; inclusive Amartya Sen ha llamado la atención a la cantidad de estudios empíricos que muestran que los resultados del mercado se encuentran considerablemente influenciados por las políticas públicas en materia de educación, epidemiología, protecciones legales, etc. (Sen, 2007).

La migración descontrolada de profesionales de la salud que afecta en particular a países con un déficit de este personal expresa en gran medida la ausencia o el fracaso de políticas y estrategias en el campo de los recursos humanos (Brito et al., 2011). Por ello, la respuesta requiere ser integral, e incorporar estrategias que aborden una mejora de las condiciones de trabajo, las oportunidades laborales y el desarrollo personal, especialmente de los jóvenes profesionales, estimulado su permanencia en el sistema nacional de salud (Humphries et al., 2013). Sin embargo estas estrategias requieren incorporar también consideraciones éticas en el desarrollo de estrategias, brindando un equilibrio entre ganadores y perdedores (Stilwell et al., 2003).

Más aún la magnitud y características de la situación actual sugiere que la solución a largo plazo sólo se puede encontrar al abordar el problema desde una perspectiva global - internacional; en particular, con la eliminación de la escasez de personal de salud en los países desarrollados y en desarrollo, y no principal ni necesariamente a través de políticas restrictivas (Witt, 2009).

La consulta internacional desarrollada en el año 2010, en el marco de la acción "Migración de Profesionales de la salud entre América Latina y Europa: Análisis y oportunidades para el desarrollo compartido", permitió identificar los aspectos positivos y negativos en los países de origen y de destino, según se describe en la página [¡Error! Marcador no definido.](#) (Sánchez Hernández, 2011). Esta consulta además permitió generar una propuesta de estrategias y acciones<sup>42</sup> de cooperación en el país de origen y de destino. La propuesta de intervenciones en el país de origen es:

- Aumentar las capacidades de planificación nacional mediante la mejora de los sistemas de información, formación, y apoyo a los procesos de planificación RHS.

---

<sup>42</sup>El estudio desagrega las estrategias y acciones según si se vinculan a elementos positivos o negativos de la migración, por país de origen o destino, pero también analizando la opinión de los participantes en el estudio sobre la relevancia y viabilidad de estas intervenciones, ver (Sánchez Hernández, 2011).

- Estudiar el “mercado” sanitario nacional, incorporando los factores desencadenantes de la emigración para diseñar intervenciones específicas.
- Dotar de fondos comunes, sostenibles y previsibles en el tiempo, para el refuerzo de los sistemas de salud de origen.
- Formalizar convenios de hermanamiento entre instituciones emisoras y receptoras que contemplen circulación y apoyo permanente.
- Becar y apoyar a estudiantes para que puedan acceder a las carreras sanitarias.
- Reforzar las redes de profesionales.
- Vincular la contratación en los países de origen a estrategias explícitas de refuerzo de las instituciones formadoras de profesionales
- Desarrollar programas de profesionalización de la fuerza de trabajo en salud que permanece, apoyando la formación continuada y el desarrollo de carrera profesional.
- Reforzar el sistema de salud basados en la APS
- Proporcionar soporte a las estrategias orientadas a mantener la accesibilidad a recursos profesionales en zonas desatendidas.
- Mejorar directamente las condiciones de trabajo.
- Desarrollar programas que hagan posible la migración circular.
- Abogar por convenios en el marco de los principios establecidos en el código y las buenas prácticas en cooperación internacional.
- Apoyar a procesos de formación en el exterior que contemplen compromisos de retorno.
- Favorecer, mediante apoyo sectorial, la distribución equitativa de los recursos humanos.
- Potenciar las acciones intersectoriales para aumentar en cantidad y calidad la fuerza de trabajo.
- Sensibilizar a la población en general y al cuerpo de profesionales en concreto, sobre el valor social que tiene la inversión de la formación en salud
- Generar compensaciones directas ante la captación de recursos.

- Llevar a cabo refuerzo presupuestario.
- Armonizar iniciativas de los distintos actores y operadores de la CI en cada contexto.
- Dificultar la contratación en origen

La propuesta de intervenciones en el país de destino es:

- Apoyar los procesos de certificación y acreditación
- Sensibilizar política y socialmente sobre los efectos derivados de la fuga de cerebros en países de origen
- Hacer viables procesos bidireccionales de migración circular, orientados a la transferencia de conocimientos y al apoyo a la especialización (becas, programas de colaboración y fomento del retorno)
- Realizar un seguimiento de la aplicación del código de buenas prácticas recientemente firmado
- Denunciar las malas prácticas y las situaciones de abuso
- Abogar en los países de destino por una contratación no discriminatoria y una firma de acuerdos entre instituciones de colaboración que generen compensación y/o reciprocidad de beneficios en el marco de valores de la cooperación
- Clarificar condiciones del ejercicio en destino y diseñar procesos de adaptación profesional y cultural
- Reforzar las asociaciones profesionales con presencia de personal migrado.
- Realizar estudios comparativos sobre las condiciones laborales en los diferentes contextos implicados
- Abogar por la contratación decente y adecuada promoviendo marcos legales que impidan la discriminación y que eliminen el dumping salarial.
- Promover la correcta planificación de RHS orientada hacia la autosuficiencia en la producción, incorporando sistemas de registro adecuados que contemplen la realidad de la migración.
- Apoyar las políticas que favorezcan la retención en origen

- Aportar una perspectiva global de los procesos migratorios de RHS
- Facilitar procesos de información activa en origen y destino sobre las verdaderas condiciones de trabajo, derechos y obligaciones.
- Promover intercambios de profesionales y de conocimientos que favorezcan la migración circular
- Enmarcar la llegada de profesionales en acuerdos específicos bi-multinacionales que contemplen la reciprocidad de beneficios y/o la implementación de mecanismos de compensación
- Apoyar los procesos de adaptación socio-laboral y competencial del profesional migrante, garantizando su inclusión en la carrera profesional adecuada a su calificación.
- Apoyar desde la CI la implementación de proyectos conjuntos (países de origen y de destino) de investigación y formación
- Evitar la contratación de profesionales de países con déficit absoluto
- Forzar la rendición de cuentas en relación a la aplicación del código de buenas prácticas.
- Promover la adopción de contenidos curriculares básicos comunes que faciliten la homologación
- Controlar a las empresas de contratación con ánimo de lucro.

La percepción de los directivos del campo de los recursos humanos sobre el impacto que tendrían las estrategias a desarrollar, en la migración de profesionales de la salud es analizada en el año 2006 , mostrándose que se percibe en un grado elevado, en particular aquellas relacionadas al desarrollo profesionales y el empleo.

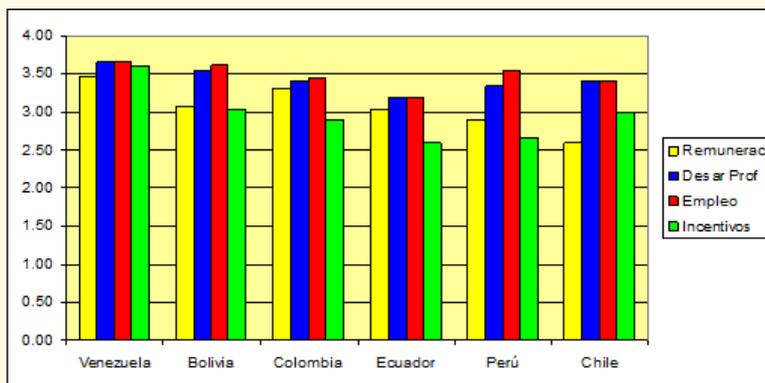


Figura 21. Percepción del impacto de estrategias para abordar los factores determinantes de la migración de profesionales<sup>43</sup>. Leyenda: 0: nulo impacto; 1: poco impacto; 2: algo de impacto; 3: impacto; y 4: alto impacto. Fuente: Núñez, 2006.

Igualmente se exploró la percepción sobre la factibilidad de implementar una política común de los países andinos, encontrándose los resultados que se muestran a continuación:

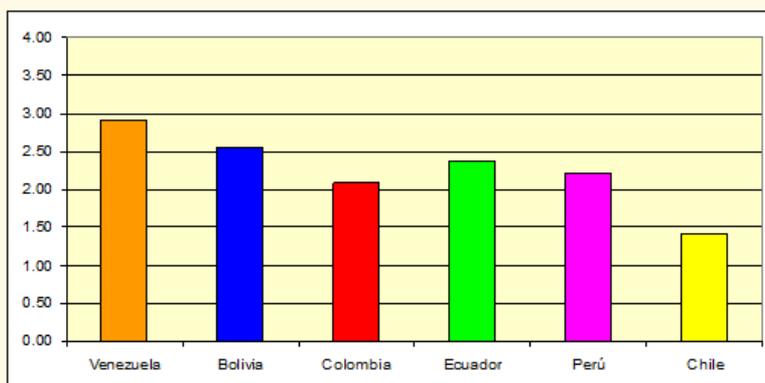


Figura 22. Percepción de la viabilidad de desarrollar una política común andina en el tema de migración de profesionales de la salud<sup>44</sup>. Leyenda: 0: nada factible; 1: poco factible; 2: algo factible; 3: factible; y 4: muy factible. Fuente: Núñez, 2006.

<sup>43</sup>El enunciado fue: "Asumiendo que se mejoren los siguientes factores de manera significativa ¿Cuál sería el impacto de estas mejoras en modular la migración de médicos al exterior?"

<sup>44</sup>El enunciado fue: "Asumiendo que se mejoren los siguientes factores de manera significativa ¿Cuál sería el impacto de estas mejoras en modular la migración de médicos al exterior?"

## Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti

Es un plan conducido por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador y que promueve el retorno de los profesionales de la Salud que se encuentran en el exterior con el objetivo fundamental de cubrir los requerimientos de las áreas críticas y regiones desabastecidas en el sistema de salud.

El programa incorpora remuneraciones con bonos y beneficios, según lo que se describe en las siguientes Tablas:

Tabla 24. Remuneraciones de Profesionales de medicina – Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti., 2013 – Ecuador.

Grupo Ocupacional	RMU	Beneficios de Ley IESS, Vacaciones, 13ero, 14to, Fondos de Reserva	Bonificación Geográfica (Previo análisis)	Viático de Gastos Residencia (previo análisis)	Total Mensual	Total Anual
SERVIDOR PUBLICO 13 Jefe de Servicio-Subespecialista o Doble especialista a fin al puesto	\$ 2.967,00	\$ 949,44	\$ 593,40	\$ 875,50	\$ 5.020,84	\$ 60.250,08
SERVIDOR PUBLICO 12 Médico especialista	\$ 2.641,00	\$ 845,12	\$ 528,20	\$ 795,00	\$ 4.525,32	\$ 54.303,84
SERVIDOR PUBLICO 9 Médico General con más de 5 años de experiencia	\$ 2.034,00	\$ 650,88	\$ 406,80	\$ 715,50	\$ 3.602,68	\$ 43.232,16
SERVIDOR PUBLICO 7 Médico General	\$ 1.676,00	\$ 536,32	\$ 335,20	\$ 566,00	\$ 3.113,52	\$ 36.702,24

Nota: Para Galápagos la remuneración es el doble. Fuente: (Ministerio de Salud Pública Ecuador, 2013).

Los profesionales de la salud que estén dispuestos a retornar pueden además acceder a los beneficios que ofrece la Secretaría Nacional del Migrante (SENAMI) a través de su Plan Bienvenidos a Casa, y que incluyen a la propia familia. Estos mecanismos son:

- Menaje de Casa: cuenta con la exoneración de aranceles para el traslado de menaje de casa.
- Bono para la vivienda a través del Ministerio de Desarrollo Urbano para la Vivienda (MIDUVI); para la remodelación o construcción en terreno propia o bien para la adquisición de una propiedad.

Adicionalmente se consideran los siguientes beneficios:

Acceso a préstamo hipotecario para adquirir casa o departamento, préstamos de consumo otorgados por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, becas de posgrado para estudios de especialización y programas de formación continua.

## Perú: retorno de médicos formados en la ELAM

El Ministerio de Salud de Perú desarrolló en los años 2012 y 2013 un importante proceso de coordinación del retorno de médicos peruanos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba<sup>45</sup>, incorporándolos en el Programa SERUMS<sup>46</sup>. Cabe anotar que conjuntamente con los formados en Rusia, Ucrania y Bolivia, entre otros, representaron aproximadamente 400 los médicos que retornaron al Perú. Esto como parte de una importante relación de cooperación<sup>47</sup>. Aquellos médicos peruanos que han retornado han formado la Asociación de Médicos Peruanos Egresados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba (AMEP-ELAM). Se estima que el número de médicos peruanos graduados en Cuba que han retornado al Perú es de alrededor de 2,000 médicos, formados con un enfoque en la Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar durante una carrera que dura 7 años. Varios de ellos han sido incorporados en proyectos de Médico de Familia en varias provincias del Perú.

## Chile: Contrato de médicos extranjeros

Chile desarrollo en los años 2012 y 2013 un importante esfuerzo por atraer médicos extranjeros, incluyendo en particular españoles, a su Sistema de Salud. Sin embargo la iniciativa fue resistida por el Colegio Médico, argumentando que estos médicos no habían rendido el Examen Único Nacional de Conocimiento de Medicina (EUNACON)<sup>48</sup>. En diciembre del 2013, la Contraloría General de la República de Chile dictaminó que es admisible contratar a médicos especialistas extranjeros, aun cuando no hayan rendido el Examen Médico Nacional (EUNACOM). Esta decisión se basó en la necesidad de especialistas, con el objetivo garantizar la prestación de servicios especialmente en áreas carentes de cobertura. Sin embargo, también dictaminó el que el Ministerio de Salud debe comprometerse a que los médicos contratados rindan el examen a la brevedad.

---

<sup>45</sup>Este programa, inicialmente denominado IMAN, tuvo como antecedente la suscripción en el año 1999 de un Convenio de cooperación Perú Cuba y posteriormente un Convenio Complementario suscrito en enero de 2013

<sup>46</sup>El SERUMS es un programa de servicio social en áreas rurales y peri-urbanas que deben cumplir todos los profesionales de la salud, con una duración DE un año y que es requisito para laborar en el sector público.

<sup>47</sup>Cooperación que tienen como hitos los terremotos de 1970 y de 2007, con la atención de las Brigadas Médicas Cubanas “Henry Reeve” y “Wilma Espín Guillois” que laboraron en el Sur del Perú hasta el año 2012.

<sup>48</sup> El EUNACOM es un examen teórico-práctico de medicina general que se aplica desde el año 2009, y que es la continuación directa del Examen Médico Nacional (EMN), examen teórico que se aplicó de 2003 a 2008. El examen es encargado por el Estado a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), que fue responsable de la creación y administración del Examen Médico Nacional (EMN). La ley exige la obtención de un puntaje mínimo (definido por el Ministerio de Salud) para que un médico pueda: a) ser contratado en cargos médicos en los servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud; b) ser contratado en establecimientos de salud municipal; c) otorgar prestaciones a beneficiarios FONASA en modalidad de libre elección; y d) postular a programas de especialización médica. La aprobación del EUNACOM significa la revalidación automática del título de médico obtenido en el extranjero. Aparte de los usos anteriores, definidos en la ley 20.261, ASOFAMECH considera el puntaje obtenido en el EUNACOM para seleccionar candidatos a sus programas de especialización.

## Proyecto “Migraciones profesionales entre América Latina y Europa. Creación de oportunidades para el desarrollo compartido” – II Fase

En la página 39 se relató lo referido a la primera fase de este proyecto. Este proyecto tiene particular relevancia por representar la convergencia de 3 importantes instituciones con un rol diferente, pero complementario, en la agenda de recursos humanos: una entidad rectora nacional: el Ministerio de Salud Pública de Uruguay, un organismo de cooperación e integración regional, como la Organización Panamericana de la Salud, miembro del Sistema de Naciones Unidas, y una institución especializada en la gestión del conocimiento en salud pública del ámbito europeo (Escuela Andaluza de Salud Pública).

En esta segunda fase para el periodo 2013 – 2015 (ver MPDC Uruguay, 2013), a la que se ha incorporado la OMS como entidad asociada, se propone el objetivo general de contribuir a la gestión eficaz de los flujos migratorios de profesionales del área médica y de enfermería en el espacio iberoamericano y de la UE, a través del alcance del siguiente objetivo específico: Poner en práctica experiencias de gestión de flujos migratorios basadas en acuerdos bilaterales, ayudando a crear capacidad en los países de la región para el adecuado seguimiento del proceso, mejorar la gestión de los flujos migratorios, de los procesos de planificación de recursos y el conocimiento sobre las consecuencias del proceso migratorio en los sistemas de salud.

Los resultados esperados son los siguientes:

Experiencias de gestión de flujos migratorios del personal de salud desarrolladas y evaluadas.

- a. Mejorados los sistemas de información y de intercambio entre países para el seguimiento de la migración profesional.
- b. Mejorada la capacidad de planificación de recursos humanos en los ministerios de salud de la región.
- c. Mayor conocimiento sobre el impacto en los servicios de salud y las consecuencias económicas de la migración de profesionales de salud.
- d. Red Iberoamericana de Migraciones de Profesionales de Salud fortalecida.

En el marco de la acción se desarrollarán las siguientes actividades:

- a. Diseño, puesta en práctica, sistematización y socialización de las experiencias de gestión de flujos migratorios que promuevan beneficio mutuo y formulación de guías de buenas prácticas para la promoción de su aplicación en las Américas y en otras regiones OMS que puedan verse favorecidas por las mismas.
- b. Mejora de los sistemas de información e intercambio entre los países para el seguimiento de la fuerza de trabajo y del fenómeno migratorio en el sector salud.
- c. Capacitación en planificación de recursos humanos en búsqueda de la autosuficiencia, tomando en cuenta el fenómeno migratorio.
- d. Análisis del impacto de la migración de profesionales de salud en los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención en países proveedores y de las consecuencias económicas de la misma.
- e. Fortalecimiento de la RIMPS y apoyo a la implementación de su plan de acción para la gestión responsable de las migraciones.

## SEGUNDA PARTE

# Sistema de Monitoreo de la migración en salud en los países andinos y Recomendaciones para el proceso de implementación

## 1. INTRODUCCIÓN

En la reunión realizada en el año 2011 convocada conjuntamente por el Organismo Andino de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-ORAS, 2011) para analizar los estudios sobre migración calificada en salud, impacto financiero y reconocimiento de títulos, se generaron las siguientes recomendaciones:

- a. Cambiar las condiciones de trabajo más allá del incremento de salarios ofertando capacitación, tecnología, puestos de trabajo seguros, elementos constitutivos de la Carrera sanitaria.
- b. Desarrollar la capacidad de los países para lograr una gestión estratégica de sus recursos humanos en salud bajo la rectoría de los Ministerios de Salud Pública.
- c. Impulsar y fortalecer los ámbitos de la gestión de la educación integrando la formación y la educación en el trabajo para el logro de las metas de los sistemas de salud y las necesidades de la población andina.
- d. Avanzar en el logro de los cambios estructurales que permitan un mayor desarrollo de los países de origen no solo en términos de lucha contra la pobreza y la inequidad, sino en el mejoramiento de los sistemas de justicia, la estabilidad política y el cumplimiento de los derechos humanos.
- e. Diseñar una política sobre migración calificada con la participación de países receptores y de origen que preserve los derechos al trabajo digno, la libre movilidad y la no lesión de los países de origen por el alto costo de inversión.
- f. Avanzar en los procesos de acercamiento en aspectos críticos de sistemas educativos: acreditación, sistemas de créditos, perfiles, y competencias profesionales básicas, como pasos previos a la homologación de títulos.

Posteriormente, en noviembre del 2012, las Ministras y Ministros de Salud de los países andinos agrupados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, aprobaron el nuevo Plan Estratégico 2013 – 2017 del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (REMSAA, 2012a). El Objetivo 4 de este Plan señala el “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en

Salud". Asimismo, en esta misma Reunión se aprobó la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud (REMSAA, 2012b), la que en su 3ª línea estratégica correspondiente al "Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración" señala como Política el:

*c.4. Desarrollar, colaborativamente entre los países de la Subregión Andina, sistemas de monitoreo, reclutamiento y retención para afrontar la migración del personal de salud, conformes con los principios del Código Ético Internacional de Contrataciones de Personal de Salud."*

Más aún, el Plan de la Política Andina de Recursos Humanos señala dos actividades concretas:

*c.4.1. Elaboración, validación e implementación de sistema de monitoreo de la migración.*

La presente propuesta se enmarca en este mandato, y procura generar una propuesta inicial de Sistema de Monitoreo de la migración en salud en los países andinos.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

Se establecen las siguientes definiciones:

- Sistema de monitoreo: conjunto de unidades nacionales y subregionales, procesos procedimientos e instrumentos coherentemente organizados, enlazados y funcionando para proveer información actualizada, oportuna y confiable. El sistema incluye los procesos de recopilación, sistematización, análisis y formulación de propuestas.
- Monitoreo<sup>49</sup>: Proceso continuo de recolección sistemática de datos sobre indicadores específicos, seleccionados con la intención de que provean de información para evaluar la situación, las tendencias, los factores concurrentes y el impacto que tiene la migración de profesionales de la salud. Se aborda en el caso de la migración el proceso desde una perspectiva multidimensional.

---

<sup>49</sup>Se asume la definición de seguimiento establecida en Poz, 2009.

- **Indicador:** parámetro que indica un determinado estado, ofrece información sobre él o lo describe. Suele estar representado por un dato correspondiente a un momento, un lugar u otras características determinadas.
- **Datos:** característica o información, a menudo numérica, que se recopila mediante la observación. Pueden considerarse información representada físicamente de una manera adecuada para ser procesada, analizada, interpretada y comunicada.

El enfoque asumido tiene como punto de partida el considerar que el proceso de migración de profesionales de la salud se da en un escenario dado por determinantes sociales y sanitarios existentes en el sistema de salud. Este escenario marco ha de ser monitoreado por el Observatorio Andino de Sistemas Universales de Salud, propuesto por las Ministras y Ministros de Salud.

Un segundo escenario es el determinado en el campo de los recursos humanos, en el que los determinantes vinculados a rectoría y conducción, gestión del trabajo y gestión de capacidades inciden directamente en el proceso migratorio, determinando los componentes de planificación y gobernanza de la migración, el perfil y la dimensión de los flujos migratorios y finalmente el impacto que estos tienen tanto en el campo de los recursos humanos (incluyendo a los propios migrantes), como en el sistema de salud. Este escenario es el objeto de estudio del Sistema Andino de Migración de Profesionales de la salud, tal como se muestra en la siguiente figura.

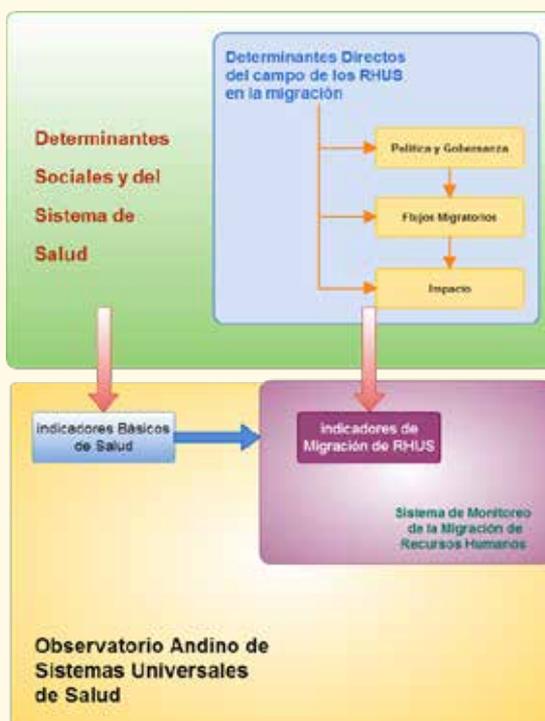


Figura 23. Marco conceptual del Sistema Andino de Migración de Recursos Humanos de Salud.

### 3. PROPUESTA DE INDICADORES DEL SISTEMA DE MONITOREO

Los siguientes indicadores están agrupadas en componentes y dimensiones vinculadas con la migración de profesionales de la salud. Los criterios en su elección han sido:

- Relevancia en la construcción de estrategias de intervención.
- Pertinencia al proceso migratorio.
- Disponibilidad de los datos.

Consideraciones técnicas generales

- El ámbito de aplicación de estos indicadores incluye a los profesionales de medicina y enfermería y deben ser presentados en forma desagregada, salvo que se enuncie lo contrario.
- Los datos son agregados nacionalmente e incluyen en los casos en que es posible al conjunto del sector salud.
- Los datos a recoger corresponden a un corte transversal al momento de la medición, salvo en los casos en que se explicita al año previo a la medición.
- Las especialidades prioritarias a explorar son: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general, neurocirugía, radiología, oftalmología, anestesiología, cirugía cardiovascular, neonatología, y otros que se consideren necesarios.

#### Dimensión 1: Política y gobernanza

##### **Componente 1.1. Definición de políticas y estrategias en migración de recursos humanos**

- **Indicador 1:** Grado de implementación del Código de Prácticas de la OMS

Se requiere un instrumento cualitativo de medición de avance, que incluya aprobación nacional, plan de implementación, monitoreo de avance, entre otros puntos.

- **Indicador 2:** Grado de avance en la gestión de la migración.

Se requiere un instrumento cualitativo de medición que incluya la generación de datos e información, documentos técnicos, programas, normas legales, entre otros.

### **Componente 1.1. Sistema de información - Disponibilidad de profesionales**

- Indicador 3: Número de profesionales en el sistema nacional de salud.
- Indicador 4: Número de profesionales por 10000 hab.
- Indicador 5: Número de médicos especialistas por 10,000 hab.

## Dimensión 2: Determinantes

### **Componente 2.1. Formación de Pregrado**

- Indicador 6: Número de egresados de las facultades de medicina y enfermería.

### **Componente 2.2. Oportunidades de desarrollo personal**

- Indicador 7: Remuneración de un profesional que ingresa al sistema de salud.

### **Componente 2.3. Oportunidad de desarrollo laboral y profesional**

- Indicador 8: Porcentaje de ocupación de profesionales de la salud.
- Indicador 9: Porcentaje de médicos que alcanzan vacante en los procesos de admisión a estudios de segunda especialización.

### **Componente 2.4. Procesos de reclutamiento activom**

- Indicador 10: Número y relación de agencias de preparación y reclutamiento activo de profesionales de la salud.

## Dimensión 3: Flujo migratorio<sup>50</sup>

### **Componente 3.1. Ámbito andino**

- Indicador 11: Número total de profesionales graduados en el extranjero que se encuentran habilitados para el ejercicio profesional en el país.
- Indicador 12: Número de profesionales graduados en el extranjero que han sido habilitados para el ejercicio profesional en el año previo.

<sup>50</sup>La premisa que está en la base de esta propuesta, es que la medición de flujos migratorios es más accesible, confiable y precisa en el lugar de destino, que en el de origen, sin descartar este último lugar como fuente de información.

- Indicador 13: Número de profesionales graduados en el extranjero que han obtenido la revalidación del título en el país en el año previo.
- Indicador 14: Número de profesionales graduados en el extranjero que han obtenido la revalidación del título en el país.
- Indicador 15: Número de profesionales que han emigrado y no registrado retorno.

### **Componente 3.2. Ámbito externo (MERCOSUR, Unión Europea y Estados Unidos de N.A.)**

- Indicador 16: Número de profesionales graduados en países andinos que se han presentado para estudios de especialización.
- Indicador 17: Número de profesionales graduados en países andinos que han sido habilitados para el ejercicio profesional.

## **Dimensión 4: Impacto**

### **Componente 4.1. Impacto en la disponibilidad de personal de salud**

- Indicador 18: Tasa de profesionales extranjeros ejerciendo en el país, según nivel de atención.

### **Componente 4.2. Impacto en la disponibilidad de personal de salud**

- Indicador 19: Costo total de emigración de profesionales que migran al extranjero.
- Indicador 20: Costo total de la emigración de profesionales como % del PBI.

## 4. RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

En el proceso de implementación del sistema de monitoreo es importante considerar una primera fase, “fase 0”, representada por el respaldo político que requiere el sistema y que está inicialmente por los acuerdos que sustentan el Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud (REMSAA, 2012a) y la correspondiente Política Andina de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos (REMSAA, 2012b). Sin embargo, ha de considerarse la necesidad de que el sistema en sí, incluyendo los indicadores definidos, sea aprobado también por las Ministras y Ministros de Salud.

Las 7 fases directamente concernientes al desarrollo del sistema de monitoreo se muestran a continuación:

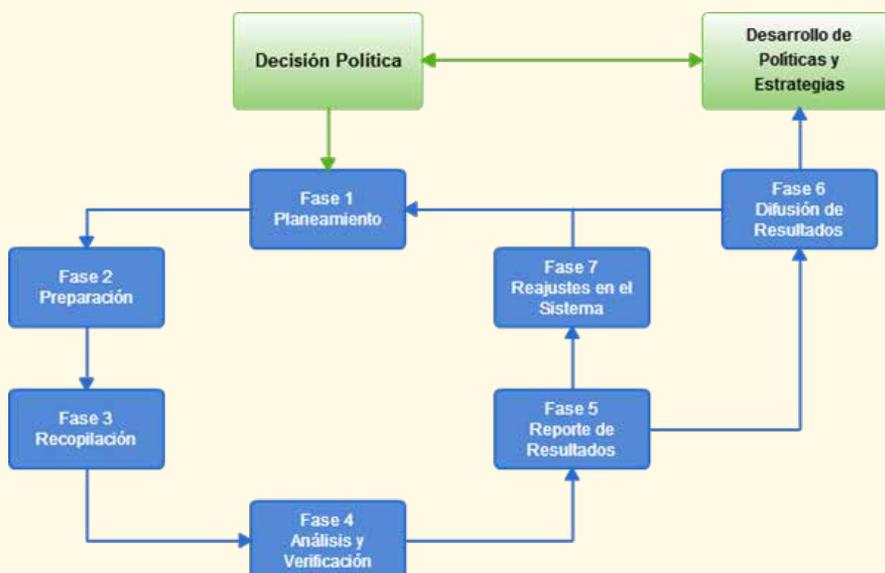


Figura 24. Fases de desarrollo del Sistema de Monitoreo de la Migración de Recursos Humanos – Región Andina.

## Fase previa: definición de indicadores y validación del sistema

Una fase previa requerida para el desarrollo del sistema de monitoreo es la de validar y definir este, por el Grupo Técnico de Recursos Humanos, y en el alto nivel por las Ministras y Ministros de Salud. Así se propone los siguientes pasos para este proceso de validación:

Pasos	Semanas														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Distribución de Propuesta Documento inicial (versión 1).															
Presentación de Propuesta, aportes iniciales (Reunión presencial del Grupo Técnico RHUS).															
Elaboración y distribución de (Versión 2).															
Presentación de aportes por Ministerios de Salud.															
Elaboración de documentos con aportes (versión 3).															
Aprobación de documento por el Grupo Técnico RHUS (versión 4) en reunión virtual.															
Presentación de documento y aprobación en REMSAA de versión final.															

## Fases en la implementación del sistema de monitoreo

### **Fase 1: planeamiento**

#### Acciones

- Decidir los objetivos generales del sistema, los indicadores y la frecuencia con que se recopilarán la frecuencia con que hay que recopilar la información. Identificar las posibles fuentes de información.
- Definir y prever el presupuesto requerido.
- Definir responsabilidades en la operación del sistema.

Duración: 3 meses

### **Fase 2: preparación**

- Diseñar y validar los instrumentos técnicos de recopilación y análisis del sistema.
- Desarrollar el soporte informático para la recopilación y sistematización de la información.
- Capacitar técnicamente al personal responsable de la recopilación de la información.
- Realizar las coordinaciones inter-institucionales e intra-institucionales, generar las directivas y mecanismos administrativos y las directa nivel nacional y subregional requeridos para la operación.

Duración: 3 meses

### **Fase 3: recopilación**

- Recojo de la información con la frecuencia establecida, incorporando una práctica rutinaria.
- Monitoreo del proceso.

Duración: 2 meses

#### **Fase 4: análisis y verificación**

- Análisis de la información recopilada integrando los indicadores básicos de salud, establecidos por la REMSAA.
- Identificar los cambios en los flujos migratorios y su impacto en los países andinos, así como proponer posibles acciones e intervenciones a desarrollar.
- Identificar datos susceptibles de revisión y verificación.
- Identificar sesgos sistemáticos o no, en la recopilación de la información y proponer posibles acciones.

Duración: 2 meses

#### **Fase 5: reporte de resultados**

- Documentar la información y los hallazgos.
- Promover y desarrollar espacios de análisis en los ámbitos nacionales y andino para el análisis de los resultados e implicancias de los mismos.
- Proponer el desarrollo de estudios en profundidad sobre determinados puntos específicos que requieren un mayor nivel de conocimiento.

Duración: 2 meses

#### **Fase 6: uso de resultados**

Empleo de los resultados para el desarrollo y reajuste de políticas y estrategias nacionales y de alcance andino.

Duración: continuo

#### **Fase 7: reajustes en el sistema**

Revisión de los componentes del sistema y reajuste en los aspectos técnicos y operativos.

Duración: 3 meses

## BIBLIOGRAFÍA

Acosta, A. (2006). La migración en el Ecuador: oportunidades y amenazas (Quito: Centro Andino de Estudios Internacionales, Universidad Andina Simón Bolívar : Corporación Editora Nacional).

Altamirano, T. (1996). Migración - El Fenómeno del Siglo (Lima: Fondo Editorial PUCP).

ANF (2011). International recruitment of nurses and midwives, Aprobado en 1998, revisado y aprobado en 2011.

Aráuz Torres, M.A., and Wittchen, U. (2010). Brain Drain across the Globe: Country Case Studies.

Arroyo, J. (2008). Estudio del Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe.

Babio Pereira, G. (2011). Migraciones profesionales LA-UE: oportunidades para el desarrollo compartido : buenas prácticas en la regulación del reclutamiento internacional de trabajadores sanitarios y para la distribución equitativa de fuerza laboral de salud ([S.l.: G. Babio).

Blacklock, C., Heneghan, C., Mant, D., and Ward, A.M. (2012). Effect of UK policy on medical migration: a time series analysis of physician registration data. *Hum. Resour. Health* 10, 35.

Brettell, C., and Hollifield, J.F. (2000). *Migration theory: talking across disciplines* (New York: Routledge).

Brito, P., Barria, M.S., Mercer, H., Navarro, P., Martinez, J.I., and Davini, C. (2011). Planificación de Recursos Humanos en Salud. Acción "Migración Prof. Salud Entre América Lat.

Butler, K.D. (2001). Defining Diaspora, Refining a Discourse. *Diaspora J. Transnatl. Stud.* 10, 189–219.

Carrasco Dájer, C. (2010). Programa de Retorno de Médicos Residentes en Chile -Consultoría para obtener las bases científicas a fin de realizar un programa de retorno de personal de salud residente en Chile (Quito).

Castellanos, J. (2010). Recopilación, análisis y sistematización de normas e instrumentos administrativos, con prioridad en medicina y enfermería (formación y práctica profesional).

CEPAL (2006). Cuatro temas centrales en torno a la migración internacional, derechos humanos y desarrollo.

CEPAL (2010). Debates sobre las nuevas tendencias de la migración internacional y los enfoques para comprenderlas. In *Migración Internacional En América Latina Y El Caribe*,.

Chang, C. (2010). Discurso de Posesión como Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue.

Cohen, R. (1997). *Global diasporas: an introduction* (Seattle: University of Washington Press).

Commonwealth Health Ministers (2003). *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers*.

Comunidad Andina (2003). Decisión 545 - Instrumento Andino de Migración Laboral.

Comunidad Andina (2004). Decisión 583 - Instrumento Andino de Seguridad Social.

Comunidad Andina (2011). Decisión 755 - Sistema de Información Estadística sobre las Migraciones en la Comunidad Andina.

Convenio Andrés Bello (1990). *Tratado de la Organización del Convenio Andrés Bello de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural*.

Dumont, J.C., and Meyer, J.B. (2004). The international mobility of health professionals: An evaluation and analysis based. Part III. OECD. In *Trends in International Migration:: SOPEMI 2003*, p. 128.

Edge, J.S., and Hoffman, S.J. (2013). Empirical impact evaluation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in Australia, Canada, UK and USA. *Glob. Health* 9:60.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376, 1923–1958.

Gamero, J. (2010a). Reclutamiento y migración de recursos humanos de la salud.

Gamero, J. (2010b). Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina - Un ejercicio de consolidación de documentos país (Lima: Organización Panamericana de la Salud).

Germaná, C., Meneses, M., Valencia, I., and Samamé, D. (2005). La migración internacional: el caso peruano (Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, UNMSM).

Van Hear, N. (1998). *New diasporas: the mass exodus, dispersal and regrouping of migrant communities* (Seattle, Wash: University of Washington Press).

HSBC (2013). *How countries compare - Expat Explorer Survey - world's largest expat survey from HSBC Expat*.

Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C., and Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain-a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Hum. Resour. Health* 11, 63.

ICN (2007). *Ethical nurse recruitment: Position Statement*.

Irish Minister for Health and Children (2001). *The nursing and midwifery resource: guidance for best practice on the recruitment of overseas nurses and midwives* (Dublin: Nursing Policy Division, Dept. of Health and Children).

Jack, W. (2010). *Incentives and dynamics in the Ethiopian health worker labor market* (Washington, D.C: World Bank, Africa Region Human Development Department).

Kapur, D. (2005). *Give us your best and brightest: the global hunt for talent and its impact on the developing world* (Washington, D.C: Center for Global Development).

Kirigia, J.M., Gbary, A.R., Muthuri, L.K., Nyoni, J., and Seddoh, A. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv. Res.* 6, 89.

Lemiere, C. (2011). *Reducing geographical imbalances of the distribution of health workers in Sub-Saharan Africa: a labor market angle on what works, what does not, and why* (Washington, D.C: World Bank).

Leone, C., Conceição, C., and Dussault, G. (2013). Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain. *Hum. Resour. Health* 11, 36.

Martin, P.L. (2006). *Managing labor migration in the twenty-first century* (New Haven: Yale University Press).

Martínez, J.I., Pando Letona, A., and Hernández, S.S. (2011). Migraciones profesionales LA-UE. Oportunidades para el desarrollo compartido.

Medicos Mundi (2013). Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú. Tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en atención primaria de la salud.

Ministerio de Salud Pública Ecuador (2013). Programa Ecuador Saludable Vuelvo por Ti.

Ministers of Health for Pacific Island Countries (2007). Pacific Code of Practice for Recruitment of Health Workers. Port Vila, Vanuatu: Seventh Meeting of Ministers of Health for Pacific Island Countries.

MPDC Uruguay (2013). Migraciones Profesionales - Desarrollo Compartido.

Mullan, F. (2005). The metrics of the physician brain drain. N. Engl. J. Med. 353, 1810–1818.

Naciones Unidas (2013). Asamblea General - Diálogo de Alto Nivel sobre la Migración Internacional y el Desarrollo.

Norza, P. (2009). Emigración de Recursos Humanos Calificados y sus Consecuencias Económicas y Sociales para el Desarrollo de ALC.

Novick, M. (2006). Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005 - 2015 (Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud).

Núñez, M. (2006). Migración de recursos humanos en salud: Subregión Andina (Lima: Organización Panamericana de la Salud; Red Andina de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina).

OIM (2013). Informe Sobre las Migraciones en el Mundo 2013 El Bienestar De Los Migrantes Y El Desarrollo. (Organización Internacional para las Migraciones).

Okeke, E.N. (2013). Brain drain: Do economic conditions “push” doctors out of developing countries? Soc. Sci. Med. 1982 98, 169–178.

OMS (2006). Informe Mundial de la Salud 2006: Colaboremos por la salud. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud).

OMS (2010). Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud.

OMS (2013). Personal de salud: adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades. 66a Asamblea Mundial de la Salud - A66/25.

OMS/OPS (2006). La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de salud. Ministerio de Salud de Uruguay, OMS y OPS, Uruguay.

OMS/OPS - CE - OSE - EASP (2010). Migraciones profesionales LA/UE - oportunidades para el desarrollo compartido. Estudio de caso de los países andinos Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela.

OPS (2005). Llamado a la Acción de Toronto 2006 - 2015 - Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud.

OPS (2013). Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos en los países de la región andina (Lima: Organización Mundial de la Salud).

OPS-ORAS (2011). Informe de la Reunión "Migración Calificada de los Recursos Humanos de la Salud en la Subregión Andina."

Organización Panamericana de la Salud (2007). 27a Conferencia Panamericana de la Salud - 59a Sesión del Comité Regional - Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos.

Organización Panamericana de la Salud (2009). Reunión Andina - Migración de los Profesionales de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2013a). Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud - Segunda Medición 2013 para los países de las Américas.

Organización Panamericana de la Salud (2013b). Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes.

Özden, C., and Schiff, M.W. (2006). International migration, remittances, and brain drain (Washington, DC: World Bank : Palgrave Macmillan).

Padilla, M. (2009). Informe de la Reunión Andina: Migración de Profesionales de la Salud.

Panfichi, A. (2007). Aula magna: migraciones internacionales (Peru: Fondo Editorial PUCP).

PNUD (2013). Informe sobre desarrollo humano 2013: el ascenso del Sur : el progreso humano en un mundo diverso. (New York, NY: PNUD).

Poz, M.R.D. (2009). Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud: con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos (Ginebra: Organización Mundial de la Salud).

REMSAA (2012a). Resolución REMSAA XXXIII/483 - Plan Estratégico 2013 - 2017 del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue y Plan Operativo 2013.

REMSAA (2012b). Resolución REMSAA XXXIII/474 - Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud.

Rigoli, F., Rocha, C.F., and Foster, A.A. (2005). Desafíos Críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una visión integral. Rev Lat.-Am Enferm. online: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/es\\_v14n1a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/es_v14n1a02.pdf).

Riitta, L., and Kolehmainen, A. (2010). Planificación de la fuerza laboral de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido: migraciones profesionales LA-UE, oportunidades para el desarrollo compartido (Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010).

RIMPS (2011). IV Encuentro Iberoamericano de Migración de Profesionales de la Salud.

Sacoto, F., and Ordoñez, G. (2007). Estudio de Migración de Médicos Ecuatorianos a Chile.

Sánchez Hernández, S., Cantos Vicent, Raquel, Martínez Millán, Juan Ignacio (2011). Migraciones profesionales LA-UE, oportunidades para el desarrollo compartido. El papel de las agencias de cooperación para el desarrollo ante las migraciones de profesionales de la salud. (Granada).

Sen, A. (2007). Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado (Bilbao: Ediciones Deusto).

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Dal Poz, M.R., Adams, O., and Buchan, J. (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Hum. Resour. Health 1, 8.

Torrey, E.F., and Torrey, B.B. (2012). The US Distribution of Physicians from Lower Income Countries. PLoS ONE 7, e33076.

UK Department of Health (2004). UK Code of Practice for international recruitment .

Velazco, M. (2008). Magnitud y flujos de la migración calificada de personal de salud en la Región andina - Estudio Multicéntrico: Migración Calificada en la Subregión Andina.

Velazco, M. (2010). Migraciones de Profesionales: Oportunidades para el Desarrollo Compartido (Quito: Organización Panamericana de la Salud).

Vujcic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., and Dal Poz, M.R. (2004). The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum. Resour. Health* 2, 3.

WFPHA (2005). Ethical restrictions on international recruitment of health professionals from low-income countries.

WHO - GHWA (2013). The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage.

Witt, J. (2009). Addressing the Migration of Health Professionals: The Role of Working Conditions and Educational Placements. *BMC Public Health* 9, S7.

WMA (2003). WMA statement on ethical guidelines for the international recruitment of physicians.

WONCA (2002). A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals: THE MELBOURNE MANIFESTO.





# Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos

## CONTENIDO

---

1. Resumen ejecutivo
2. Aspectos metodológicos: marco teórico y diseño de instrumentos.
3. Gestión de RHS: principales estrategias de desarrollo-escenarios nacionales
4. Construyendo un marco normativo sobre la gestión de RHS para APS
5. Reflexiones finales y conclusiones
6. Índices de diagramas, tablas y gráficos
7. Glosario de términos
8. Bibliografía
9. Anexos
10. Autoevaluación

# 1. RESUMEN EJECUTIVO

## 1.1. Introducción

En el marco del mandato y prioridades establecidas por los estados miembros, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), formula y aprueba el Plan Estratégico 2013 - 2017<sup>1</sup>, que incorpora en su objetivo 4, el desafío de “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud. Con este objetivo se busca disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la subregión y mejorar la salud colectiva a través del fortalecimiento de las políticas y planes de desarrollo de Recursos Humanos en los países de la subregión”, planteándose como visión que para “El año 2015, en la subregión andina, se habrá contribuido a conocer, analizar y subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud”.

La urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes proporciones de la población de la subregión carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud<sup>2</sup> y también en la necesidad de modificar el contenido de las acciones de salud enfatizando las estrategias de promoción y prevención, a objeto de enfrentar los problemas derivados del cambio epidemiológico y demográfico que experimentan los países de la subregión.

Existe un amplio consenso respecto que, para enfrentar estos desafíos, es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en APS, decisión que se ha expresado formalmente en el seno de las reuniones del Consejo Directivo de OPS, en las resoluciones del ORAS-CONHU, en las políticas de salud de cada uno de los países que lo integran, así como en instancias de trabajo conjunto con diversos actores representativos de la sociedad civil incluyendo los trabajadores de la salud y centro formadores.

De acuerdo con la definición planteada por OMS/OPS en el documento “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”, un “sistema de salud basado en APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal

---

<sup>1</sup>Resolución XXXIII 483 de los Ministros de Salud, aprueba el Plan Estratégico 2013 – 2017 del ORAS/CONHU.

<sup>2</sup>Fundamentos de los Sistemas de Salud y Salud Pública – Lectura “Organización, cobertura y dinámicas de cambio de los Sistemas de salud en América latina y el Caribe”, disponible en:[http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/32507/mod\\_resource/content/2/Modulo\\_1\\_Fundamentos/Material\\_principal/Organizacion\\_Cobertura\\_y\\_Dinamicas\\_Sistemas\\_Salud-CVFESP.pdf](http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/32507/mod_resource/content/2/Modulo_1_Fundamentos/Material_principal/Organizacion_Cobertura_y_Dinamicas_Sistemas_Salud-CVFESP.pdf)

naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia, social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”.

Sin embargo, a pesar del consenso existente y de los significativos esfuerzos realizados, los países que integran la subregión aún no han logrado consolidar el enfoque de salud basado en APS, evidenciándose, por una parte, diferentes niveles de desarrollo en cada uno de ellos, así como la existencia de las tensiones propias de los procesos de cambio. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de personal sanitario, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con el personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de salud.

En este contexto, junto con destacar la importancia de contar con recursos humanos de salud en cantidad y calidad suficientes, ORAS-CONHU ha impulsado la realización de diferentes iniciativas y estudios orientados a contribuir al funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la región, a partir de la generación y diseminación de conocimiento sobre gestión y desarrollo de recursos humanos de salud, expresión de ello, es la reciente aprobación de la Política Andina de Recursos Humanos de Salud<sup>3</sup>.

Continuando con el esfuerzo mencionado y en el contexto de las resoluciones aprobadas por los Ministros de Salud, los estados miembros de ORAS-CONHU con el patrocinio y financiamiento de la Corporación Andina de Fomento – Cooperación Italiana (CAF), decidieron realizar un estudio cuyo objetivo es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. Se busca, específicamente, identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

Es necesario destacar que durante la presente consultoría, se ha contado con la participación de las contrapartes nacionales, privilegiándose el intercambio de ideas y la generación de un espacio de reflexión y retroalimentación. Esta modalidad de

---

<sup>3</sup>Resolución XXXIII 474 de los Ministros de Salud, aprueba la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos.

trabajo ha sido posible gracias al compromiso demostrado por la mayor parte de los equipos ministeriales, quienes han realizado una importante contribución en pos del perfeccionamiento de los contenidos y logro de los objetivos del estudio.

## 1.2. Síntesis de los principales contenidos

De acuerdo al Plan de Trabajo concordado por las partes (Anexo N°1), un primer aspecto abordado durante el desarrollo del estudio, fue la definición de un marco teórico orientado a precisar el alcance y contenido de los conceptos de Gestión de RHS y Modelo de Atención, de manera de establecer un punto de partida común para el trabajo con las contrapartes técnicas nacionales, en base a definiciones ampliamente conocidas y validadas previamente (Capítulo 2).

La Gestión de RHS, se analizó prioritariamente desde tres perspectivas. Según las interacciones de la gestión de RHS con el mercado de la educación y del trabajo; como un proceso orientado según las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el sistema de gestión de RHS.

Por su parte, los aspectos constitutivos y características del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, se analizaron a partir de la visión sobre APS planteada por OMS/OPS, en el documento de posición "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud" (OPS/OMS) - Washington, D.C. 2007.

Posteriormente, en la perspectiva de analizar en forma integrada, la gestión de RHS y las características de los Sistemas de Salud basados en APS y organizados en RISS, se diseñó un instrumento de evaluación ad hoc, que intenta establecer la relación entre los ámbitos y atributos de la gestión de RHS priorizados, con la instalación del modelo de atención (tabla N° 2 – numeral 2.2.3).

Analizar esta relación constituye el objetivo central del estudio, considerando que se busca establecer si la gestión de RHS en el marco de un sistema de salud basado en APS, posee ciertas características distintivas que contribuyen con la instalación del modelo de atención. Dicho de otro modo, resulta necesario conocer si la gestión de RHS está alineada con las estrategias de desarrollo de la red integrada de salud y cómo se expresa lo anterior, desde el punto de vista de las políticas, sistemas y prácticas de gestión de RHS.

Estos instrumentos diagnósticos fueron aplicados por las contrapartes nacionales instancias que recopilaron información sobre el estado de desarrollo de cada uno de los atributos mencionados. La sistematización de dicha información está contenida en el Capítulo 3, denominado "Gestión de RHS: Principales Estrategias de Desarrollo-

Escenarios Nacionales”. Tal como se podrá observar, los países presentan estados de desarrollo diverso, sin embargo, existen visiones coincidentes sobre la necesidad de:

- Fortalecer la capacidad de rectoría de RHS, a través de políticas y normas de alcance nacional, así como del fortalecimiento de la capacidad de gobernanza sectorial.
- Desarrollar sistemas de planificación que permitan modelar la fuerza laboral según las necesidades de salud de la población.
- Potenciar el vínculo con el sector formador logrando un ajuste entre los perfiles, composición y cantidad de egresados y las necesidades del modelo de atención.
- Contar con sistemas de gestión del ciclo de vida laboral del personal de salud, coherentes con el modelo de atención y orientados a mejorar la disponibilidad, distribución, retención, motivación y aporte de los equipos de salud.

A partir de la información obtenida, así como de una revisión bibliográfica sobre tendencias y experiencias de gestión de RHS, el Capítulo 4, denominado “Construyendo un Marco Normativo Sobre la Gestión de RHS para APS”, plantea una visión sobre el estado de desarrollo de los sistemas de gestión de RHS en los países andinos y posibles estrategias complementarias, para cada uno de los cinco ámbitos definidos: Gobernanza; Planificación; Formación; Gestión del Empleo; Gestión del Desempeño y Desarrollo Institucional y Organizacional, basado en una concepción de la gestión de RHS como un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora; que se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención; que aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario y que gestiona el desempeño del talento humano de salud logrando su máximo aporte en un entorno laboral seguro, productivo y satisfactorio para todos sus miembros.

Al inicio del capítulo se plantean algunas reflexiones sobre el contexto en que se sitúa el análisis, tales como, las opciones adoptadas por los países en torno a la salud como un derecho ciudadano garantizado, el grado de formalización existente respecto del modelo de atención, la existencia de planes globales de desarrollo de social o sectorial, así como la situación global de los RHS a partir del análisis de algunos indicadores de las Metas Regionales de RHS al 2105 – OPS.

Se identifican algunos elementos distintivos de la gestión de RHS que podrían ser coherentes con un modelo de atención basado en APS y que podrían contribuir, desde el ámbito de los RHS, a su fortalecimiento y consolidación. La propuesta plantea la

necesidad de redefinir la contribución de la gestión de RHS, contrastando la situación existente en sistemas de salud fragmentados, respecto de aquellos organizados en redes integradas. Se señala que, en el primer caso, los procesos de gestión de RHS se focalizan en unidades organizacionales específicas (establecimientos de salud) en forma independiente unas de otras y tienen un alcance singular. En cambio, en el segundo escenario, el foco es sobre una red articulada de instituciones que, para lograr sus objetivos, debe actuar coordinadamente e interactúa principalmente a través de procesos de referencia y contra referencia.

Esta diferencia que puede ser obvia desde un punto de vista del funcionamiento de los Sistemas de Salud, tiene implicancias sobre todas las áreas de gestión y, muy especialmente, sobre la gestión de RHS y cada uno de sus componentes expresados en términos generales en Sistemas, Políticas y Prácticas de Liderazgo y Gestión.

Por último, el capítulo 5 plantea algunas reflexiones finales, así como algunas recomendaciones para avanzar en la consolidación de un sistema de gestión de RHS alineado con el modelo de atención, que contribuya a resolver las necesidades de personal sanitario y, como consecuencia, permita mejorar el rendimiento del sistema de salud en su conjunto.

## 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS: MARCO TEÓRICO Y DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Considerando el objetivo de la consultoría y dada la existencia de diversas visiones sobre Gestión de RHS, así como sobre el Modelo de Atención, un primer aspecto abordado fue la definición de un marco teórico útil para precisar el alcance y contenido de ambos conceptos y establecer un punto de partida común para el trabajo con las contrapartes técnicas nacionales, en base a definiciones ampliamente conocidas y validadas previamente.

Posteriormente, el trabajo se orientó al diseño de una metodología para la recolección y sistematización de la información sobre las estrategias de gestión de RHS aplicadas por los países en el marco de la instalación del modelo de salud, siendo el mayor desafío lograr un método (instrumentos y procedimientos) que permitiera analizar, en forma integrada, la gestión de RHS y las características de los Sistemas de Salud basados en APS y organizados en RISS.

## 2.1. Marco teórico

### 2.1.1. Concepto y elementos del Modelo de Atención

Para analizar los aspectos constitutivos y características del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, se utilizaron los conceptos planteados por OMS/OPS en su documento "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud" (OPS/OMS) - Washington, D.C. 2007.

Un primer concepto es el referido a Sistema de Salud, entendido como "el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud", identificándose que cumplen tres funciones esenciales: la rectoría; el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Por su parte, se entiende como Sistema de Salud basado en APS "aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados por la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad".<sup>4</sup>

En un plano operativo, una de las principales expresiones del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, son las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estrategia que contribuye a hacer realidad varios de los elementos más fundamentales de la APS, tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; la acción intersectorial entre otros<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>Definición disponible en el siguiente enlace de la página web de OPS : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3176&Itemid=3536&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3176&Itemid=3536&lang=es)

<sup>5</sup>Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas

Con independencia de los modelos específicos de organización que tengan los países, se han identificado algunos atributos esenciales de las RISS, organizados en cuatro ámbitos de abordaje: 1. Modelo Asistencial; 2. Gobernanza y Estrategia; 3. Organización y Gestión, ámbito que incluye la disponibilidad de RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; y 4. Asignación e Incentivos.

Finalmente, Modelo Asistencial o de Atención, es una definición de carácter técnico asistencial que establece los principios orientadores del quehacer de los equipos de salud, es “un modo de relación de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como una acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”<sup>6</sup>.

Este modo de hacer salud, pone al centro de las acciones de salud a la persona en su contexto dentro de un determinado territorio. Tanto la estrategia de territorialización, como la existencia de un primer nivel de atención amplio, multidisciplinario y dotado de capacidad resolutive, favorecen la incorporación del enfoque familiar, comunitario e intercultural y, como consecuencia, contribuyen a la mayor pertinencia de las acciones de salud, aumentan la sensación de empoderamiento de la población respecto de su situación de salud y permiten lograr mayores niveles de efectividad y calidad del sistema de salud en su conjunto.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su auto cuidado, gestión y promoción. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar

---

<sup>6</sup>Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud, familiar y comunitaria. Ministerio de Salud de Chile – Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_nuevo\\_home/nuevo\\_home.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html)

las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos<sup>7</sup>.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en los siguientes:

- Que esté centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.
- Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados.
- Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
- Que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada.
- Que trabaje en red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.
- Que tienda al cuidado ambulatorio.
- Que abra espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.

### 2.1.2. Concepto y elementos de la gestión de RHS

Desde un concepto restrictivo, podría entenderse como gestión de recursos humanos, todas aquellas acciones que, organizada y sistemáticamente, realiza una organización con el propósito de contar con el personal necesario en el momento oportuno, según las necesidades y aspiraciones definidas por la propia organización. A partir de este concepto, es posible entender la gestión de RRHH como la administración, con mayor o menor desarrollo estratégico, de los diferentes subsistemas que involucra el ciclo de vida laboral de los miembros de la institución. Este mismo concepto podría aplicarse a las organizaciones de salud, cuando estas se analizan como entidades independientes unas de otras.

---

<sup>7</sup>Versión Preliminar del Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar (29 de septiembre de 2013), Vice Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Colombia.

Sin embargo, considerando que el objeto de estudio de la consultoría es la gestión de RRHH en los sistemas de salud, es necesario aplicar un concepto amplio que considere, no sólo la gestión de RHS en el ámbito de las instituciones prestadoras en forma independiente, sino también sus interacciones como parte de una red asistencial, además de las funciones que en este ámbito le compete a la autoridad sanitaria nacional y a las entidades de formación, roles que modelan significativamente las opciones estratégicas y operativas que los países adoptan en el ámbito de la gestión de RHS.

Lo anterior se observa gráficamente en el siguiente diagrama del campo de los RHS, espacio en que se producen una serie de interrelaciones prioritariamente en tres ámbitos o mercados<sup>8</sup>: el de la formación de RHS, el del trabajo en salud y el de provisión de servicios de salud. La interacción de estos “mercados” dependerá en gran medida de la capacidad u opciones de regulación que ejerza directamente el estado y/o de aquellas que generen la acción de otros actores o grupos de interés, como por ejemplo los colegios profesionales, gremios u organizaciones ciudadanas.

Diagrama 1  
La Gestión de RHS y las interacciones con el mercado de la educación y del trabajo



<sup>8</sup>Planificación estratégica de recursos humanos en salud/Mario Rovere. -Washington, D.C.: OPS, c1993- ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96)

Teniendo en cuenta los elementos señalados, un concepto amplio de gestión de RHS es el que considera que “La gestión de recursos humanos en salud, trasciende el ámbito institucional de los servicios de salud, ya que involucra procesos inherentes al trabajador, a la propia institución y la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco de la política de salud y el modo de organización sanitaria vigente, además de la dinámica propia de las instituciones formadoras y la existencia, o no, de políticas y mecanismos de regulación de la educación en salud articuladas. En esa dimensión, el objeto sobre el cual se gestiona, es el trabajo en salud, siendo este un espacio de intervención potente para el logro de resultados sanitarios”<sup>9</sup>.

En base a la definición utilizada por Management Sciences for Health<sup>10</sup>, se podría decir que el objetivo de la gestión de recursos humanos es prever las necesidades de recursos humanos, contratar, motivar, desarrollar y conservar a los empleados, con el fin de que la organización, entendida ésta como el sistema de salud en su conjunto, alcance las metas establecidas a través del uso integrado de sistemas, políticas y prácticas.

Definido el concepto y objetivos de la gestión de RHS, es necesario identificar cuáles son las funciones esenciales atribuibles al campo de la gestión de RHS, para lo cual se utilizarán dos esquemas de análisis complementarios. La propuesta de OMS incluida en su “Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos” y la de Capacity Project incluida en su documento “Gestión de recursos humanos en el sector de salud”.

OMS propone efectuar el análisis de la gestión de RHS a partir de la “necesidad de supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo de vida laboral, la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vidas en el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan”<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup>Marco conceptual sistema de gestión descentralizada de recursos humanos en salud - María Casas Sulca. Marzo, 2009 - Informe producido para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

<sup>10</sup>Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. The eManager Number 1 – 2009. msh.org

<sup>11</sup>Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos / editado por Mario R. Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain y Agnes L.B. Soucat. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial y Estados Unidos. Agencia para el Desarrollo Internacional. Organización Mundial de la Salud, 2009 – las citas siguientes del Manual se identificarán como Manual OPS de RHS.

Diagrama 2

Dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral



Según el modelo planteado por OMS/OPS, Los componentes, propósitos y desafíos principales de la Gestión de RHS, son los siguientes:

Tabla 1  
Componentes de la Gestión de RHS – a partir del Ciclo de Vida Laboral

Fase del Ciclo de Vida	Componentes/Acciones	Propósitos centrales	Desafíos para lograrlo
<b>Entrada</b>	Preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contratación eficaces y éticas.	Producir y preparar un número suficiente de trabajadores motivados que posean las competencias técnicas adecuadas, y cuya distribución geográfica y sociocultural los haga asequibles, aceptables y disponibles para llegar a los diversos clientes y poblaciones de manera eficiente y equitativa.	Desarrollar procesos de planificación de RHS, además de gestionar y presupuestar activamente todo el proceso de producción de personal sanitario, prestando especial atención a la creación de sólidas instituciones de formación de profesionales sanitarios, o a la articulación y regulación de las existentes, así como a la mejora de los mecanismos de control de calidad para los trabajadores calificados, y el fortalecimiento de las capacidades en materia de contratación laboral.

<b>Etapa laboral</b>	Diseño e implementación de estrategias para mejorar el desempeño del personal sanitario, dirigidas hacia la disponibilidad, la competencia, la idoneidad, la sensibilidad a las necesidades y la productividad de las personas integradas en ese momento en el sector sanitario.	Mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado.	Considera evaluar los RHS en el contexto de la prestación de servicios de salud en una amplia variedad de lugares de trabajo, y en el contexto más general de los mercados de trabajo nacionales
<b>Salida</b>	Gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos	Limitar las pérdidas de recursos humanos por salidas o las pérdidas no planificadas o excesivas de personal sanitario que pueden poner en peligro el desempeño de los sistemas de salud y agravar la fragilidad de algunos de ellos.	Se requiere hacer frente a las presiones del mercado que puedan inducir a la migración (interna y externa), mejorar las condiciones del lugar de trabajo a fin de que el sector de la salud se considere una opción profesional favorable, y reducir los riesgos para la salud y la seguridad del personal sanitario.

Tabla de elaboración propia en base al Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos

Señala además OMS, respecto de las políticas y de la gestión, que “el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave en cada etapa”<sup>12</sup>. Bajo este esquema las funciones de rectoría y regulación del Campo de los RHS son analizadas dentro de cada una de las etapas del ciclo laboral y no como una función separada de gobernanza del sistema.

Por su parte, Capacity Project propone el siguiente esquema<sup>13</sup>, en que básicamente identifican 5 áreas de trabajo que forman parte del campo de acción de los RRHH y las tareas atribuibles a cada una de ellas, a saber: Capacidad de Gestión de RRHH; Políticas y Prácticas de RRHH; Gestión del Desempeño; Capacitación y Sistemas de Información de RRHH.

Junto con proponer la clasificación funcional anterior, Capacity Project plantea la existencia de características que hacen del sector salud un “cliente atípico” en el

<sup>12</sup>Manual de OPS de RHS – pag. 10.

<sup>13</sup>Capacity Project: Compartiendo conocimientos Marzo de 2006 Gestión de recursos humanos en el sector de salud Ummuro Adano, Management Sciences for Health disponible en: [http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief\\_2\\_s.pdf](http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_2_s.pdf)

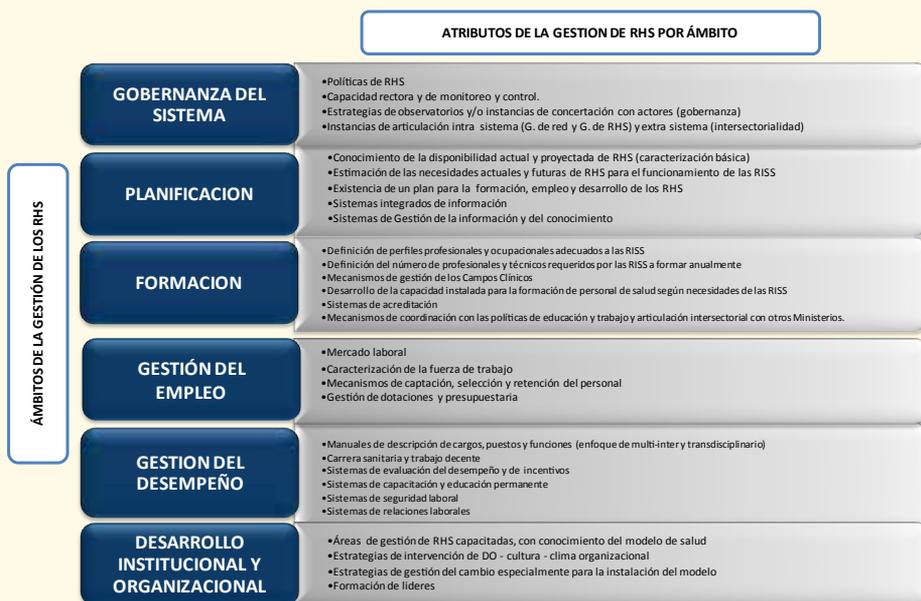
ámbito de la gestión de RRHH, condición que afecta la posibilidad de implementar intervenciones eficaces que generen resultados específicos para el sector. Entre los puntos señalados se cuenta, por ejemplo, el vínculo entre el sector salud y los procesos de regulación y control estatal por el uso de cuantiosos recursos fiscales; la especial composición y naturaleza de los equipos de salud con sus diferentes visiones y status; los niveles de influencia de los colegios profesionales sobre aspectos propios de la gestión de RRHH (requisitos de ingreso o definición del campo de acción profesional por ejemplo); el tipo de relación entre profesionales o, entre estos y los usuarios, generando lealtades por sobre la existente con el sistema de salud propiamente tal. Estas características si no son adecuadamente consideradas y gestionadas, podrían limitar el impacto de las intervenciones de recursos humanos, especialmente en países en que la gestión de RHS no responde a un sistema integrado sino que a uno fragmentado en que cada parte genera sus propias reglas y condiciones.

## 2.2. Diseño de instrumentos

### 2.2.1. Identificación de las dimensiones y atributos de la Gestión de RHS

A partir de los esquemas presentados en el marco teórico, se organizaron las tareas y acciones propias de la Gestión de los RHS en seis ámbitos prioritarios: Gobernanza del Sistema de RHS; Planificación de RHS; Formación del RHS; Gestión del empleo en salud; Gestión del desempeño de los equipos de salud y Desarrollo Institucional y Organizacional. Este esquema es una agrupación arbitraria de los roles y funciones del campo de la Gestión de RHS, hecho sólo con propósitos operacionales referidos a los objetivos del estudio en que se destacan por cada ámbito, las funciones y/roles entre las que se posteriormente se priorizaron aquellos que podrían tener mayor relación con la instalación del modelo de atención.

Diagrama 3  
Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS



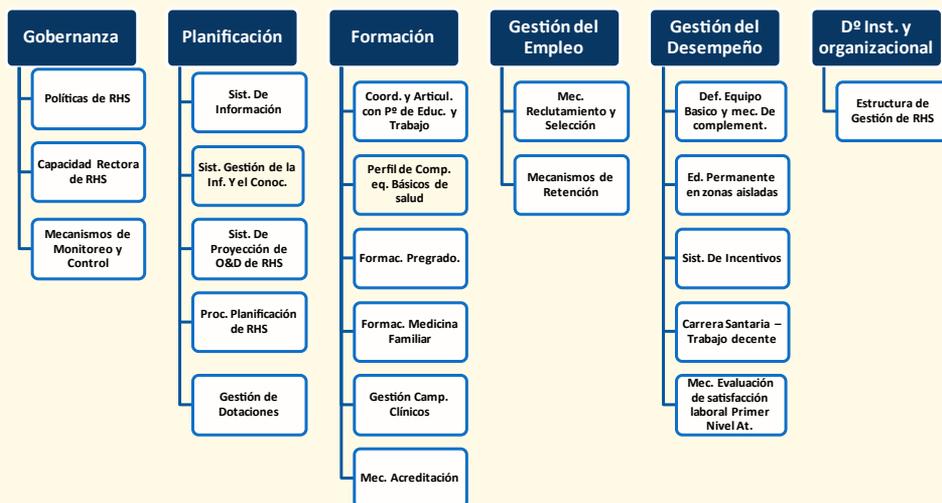
Esquema de elaboración propia en base a los marcos conceptuales

### 2.2.2. Priorización de los atributos de la Gestión de RHS

Del total de los atributos identificados, se priorizaron 22. La selección se realizó en conjunto con las contrapartes técnicas, considerando la mayor relación que podría existir entre dichos atributos y el nivel de implementación del modelo de atención.

Diagrama 4

Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS Priorizados



Esquema de elaboración propia en base a los marcos teóricos y el trabajo con las contrapartes

### 2.2.3. Relación entre Gestión de RHS y características y atributos de las RISS

Para cada una de las dimensiones y atributos de la Gestión de RHS priorizadas, se identificó el vínculo existente con las características de las RISS de acuerdo a las características definidas por OPS. Analizar esta relación resulta necesario si se concibe que la gestión de RHS debiera estar alineada con las estrategias de desarrollo de la red asistencial, además de considerar, en los diferentes niveles y componentes del sistema de salud, diferentes roles y responsabilidades, según se trate de:

- Nivel Macro o Sistema Nacional cuyo perfil se orienta hacia la rectoría, planificación estratégica, regulación y control.
- Nivel intermedio o meso orientado a la gestión y/o articulación de las redes de salud que forman el sistema.
- Nivel institucional o micro, referido a la gestión de establecimientos de salud y equipos de trabajo.

Tabla 2

Relación entre los atributos de la GRHS y los ámbitos y atributos de las RISS

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
GOBERNANZA	<p>1. Políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud</p> <p>2. Capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS</p> <p>3. Mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Gobernanza y estrategia (atributos 7 – 8) Sistema de gobernanza único para toda la red; participación social amplia y acción intersectorial</p>
PLANIFICACION	<p>4. Procesos de planificación de RHS institucionalizados, integrados y de alcance nacional que incorpora todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)</p> <p>5. Sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente</p> <p>6. Sistemas de información integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud</p> <p>7. El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo, generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud</p> <p>8. Estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en el nivel primario de salud, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributos 10 – 11 - 12) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. Sistemas de información integrados.</p>

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
FORMACION	<p>9. Mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial</p> <p>10. Incorporación de las competencias propias del enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad</p> <p>11. Diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria</p> <p>12. Programas institucionalizados para priorizar la formación en medicina familiar</p> <p>13. Mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural</p> <p>14. Disponibilidad de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributos 9 - 11) Acción intersectorial. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red</p>
GESTION DEL EMPLEO	<p>15. Sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS</p> <p>16. Mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p>

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
GESTION DEL DESEMPEÑO	17. Definición de la composición de los equipos básicos de salud, así como las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p> <p>Asignación e Incentivos (atributo 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.</p>
	18. Estrategias de educación continua con énfasis en APS y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso	
	19. Sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación	
	20. Sistemas de carrera sanitaria o trabajo decente (según corresponda) orientada hacia la APS	
DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	21. Estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p> <p>Asignación e Incentivos (atributo 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.</p>
	22. Aplicación de instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	

Tabla de elaboración propia en base a los marcos teóricos

## 2.2.4. Diseño de Instrumentos de Recolección de Información

Se diseñaron 3 instrumentos cuyo objetivo inmediato era obtener información cuali/cuantitativa en la perspectiva de analizar en forma integrada la gestión de RHS y las características del modelo de salud, pero que en el mediano y largo plazo pueden servir como una herramienta de autoevaluación para identificar posibles fortalezas y desafíos de los sistemas de gestión de RHS, contribuyendo a la elaboración de planes

de desarrollo de la gestión de RHS y que, aplicado en diferentes momentos, podría ser útil para analizar los avances obtenidos (Anexo N°2).

Para cada uno de los atributos priorizados se describe una posible fase de instalación o desarrollo con sus respectivas características mínimas, considerando cuatro posibles estados: Poco o Nulo Desarrollo - Desarrollo Intermedio - Desarrollo Avanzado - Desarrollo Consolidado. Lo anterior posibilitará identificar, en base a variables comunes, las áreas de fortaleza y desafíos en la gestión de RHS y, posteriormente, compartir información acerca de las prácticas que han posibilitado un buen nivel de desarrollo, así como también aquellas que no han logrado los resultados esperados, pero cuyo conocimiento permitirá identificar los elementos no favorables para la implementación de los modelos deseados.

Adicionalmente, los instrumentos consideran espacio para describir las principales características de la política, estrategia, proceso o sistema en aplicación que cada país ha implementado por cada atributo de la gestión de RHS. Esta información se tomó como base para la descripción de los marcos conceptuales y/o normativos utilizados por los países y para delinear los modelos de gestión apropiados a la necesidad de instalación del modelo de atención.

### 3. GESTIÓN DE RHS: PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE DESARROLLO. ESCENARIOS NACIONALES

Los resultados de la autoevaluación realizada por cada contraparte nacional, están contenidos en en versión digital adjunta a la presente publicación. La información se entrega considerando una primera parte de caracterización del país denominada “Panorama General”, en que se aporta información sobre elementos del contexto en que se sitúa la gestión de RHS, con énfasis en aspectos sanitarios y sociales. Se apoya en la selección de algunos indicadores económicos, sanitarios y sociales<sup>14</sup>. Posteriormente, se hace una descripción general de las principales características del sistema de salud, así como del proceso de instalación del modelo de atención y de los principales desafíos y logros en el ámbito de la gestión de RHS.

---

<sup>14</sup>Esperanza de vida, tasa de mortalidad materna, tasa de pobreza, tasa de indigencia, PIB per cápita, gasto público en salud como % del PIB y el coeficiente de gini sobre inequidad en la distribución del ingreso

En la segunda parte, se entregan los resultados de la autoevaluación por cada componente de la gestión según los ámbitos y atributos contenidos en el diagrama N°4, así como una caracterización de la situación actual que respalda la ubicación del país en el nivel de desarrollo seleccionado. Participaron en esta fase del estudio Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú.

## 4. CONSTRUYENDO UN MARCO NORMATIVO SOBRE LA GESTIÓN DE RHS PARA SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS

### 4.1. Reflexiones generales

El objetivo planteado por este estudio es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. De este objetivo se desprenden dos supuestos centrales. El primero es que los países han optado e instalado o están en proceso de instalación de un modelo de atención organizado según los principios y valores de la APS renovada y, el segundo, que existirían ciertas prácticas de gestión de RHS especialmente diseñadas para el funcionamiento en esta modalidad de organización.

Tal como se planteaba al inicio del estudio, los países andinos han logrado, en distintos niveles, una implementación parcial del modelo de atención basada en APS y, por consiguiente, la gestión de RHS también está, como se verá a lo largo de este capítulo, en una fase de transición desde paradigmas más tradicionales, hacia otros que buscan reflejar y responder de mejor manera a los desafíos de este nuevo esquema de organización de los Sistemas de Salud.

Sin perjuicio de anterior, ante los cambios políticos, sociales y epidemiológicos que enfrentan los países, se ha observado un reposicionamiento de la estrategia de AP como el sistema de organización que permite mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, frente a una ciudadanía cada vez empoderada y en un contexto de reconocimiento de la salud como un derecho humano.

De acuerdo con la información analizada, una serie de elementos permiten proyectar un escenario favorable para avanzar en la consolidación del modelo de atención y

mejorar la gestión de RHS, adecuándola a sus requerimientos. Entre estos es posible destacar los siguientes:

- Incorporación del enfoque de la salud como un derecho, alcanzado incluso en algunos países como Ecuador y Bolivia, el reconocimiento constitucional. En otros, como Chile, Colombia y Perú, los Estados asumen la responsabilidad de garantizar el acceso a servicios de salud.
- Definición formal del modelo de atención caracterizado por la organización en redes integradas de servicios de salud, basados en los principios y valores de Atención Primaria<sup>15</sup>, constituyendo un marco conceptual y práctico, para la definición de políticas y planes sectoriales, especialmente en el área de los RHS.
- Establecimiento de políticas y estrategias para fortalecer la capacidad de rectoría sectorial y de planificación sanitaria. A modo de ejemplo se pueden mencionar, el “Plan Sectorial de Salud: Hacia la Salud Universal” de Bolivia; “El Plan Nacional de Desarrollo” y el “Plan del Buen Vivir”, de Ecuador; “La Estrategia Nacional de Salud” de Chile; los proyectos de ley sobre reforma sectorial en Colombia, denominados “Ley Ordinaria y Ley Estatutaria” y, el “Plan Nacional Concertado de Salud” de Perú.
- Existencia de marcos globales de políticas de RHS<sup>16</sup> que, sin perjuicio de estar más orientadas hacia las instituciones públicas, establecen directrices para el personal de salud en su conjunto (público y privado).
- Implementación de estrategias de ordenamiento de la gestión de RHS, especialmente en el ámbito de la formación, desarrollo de sistemas de gestión y aplicación incipiente de herramientas de planificación de RHS<sup>17</sup> y proyección de oferta y demanda de personal sanitario.

---

<sup>15</sup>Bolivia: Decreto Supremo N° 29.601, aprueba el Nuevo Modelo de Salud Boliviano-Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (SAFCI). Colombia: Ley 1438 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Social. Chile: Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Ecuador: Acuerdo Ministerial 725 – 1162 de 2012 que aprueba el Modelo Integral del Sistema Nacional de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural. Perú: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad MAIS-BFC (2011).

<sup>16</sup>Políticas de RHS disponibles en los siguientes enlaces: Bolivia: [http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/BOL\\_OPS&MSD\\_PoliticaRHUS\\_2008.pdf](http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/BOL_OPS&MSD_PoliticaRHUS_2008.pdf). Chile: [http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica\\_rhs\\_chi2012.pdf](http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf). Colombia: Política de THS: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/POL%C3%8DTICATHS201204.pdf>. Perú: Documento “Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud”, estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los recursos humanos en salud. Perú - Ministerio de Salud - IDREH - Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos. 1ª edición-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud - N° 2. 68 pp. Ecuador está en proceso de validación de las políticas de RHS.

<sup>17</sup>Tanto Chile, Ecuador como Perú están aplicando un conjunto de estándares, normas o procedimientos establecidos para definir las dotaciones de personal sanitario en diferentes puntos de la red asistencial. Este tema se tratará en el punto referido a Sistemas de Planificación.

Teniendo presente los avances registrados y el escenario descrito, los países siguen identificando, con diferentes niveles de complejidad según los desarrollos específicos que han logrado, la presencia de un conjunto de problemas persistentes, que coinciden con los visibilizados a partir de los planteamientos contenidos en el “Llamado a la Acción de Toronto” y, con posterioridad, a la definición de las “Metas Regionales de RHS 2007 - 2015”, ente los que cabe desatacar:

- Brecha cualitativa de RHS, especialmente respecto del conocimiento del modelo de atención y del enfoque de interculturalidad<sup>18</sup>, aspecto que se transforma en una barrera de acceso para parte importante de la población originaria de la región andina.
- Insuficiente disponibilidad de personal de enfermería, quienes al igual que los otros integrantes del equipo de salud, evidencian brechas de conocimientos respecto del modelo de atención.
- Distribución inequitativa del RHS, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural, generando problemas críticos de retención en zonas rurales, marginales o aisladas y brechas significativa de RHS en zonas de mayor vulnerabilidad social.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que estos sistemas debieran tener en un contexto de organización basado en sistemas integrados de servicios de salud.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas (inestabilidad, multiempleo, inseguridad y riesgos laborales), que afectan la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores del sector salud.
- Procesos de descentralización implementados sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generando un debilitamiento de la gestión de RHS e impactando negativamente la capacidad de rectoría del sistema.
- Procesos de formación y esquemas de incentivos que privilegian visiones centradas en aspectos biomédicos, reforzando las opciones de los profesionales hacia especialidades médico/quirúrgicas, por sobre perfiles generalistas y de salud familiar.

---

<sup>18</sup>Metas 7 de las Metas Regionales de RHS, sobre el desarrollo de competencias en salud pública e interculturalidad señala los siguientes resultados sobre el mínimo de un 70% exigido: (Bolivia 38.8% del 70% - Chile 100% del 70% - Colombia S/D – Ecuador 43% del 70% - Perú 91% del 70%)

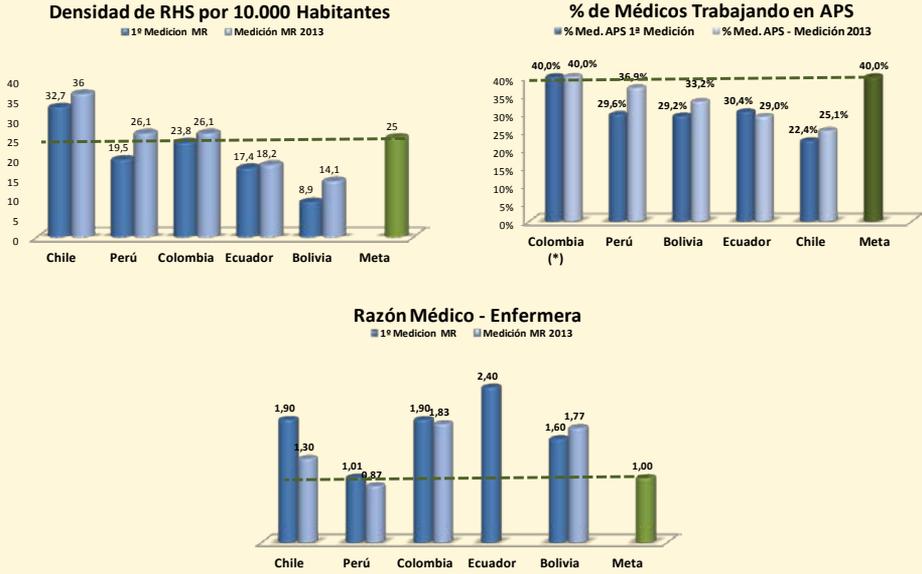
Este diagnóstico se refuerza al observar los resultados obtenidos en el marco del proceso de medición de las Metas Regionales de RHS correspondiente a los años 2009 y 2013, los que reflejan una evolución positiva, pero insuficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población y las condiciones de funcionamiento del sistema, observándose por ejemplo que:

- Respecto de la meta sobre densidad mínima de RHS por población (25 profesionales nucleares<sup>19</sup> \*10.000 habitantes), Perú y Colombia lograron superar levemente el mínimo. En tanto, Ecuador y Bolivia registran aún escasez crítica de personal de salud. Por su parte, Chile se encuentra en una situación más favorable respecto de este indicador, persistiendo los problemas de concentración en zonas urbanas y grandes ciudades, así como entre los sectores público y privado, que genera importantes problemas de acceso equitativo a la atención de salud.
- El mismo efecto se observa respecto de la proporción de médicos trabajando en APS. Si bien el indicador registra una mejoría, ninguno de los cinco países ha alcanzado la meta mínima (40% del total de médicos se desempeña en AP), siendo Perú el país que presenta un mayor avance dentro del período observado, resultado que podría atribuirse a la estrategia de fortalecimiento de la medicina familiar (aumento de cupos para la formación y aumento de los centros de atención acreditados para impartir la especialidad).
- Respecto de la proporción entre médicos y enfermeros (1/1), sólo Perú ha logrado alcanzar dicho estándar mínimo, en tanto los otros países están más cerca de una proporción de 2 médicos por enfermero.

---

<sup>19</sup>Profesionales Nucleares de la salud: Médicos – Enfermeros - Obstetrices

Gráfico 1  
Sobre Densidad y Composición del RHS  
Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS



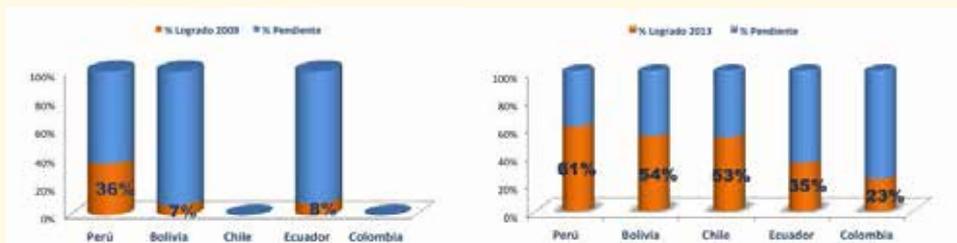
Fuente: Informe sobre Metas Regionales de Salud-OPS Disponible en: <http://dev.observatoriorh.org/index.php?q=node/464>

(\*) La situación de Colombia el gráfico de % de médicos en APS es sólo una estimación dado que el país no tenía a la fecha de la medición desarrollado el sistema de salud basado en APS.

En el caso de indicadores relacionados con la calidad y competencias del RHS, como el referido a conseguir que un 80% de las escuelas de salud orienten su currículo hacia APS, se registra una mejoría respecto de 2009, sin embargo, todos los países están aún lejos de alcanzar la meta planteada, cuyo logro es clave en la perspectiva de contar con una masa crítica de profesionales competentes para actuar como agentes de cambio y transformación del modelo de atención.

Gráfico 2

80% de Escuelas de la Salud han reorientado su formación hacia la APS  
Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS



Fuente: Informe sobre Metas Regionales de Salud-OPS Disponible en: <http://dev.observatoriorh.org/index.php?q=node/464> Colombia y Chile no informaron esta meta durante la 1ª medición La información de Perú considera sólo dos universidades

Este resultado, sumado a la evaluación cualitativa, abren un espacio de reflexión en torno a la efectividad de las políticas y estrategias de desarrollo de los RHS actualmente utilizadas, las que a la luz de esta primera aproximación, podrían requerir de un fuerte impulso innovador, motivando la búsqueda de otros paradigmas menos explorados que contribuyan a mejorar el aporte del área al logro de los objetivos sanitarios y, especialmente, a la satisfacción de las necesidades de salud de la población beneficiaria.

Un aporte en la línea planteada, es identificar, en coherencia con los objetivos del estudio y a partir de la información entregada por cada país, qué modelos y estrategias de gestión de RHS se están aplicando actualmente en la subregión y los efectos que éstas han tenido sobre la disminución de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

## 4.2. Sistemas de gestión de RHS de los países andinos: tendencias actuales y estrategias complementarias

A continuación se analizará, en base a la información aportada por cada país y contenida en el capítulo referido a escenarios nacionales, las principales tendencias observadas, así como las posibles estrategias que podrían complementar los modelos utilizados actualmente, en cada uno de los cinco ámbitos definidos.

Este análisis se construye sobre la base a una concepción de la gestión de RHS como un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza

y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora; que se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención; que aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario y que gestiona el desempeño del talento humano de salud logrando su máximo aporte en un entorno laboral seguro, productivo y satisfactorio para todos sus miembros.

#### 4.2.1. Gobernanza

Existen diferentes definiciones sobre el término gobernanza, sin embargo, en su mayoría se constata la presencia de algunos elementos comunes:

- Existencia de diversidad de actores, con intereses, experiencias y realidades propias.
- Espacios sociales en que estos actores se encuentran e interactúan.
- Interés compartido en torno a temas específicos, con existencia de objetivos y visiones particulares.
- Capacidad de influencia mutua entre los actores.
- Voluntad para llegar a acuerdos o, en algunos casos, ejercicio de poder hegemónico de unos actores sobre otros.

De acuerdo a la definición aportada por Bazzani<sup>20</sup>, se entiende que la gobernanza está referida a “Los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (formales e informales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones”. Otra visión de gobernanza es la sistémica, que puede ser entendida de acuerdo con la definición de Cunill<sup>21</sup>, como “el alineamiento e integración en torno a una visión común de los diversos actores gubernamentales, cualesquiera sea su adscripción, actuando así como un sistema para la efectiva protección de un derecho instituido”.

De acuerdo con lo señalado, en un contexto de alta complejidad, como es el caso de los sistemas de salud, marcados por la existencia de múltiples actores con diferentes roles, intereses y cuotas de poder formal o informal, se requiere desplegar importantes capacidades de gobernanza, que permitan alinear y cohesionar a dichos actores en torno a visiones comunes y objetivos compartidos, evitando tensionar

---

<sup>20</sup>Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en Sistemas de Salud – Roberto Bazzani – Revista de salud Pública, Volumen 12 sup (1): 1-7, 2010. International Development Research Centre (IDRC).

<sup>21</sup>Políticas Públicas con enfoque de derechos: gobernanza y accountability en los procesos de reforma – Nuria Cunill Grau.

innecesariamente el sistema y poner en riesgo el cumplimiento de los propósitos planteados.

Un ejemplo clásico de lo anterior, está dado por la diversidad de enfoques con que diferentes actores del sector, pretenden orientar la formación del personal de sanitario. Universidades, Gobierno (Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Hacienda), Alumnos, Colegios Profesionales y Comunidad, entre otros, cada uno con intereses particulares y, en muchos casos, divergentes, ejercen las cuotas de poder e influencia que poseen, para mantener el statu quo o impulsar procesos de transformación como los requeridos en el contexto de instalación del modelo de atención.

Sin perjuicio de lo anterior, dado que los actores gubernamentales están dotados de la legitimidad propia de los procesos democráticos que los sustentan y están investidos de capacidad normativa, reguladora y fiscalizadora, tienen un mayor nivel de responsabilidad al momento de impulsar determinadas políticas públicas orientadas al logro de un bien superior, siendo necesario en ese ejercicio de poder, cuidar la armonía del sistema evitando problemas de gobernabilidad.

Para analizar el estado de desarrollo de los procesos de gobernanza de RHS y conocer el grado de "alineación e integración" de los actores en torno a visiones comunes en este ámbito, se evaluó la presencia de los siguientes atributos:

- Existencia de Políticas de RHS plenamente institucionalizadas, diseñadas con visión de red integrada de servicios de salud y comprensivas de los procesos globales del ciclo de vida laboral del personal de salud.
- Ejercicio de Capacidad de Rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, sobre los procesos de gestión de RHS y sobre las opciones de las Instituciones de Formación.
- Utilización de Mecanismos de Monitoreo y Control, que permitan asegurar la aplicación de las políticas y normas que regulan el campo de los RHS, además de reorientarlas en una lógica de mejoramiento continuo.

Tal como se puede observar en la tabla 3, los resultados obtenidos en este ámbito muestran un nivel de desarrollo entre intermedio y avanzado, lo que refleja que todos los países tienen algún desarrollo de estos atributos, sin haber alcanzado su plena institucionalización, efectividad o integración a nivel de la red asistencial en su conjunto:

Tabla 3  
Evaluación del Ámbito de Gobernanza de RHS

I. GOBERNANZA	1. Políticas de RHS	2. Capacidad de Rectora de RHS	3. Mecanismos de Monitoreo y Control
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS
		Ecuador	
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con políticas de RHS que, teniendo visión de red integrada, no han logrado su plena institucionalización	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, evidenciando limitada capacidad rectora sobre instituciones formadoras	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS
	Chile – Ecuador - Perú	Chile	
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con políticas de RHS fragmentadas que carecen de visión de red	El nivel de gobernanza posee capacidad parcial de rectoría abarcando ámbitos específicos de los RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos parciales de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS
	Colombia	Bolivia - Colombia - Perú	Colombia - Chile - Ecuador - Perú
Poco o nulo desarrollo	El país no cuenta con políticas de RHS o cuenta con definiciones limitadas	El nivel de gobernanza no posee capacidad de rectoría o posee una capacidad de rectoría limitada	El nivel de gobernanza no cuenta con mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS o los aplica débilmente
	Bolivia		Bolivia

Respecto del primer atributo referido a contar con Políticas de RHS institucionalizadas y con visión de red integrada, todos los países, excepto Colombia y Ecuador que están en proceso de validación de las propias, disponen de políticas explícitas de desarrollo de RHS formuladas en base a una caracterización de la situación nacional de RHS y a una visión que reconoce en el modelo de atención basado en APS y en los objetivos sanitarios establecidos en los diferentes planes de desarrollo nacional y/o sectorial, el contexto prioritario en que se inscriben.

Un elemento distintivo, respecto de esfuerzos previos en este ámbito, es que los contenidos de las políticas han evolucionado hacia planteamientos más estratégicos de desarrollo y a la búsqueda del fortalecimiento de la rectoría de los RHS, por sobre aspectos puramente operativos. Especial mención merece el caso boliviano que a pesar de no haber logrado su plena institucionalización, cuenta con una propuesta en que destaca la clara identidad en torno a los conceptos del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), planteando, incluso, estrategias específicas para el desarrollo de una fuerza laboral pertinente a las necesidades de salud de la población.

Tabla 4  
Políticas de RHS de Bolivia

<b>Bolivia: Claro Énfasis de Interculturalidad</b>
<p>Tiene un claro énfasis hacia el desarrollo de la interculturalidad, planteándose como un propósito de la política, contribuir a “generar cambios en el saber, el sentir y en el quehacer salud”. Partiendo del reconocimiento de los problemas de exclusión y pobreza que afectan a la población boliviana, reconoce la necesidad de impulsar intervenciones integrales e intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS). En este sentido, el contexto en que se sitúa esta política es el “Plan Nacional de Desarrollo para Vivir Bien”, y la política de desarrollo sectorial que pretende “Eliminar la exclusión social, a través, de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, que asume la medicina tradicional, cuyas características son: ser inclusivo, equitativo, solidario, recíproco, de complementariedad, con una profunda mirada de interculturalidad”. Se reconoce que cumplir este objetivo es posible sólo con un empoderamiento ciudadano, desestructurando esquemas mentales e instaurando una cultura de trabajo intersectorial y participación social. Se considera salud y vida como derechos humanos esenciales.</p>
<p>En el ámbito específico de la gestión de RHS, plantea dos estrategias claramente relacionadas con la instalación del modelo de atención, a partir de la generación de una “masa crítica laboral comprometida con los cambios, capaces de constituir equipos de salud con perspectiva integral/holística, basados en los principios de solidaridad, equidad, complementariedad y reciprocidad en todos los niveles de complejidad, articulados en redes inter e intersectorial, que promuevan el efectivo ejercicio del derecho a la salud, brindando servicios de salud en una relación horizontal y simétrica a las diversas cultural y cosmovisiones, articulando y complementando conocimiento, sentires y prácticas dirigidas a que Vivan Bien las familias y comunidades.</p>

Las principales estrategias para lograr los objetivos señalados son:

1. Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos, cuya característica esencial es que "la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad". Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes. Esta estrategia no sólo es una expresión práctica y concreta de los postulados del Modelo de Atención de Salud Comunitaria, sino que además ha profundizado los conocimientos sobre determinadas categorías por una parte y por otra ha ido rescatando a través de los procesos de complementariedad y reciprocidad, los conocimientos y saberes de las culturas ancestrales.
2. Equipos Móviles SAFCI, constituidos por un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional de área social y un conductor. Equipos que se desplazan también a comunidades, con el objetivo de posesionar el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

Los procesos que están a la base de estos postulados y estrategias son:

1. Educación con y en la comunidad y en servicio, alcanzando a todos los trabajadores y equipo de salud articulado con los procesos de formación.
2. Modelo de Gestión de RHS compartida y participativa que garantiza la distribución equitativa de RH y promueve una fuerza laboral motivada y éticamente comprometida con las necesidades sociales, desarrollando acciones en ambientes saludables.
3. Una función de rectoría fortalecida del Ministerio de Salud y Deporte en la construcción e implementación de una política de salud trabajada articuladamente con el Ministerio de Educación, la Universidad Bolivariana y otras entidades estatales.

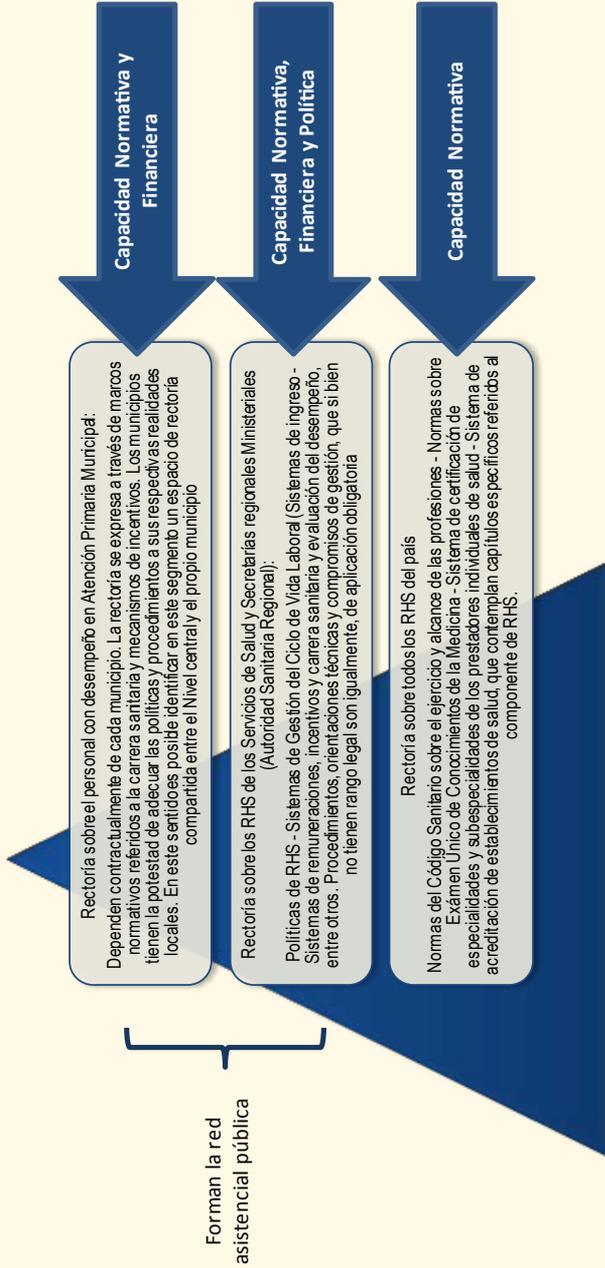
Respecto del atributo “Capacidad de Rectoría”, en general los países reconocen la existencia de una capacidad limitada, cuyo origen estaría vinculado, entre otros fenómenos, a los procesos de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, así como al desarrollo insuficientemente regulado y/o fiscalizado del sector privado en el ámbito de la provisión de servicios de salud, el aseguramiento y la educación. De acuerdo con lo anterior, se reconoce un nivel parcial de rectoría sobre los actores del sistema, siendo esta más efectiva, aunque tampoco plena, respecto de las instituciones públicas de salud y, especialmente, respecto de las que dependen directamente de los Ministerios del ramo.

Un caso que destaca en este ámbito, especialmente respecto del sector público de salud, es el chileno, país que a pesar de reconocer limitaciones en el ejercicio de la rectoría, identifica diferentes medios, estrategias y alcances, en un contexto de un sistema mixto, con fuerte predominio público y descentralizado <sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup>Cerca del 80% de la población corresponde a beneficiarios del Sistema Público de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Diagrama 5  
Esquema del Sistema de Rectoría de RHS de Chile



### Estructura del Sector Salud Chileno

- La experiencia chilena tiene una fuerte base histórica vinculada con el predominio de una visión que privilegió la integración bajo una única conducción, de todas las instancias de provisión de servicios sanitarios, llegando a su máxima expresión con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1952. Esta situación vive un fuerte cambio durante la década de los ochenta bajo el gobierno militar que, entre otras medidas, municipalizó el primer de atención traspasando su administración al nivel local. Posteriormente y luego de la reforma de salud (2005), el sector salud quedó integrado por:
- Una red de establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad que dependen de Servicios de Salud descentralizados administrativa y territorialmente.
- Un primer nivel de atención (que actúa en red con los establecimientos hospitalarios, bajo la articulación del Director de Servicio de la respectiva jurisdicción), que constituye la puerta de entrada al sistema público de salud y que depende administrativamente de los Municipios y técnicamente del Ministerio de Salud.
- Un seguro público de salud – FONASA - que actúa entregando cobertura financiera de las prestaciones de salud, además de cumplir rol presupuestario y financiero.
- Una Superintendencia de Salud que ejerce funciones reguladoras y fiscalizadoras de seguros y prestadores de salud público y privado.
- Un conjunto de otras instituciones de provisión de servicios de salud, de origen público (Universidades, FFAA) y privadas de diversa complejidad, algunas de las cuales se integran a la red asistencial pública a través de convenios o participan de la provisión de servicios a beneficiarios del seguro público, a través de mecanismos específicos de compra servicios.
- Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) o seguros privados que agrupan a menos del 20% de la población.
- Por otra parte, aunque no como parte integrante del sector, es necesario mencionar por su impacto en la disponibilidad y calidad de los RHS un conjunto de universidades e instituciones de educación superior, públicas y privadas que imparten carreras de la salud.

Respecto de los Mecanismos de Monitoreo y Control, todos los países señalan contar con mecanismos de monitoreo y control, pero se identifican limitaciones respecto de su aplicación, posiblemente atribuibles al número y complejidad de los efectores de salud. A modo de ejemplo se pueden mencionar los siguientes mecanismos:

- Bolivia identifica como mecanismos de monitoreo y control la existencia de un Registro Nacional de Profesionales y el Registro de RHS del subsector público.
- En el caso colombiano el país está en un proceso de sistematización de los instrumentos de monitoreo y control utilizados actualmente (instrucciones de inspección, vigilancia y control). Los planes operativos también incorporan indicadores de cumplimiento.

- En el caso chileno más allá de las funciones atribuibles a la Superintendencia de Salud, se utilizan instrumentos tales como: Compromisos de Gestión y Metas Sanitarias, vinculadas con la aplicación de incentivos económicos (institucionales, por equipos de trabajo y/o individuales), cuya aplicación requiere de un sistema de información eficiente y confiable. Estos mecanismos son utilizados preferentemente con el propósito de orientar la actividad asistencial hacia el logro de objetivos sanitarios y metas de cobertura y calidad de servicios.

- Ecuador cuenta con algunos mecanismos de evaluación de los convenios docentes.

- En Perú no existe mayor desarrollo de Mecanismo de Monitoreo y Control en el ámbito de los RHS, excepto en el caso del SERUMS, acotado al control de plazas ofrecidas, asignadas y renunciadas (SERUMS – Perú).

Analizados los tres atributos priorizados: Políticas, Capacidad de Rectoría y Mecanismos de Monitoreo y Control, es posible señalar que los mecanismos o medios de gobernanza más comúnmente utilizados, son aquellos con base normativa propios del ejercicio de la autoridad pública. Incluso en casos de definiciones que se han sustentado en importantes procesos de participación, como es el caso de la formulación de políticas de RHS, han sido una vez validadas ratificadas mediante algún instrumento normativo, mostrando una cultura altamente centrada en lo normativo.

Sin embargo, se conoce que la efectividad de las políticas públicas requiere de la aplicación de otros mecanismos de gobernanza que garanticen la cohesión, valoración, compromiso y apoyo de los actores involucrados, especialmente en ambientes altamente complejos como es el caso de los sistemas de salud, siendo necesario mantener espacios permanente de diálogo, incluso una vez alcanzados ciertos propósitos específicos como el contar con un marco global de políticas de RHS.

En este contexto, resulta interesante extraer algunas consideraciones que al respecto hace Ernesto Báscolo, en su ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de Salud basadas en APS”<sup>23</sup> las que pueden ser útiles para explicar, desde el punto de vista de la gobernanza, algunas de las dificultades que se deben enfrentar ante el desafío de avanzar en la transformación del sistema de salud. Junto con lo anterior, este análisis muestra la necesidad de ampliar la gama de estrategias utilizadas desde el campo de los RHS para contribuir a la instalación del modelo, llamando a efectuar intervenciones de desarrollo organizacional, especialmente aquellas referidas a gestión del cambio, liderazgo y negociación.

---

<sup>23</sup>Ernesto Báscolo, Ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS” – Revista de salud Pública 12 sup (1): 8-27, 2010.

Tabla 5

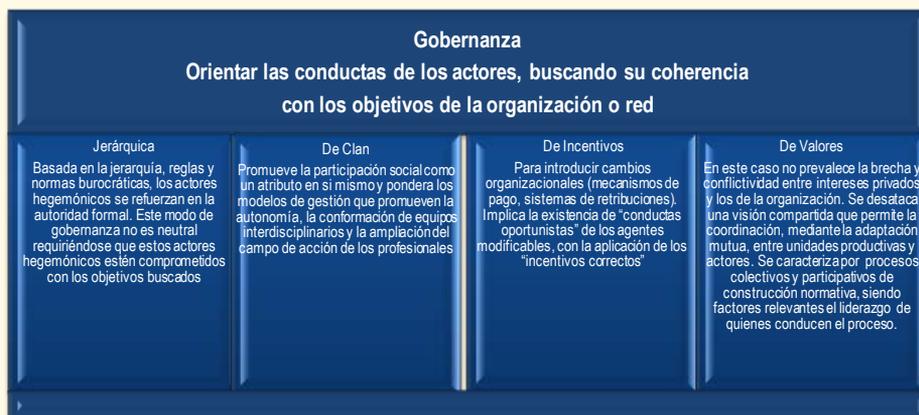
Consideraciones sobre la Gobernanza

**Ernesto Báscolo - Ensayo "Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS"**

- Existen diferentes tipos de gobernanza dirigidas a resolver, en base a mecanismos diferenciados, las brechas de objetivos entre organizaciones y actores individuales. Estos mecanismos son arreglos institucionales distintivos o modos de gobernanza. Diferentes actores que interactúan en este escenario de "negociación" utilizarán su capacidad de poder para ejercer su influencia en función de sus propios intereses y valores".
- El desarrollo de Sistemas de Salud basados en APS, contiene una variada gama de puestas en juego, expresadas en disputa por recursos económicos y reputación, los valores sociales en disputa y la tensión entre regulación y autonomía profesional. Señala que por esta razón "los arreglos institucionales", no deben ser reconocidos como modelos ideales y racionales, sino como resultado del proceso social y político que responde a las principales reglas en juego.
- Los procesos de cambio que operan en las políticas de salud que promueven servicios de salud integrados y basados en APS, responden a una situación previa, caracterizada en términos de fragmentación de la provisión de servicios y debilidad en la regulación de los servicios para garantizar su efectividad. Robinson, reconoce esta situación en términos de "taller del doctor", caracterizado como un modo tradicional de gobernanza en los servicios de salud, asociado con una fuerte autonomía profesional en la provisión directa de salud y con débiles mecanismos de regulación basados simplemente, en mecanismos simbólicos y esporádicos. En este modelo la ética, el prestigio y reputación son normas sociales casi excluyentes como mecanismos con capacidad para orientar las conductas profesionales.
- Las normas sociales que están presentes en este modo de gobernanza se producen y reproducen en espacios de formación profesional, instituciones corporativas de profesionales y lugares de intercambio formal o informal entre los mismos profesionales.
- Un aspecto distintivo de este modo es la participación excluyente de profesionales médicos y en especial aquellos con mayor reputación o prestigio profesional en la producción de tales normas.
- Es modelo ha sido prevalente durante la primera mitad del siglo XX, pero la complejidad contemporánea ha puesto en evidencia sus limitaciones para garantizar calidad, eficiencia y efectividad.
- La fragmentación del modelo de atención y la ausencia de mecanismos de articulación entre servicios y organizaciones sanitarias es uno de los rasgos sobresalientes de este modo de gobernanza.

En este mismo contexto y sobre la base de los planteamientos hechos por el citado autor, es posible identificar, entre otros modos, las siguientes formas de gobernanza. Su despliegue puede ser útil dependiendo de la naturaleza del problema de gestión de RHS que se desee enfrentar, siendo posible hacer, en este sentido, un símil entre la naturaleza situacional y transformacional de la gobernanza y el ejercicio del liderazgo.

Diagrama 6  
Tipos de Gobernanza



De acuerdo con lo observado, es posible señalar que los países están en una búsqueda concreta por ampliar su capacidad de gobernanza, aspecto que se verifica, siguiendo el modelo planteado por Báscolo, en lo siguiente:

- Ejercen gobernanza jerárquica, a través de la aprobación de normas y utilizando su autoridad formal.
- Ejercen gobernanza de clan, al generar importantes instancias de participación social y empoderamiento ciudadano, utilizadas en la definición de políticas y planes de desarrollo sectorial.
- Utilizan la gobernanza basada en incentivos, a través de la aplicación de sistemas de retribuciones y mecanismos de compra.
- Aplican la gobernanza basada en valores, que se puede observar con mayor facilidad en los niveles de micro gestión de RHS, tales como los centros de salud en que es frecuente que los equipos compartan más entusiasta y decididamente los valores institucionales definidos.

No obstante este mayor despliegue, se sigue observando un predominio de la gobernanza de tipo normativo, sin embargo, estos instrumentos no son suficientes para generar los cambios deseados y, una vez incorporados, darles sustentabilidad en el mediano/largo plazo, siendo cada vez más necesario fortalecer las instancias de concertación con diferentes actores del campo para establecer alianzas en torno a propósitos comunes.

Aunque en un contexto de financiamiento y regulación estatal diferente, un ejemplo concreto de ejercicio de gobernanza en el ámbito de la gestión sanitaria y, en particular en RHS que merece ser revisado, es el "Comité Asesor Federal/Provincial/Territorial de Salud y Distribución de Recursos Humanos" de Canadá, que tiene carácter permanente y que asesora a los viceministros de salud de los estados, proponiendo políticas y estrategias que, una vez aprobadas por el comité de viceministros, son aplicadas a escala nacional manteniendo la unidad de propósitos para el desarrollo del sistema de salud, aún en un país federal.

Este Comité está integrado por representantes de alto nivel de cada provincia/territorio y del Ministerio de Salud de Canadá, quienes están facultados para invitar a expertos externos relacionados con el mandato de los temas a tratar y constituir grupos de trabajo para estudiar problemas específicos.

El rol de este comité es:

- Identificar problemas emergentes.
- Elaborar recomendaciones para la aprobación de los Viceministros.
- Desarrollar un foro nacional para la discusión y el intercambio de información de problemas nacionales, federales y provinciales.
- Supervisar y dirigir la labor de los grupos de trabajo y de los subcomités.
- Informar anualmente los logros obtenidos.

Algunos productos alcanzados por este comité:

- Rediseño del proceso de evaluación de los médicos y profesionales de la salud para obtener las credenciales que los habilita a la práctica en el sistema de salud.
- Definición de un marco de Colaboración para la Planificación de Recursos Humanos de la Salud.
- Acuerdo respecto de la evaluación nacional para los médicos graduados en el extranjero.
- Elaboración del informe acerca de la autosuficiencia de RHS.

#### 4.2.2. Planificación

El ámbito referido a los procesos o sistemas de planificación de los RHS, se analizó en base a 5 atributos:

- La disponibilidad de sistemas de información operativos e integrados que consideren todos los niveles de atención y tipo de personal existente con a lo menos, un conjunto básico de datos de RHS y, en el caso del mayor nivel de avance un registro nacional de profesionales en funcionamiento.
- Funcionamiento de un sistema de gestión del conocimiento, orientado a la generación de redes colaborativas que comparten tendencias e información que permite producir y diseminar evidencia que permite mejorar los procesos de planificación.
- Existencia de sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS, que permitan tener una mirada sobre las necesidades de la red asistencial, considerando criterios locales que favorezcan la gestión descentralizada y sea coherente con las definiciones de población y territorios hechos en el marco de la organización de la RISS.
- Procesos de planificación de RHS instalados y de alcance nacional, integrales en términos de que incorporan a todos los profesionales de la salud y que incorporan criterios de adecuación local (territorial y cultural).
- Finalmente, considerando los insumos anteriores, se analizó si el país dispone de sistemas de gestión de la dotación con orientación hacia la APS, a través de criterios que privilegien la dotación del primer nivel de atención y garanticen el presupuesto y los cargos requeridos.

Se obtuvieron los siguientes resultados, en base a la autoevaluación de cada país:

Tabla 6  
Evaluación del Ámbito de Planificación de RHS

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con sistemas de información operativos e integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran criterios y variables definidas localmente y se establece en base a las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente	El país cuenta con procesos institucionalizados de planificación de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión
	Perú	Chile – Ecuador – Perú	Ecuador	Ecuador	Bolivia – Chile – Ecuador

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con sistemas de información operativos, integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y un conjunto de datos básicos de RHS disponibles	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial, según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existent	El país cuenta con procesos institucionalizados de planificación de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos
	Perú	Chile – Ecuador - Perú	Ecuador	Ecuador	Bolivia – Chile - Ecuador

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Intermedio	El país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre s	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS, dispone y mantiene un conjunto de indicadores de RHS y sus respectivas series históricas, sin haber logrado un nivel de desarrollo que permita compartirlo con otros actores del campo	El país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada	El país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones)	El país cuenta con sistemas aislados de gestión de dotaciones sin un claro enfoque de fortalecimiento de APS.
Poco o nulo desarrollo	Bolivia – Chile - Ecuador  El país no cuenta con sistemas de información o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de información	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS, no dispone o dispone de un conjunto limitado de indicadores de RHS, a partir de las que establecerá líneas base para construir series históricas	Chile - Perú  El país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección	Bolivia - Colombia - Chile – Perú  El país no desarrolla procesos de planificación de RHS o desarrolla iniciativas incipientes de planificación	Perú  El país no cuenta con estrategias de gestión de dotaciones o aplica mecanismos básicos de administración de cargos
	Colombia	Bolivia - Colombia		Colombia	Colombia

Nota: Bolivia sin Información en el atributo de sistema de proyección de oferta y demanda.

Más allá de los resultados obtenidos, analizadas las políticas de cada país, destaca la importancia que se le asigna a los procesos y sistemas de planificación, como una herramienta central de la gestión de los RHS. Se avanza en definir, por ejemplo, el propósito concebido para dicho sistema, su orientación y las modalidades de planificación que se utilizarán.

El caso colombiano es una excepción en este sentido, cuya política destaca las limitaciones estructurales que existen en la perspectiva de impulsar un proceso de planificación global de RHS. Señala “El reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, donde no es factible establecer un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos”. De todos modos, identifican métodos alternativos que usarán como mecanismo para modelar la oferta de personal de salud, entre éstos, incentivos a la oferta y demanda de RHS.

En la siguiente tabla se muestran las visiones que los países han estampado en sus políticas de RHS al respecto.

Tabla 7  
Visiones de los Sistemas de Planificación contenidas en las  
Políticas de RHS de los Países Andinos

Bolivia plantea en el contexto de la responsabilidad atribuible a los gestores de RHS, cuales son los pasos que debe considerar la planificación de los RHS: “Los Gestores de los Recursos Humanos en Salud, tienen la responsabilidad de plantearse un sistema de reclutamiento y selección, que permita escoger a las personas más idóneas para ocupar determinados puestos o ejercer una determinada función con miras a profundizar los cambios; reclutamiento y selección que tiene que enmarcarse a los pasos que establece una planificación: Determinación de necesidades de personal; solicitud de personal, análisis del mercado de trabajo, selección de las técnicas de reclutamiento, elección del contenido de reclutamiento, la ejecución y por último la evaluación del desempeño del personal”.

Adicionalmente, en la línea de proyectos que contiene la política, plantea la necesidad de diseñar modelos de determinación de necesidades y distribución de RHS: “Proyecto: Diseño normativo estandarizado para el cálculo de requerimientos y distribución equitativa de R.H.U.S.”

Un aspecto importante además es que Bolivia ha definido expresamente el tipo de RHS que requiere para el funcionamiento del SUS, antecedente que permite focalizar de mejor manera los esfuerzos de planificación de RHS.

Colombia (en su documento preliminar de política de RHS), plantea el “reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, donde no es factible establecer un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos” En este contexto de conformación del mercado la salud, se aplicarán mecanismos de incentivos con la finalidad de lograr adecuación de la fuerza laboral, señala: “Se busca que la regulación y los incentivos se orienten en torno a los objetivos del sistema de salud, buscando armonizar el logro de las metas en salud, con el mejoramiento de las condiciones laborales y de desarrollo personal y profesional del Talento Humano”.

Plantea que el esfuerzo del sistema de gestión de RHS debe focalizarse en “identificar aquellos aspectos en los cuales los incentivos no han generado dinámicas y respuestas esperadas o adecuadas a los requerimientos de la población y el sistema de salud; los vacíos o necesidades de regulación; los aspectos donde se requiere generar o fortalecer incentivos; entre otros”.

Finalmente, describe cuáles son los aspectos que desea modelar con el uso de los incentivos, “Los incentivos deben considerar el desarrollo profesional, personal y familiar de las personas, así como el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones en las cuales se forma y desempeña el talento humano en salud, de tal forma que se promueva el acceso a la formación, mejores condiciones para el ejercicio profesional, calidad en la prestación de los servicios y la responsabilidad social”.

Chile plantea como una directriz central de las políticas de RHS, que “impulsará la conformación de los equipos de personal requeridos para el funcionamiento de sus organismos dependientes y redes asistenciales integradas con énfasis en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, en base al desarrollo de un sistema de planificación de recursos humanos”.

De acuerdo con lo anterior, señala que “desarrollará la capacidad de planificación del personal en forma coordinada con otros sectores de gobierno y con actores sociales relevantes. El trabajo permanente de planificación se orientará a anticipar necesidades actuales y futuras de personal de salud y a la búsqueda de opciones para contribuir desde la gestión de recursos humanos a la viabilidad y sustentabilidad de los principios fundamentales de la organización de los servicios sanitarios, tales como, una atención de calidad, segura, integral, continuada, accesible, centrada en los usuarios y comunidades”.

Para cumplir con el propósito declarado, señala que “el Ministerio actualizará y desarrollará metodologías para estimar necesidades actuales y futuras de personal, basadas en el análisis de los problemas más prevalentes de salud y de las intervenciones más efectivas, considerando el conjunto de competencias requeridas para resolver las demandas existentes, desde intervenciones promocionales y preventivas, hasta las destinadas a la recuperación de la salud.

Define el enfoque de la planificación, el que “tendrá un enfoque multiprofesional y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencias. En esa línea, este trabajo en la red asistencial deberá considerar especialmente la formación y desarrollo de los equipos de salud familiar y comunitaria, en un contexto de envejecimiento de la población y de la creciente carga de enfermedades crónicas, incluyendo la atención a pacientes con comorbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacciones entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud”.

Finalmente indica los procesos que incluirá el sistema de planificación, como las herramientas que utilizará: “A través de los procesos de planificación se abarcará el dimensionamiento de las necesidades de personal, la definición de los perfiles profesionales y técnicos que conformarán los equipos de salud familiar, sus roles y modalidades de coordinación, en base a modelos que permitan el logro de mayores niveles de eficiencia en la división y organización del trabajo, y una flexibilidad de los marcos regulatorios sobre el ejercicio profesional, siendo el concepto básico que a competencias equivalentes, diversas categorías profesionales y técnicos podrán realizar determinadas prestaciones de salud”.

Ecuador en su documento preliminar de Políticas de RHS, señala que “planificación de talento humano es el conjunto de normas, técnicas y procedimientos orientados a determinar la situación histórica, actual y futura del talento humano, a fin de garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura administrativa correspondiente”.

Adicionalmente, ha desarrollado instrumentos orientados al desarrollo de la planificación de RHS, tales como la “Norma Técnica Subsistema de Planificación Recursos Humanos – SENRES”<sup>24</sup>. Esta Norma se complementa con la definición de matrices de requerimiento de Talento Humano, que el MSP ha definido para los diferentes niveles de atención, según tipología de establecimiento.

<sup>24</sup>Resolución de la SENRES 141. Registro Oficial 187 de 13-ene-2006. Disponible en: <http://www.politica.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/04/NORMA-TECNICA-DEL-SUBSISTEMA-DE-PLANIFICACION.pdf>

Perú reconoce la complejidad del campo de los recursos humanos en salud en las esferas de la educación (formación y capacitación), el trabajo y los mercados laborales. Define las intervenciones en tres funciones: la planificación y la regulación que actúan sobre todo el campo, y la gestión que actúa sobre las esferas de la educación y el trabajo.

Así la visión de los lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, reafirma su vigencia y posicionamiento estratégico para responder a las exigencias del proceso de reforma del sector salud, que plantea a) Extender mejoras en el estado de salud de toda la población b) Instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad c) Avanzar hacia un sistema al servicio de la población y d) Aliviar la carga financiera. El cuarto lineamiento del proceso de reforma, establece reformar la política de gestión de recursos humanos para lo cual es fundamental que el sector avance hacia una reforma de la política salarial y laboral. .

En ese marco se viene produciendo en el país la oficialización de un conjunto de medidas que regulan la política de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud, bonificaciones a los recursos humanos que laboran en zonas alejadas y de frontera, desarrollo de capacidades al personal que labora en Atención Primaria de la Salud, ente otras medidas

Se identifica que la finalidad del proceso de planificación y provisión de RHUS, es “garantizar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, con una distribución equitativa de los trabajadores de salud” y señala los subprocesos que la planificación incorpora: “Planeación estratégica de RHUS - Reclutamiento de RHUS - Selección de RHUS”.

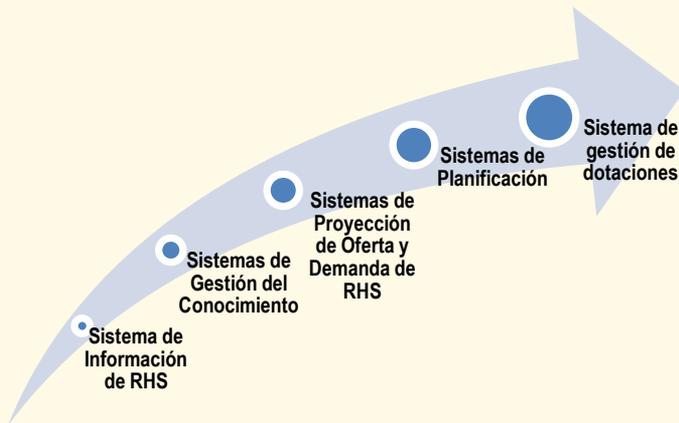
Tal como es posible observar, con diferencia de énfasis, existe amplia coincidencia respecto de la finalidad y alcance que los países prevén tengan sus respectivos sistemas de planificación. Aspectos como la anticipación a las necesidades, caracterización de la fuerza laboral, adecuación numérica y cualitativa a las necesidades de salud de la población y criterios de distribución en el marco del funcionamiento del modelo de salud, parecen piezas centrales de los modelos planteados. También este concepto se relaciona, aunque las definiciones de los países no lo plantean explícitamente como una finalidad de la planificación, con las estrategias de autosuficiencia de los países.

Todos estos aspectos están íntimamente relacionados con los demás atributos analizados: Sistemas de Información, Sistemas de Gestión del Conocimiento, Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS, los que junto con constituir insumos necesarios para el funcionamiento del sistema de planificación, son a la vez parte integrante del mismo. Siendo posible observar cierta interdependencia temporal en el desarrollo de estos elementos (Diagrama N° 7), que se pueden ordenar de menor a mayor complejidad, aunque en términos prácticos y de acuerdo con la información aportada por los países, se observa que éstos han logrado desarrollos simultáneos, aunque parciales en estas áreas, permitiéndoles contar por ejemplo con determinación de brechas de RHS para grupos ocupacionales específicos (especialmente médicos),

como es el caso de Chile<sup>25</sup>, país que informa anualmente al Senado de la República acerca de la evolución de las brechas de RHS en el Sistema Público de Salud, además de ponerle en conocimiento de las estrategias que se contemplan para la superación o el cierre de las brechas identificada.

El producto final de este desarrollo debiera permitir que los países logren, en base a un sistema integral de planificación, una gestión adecuada de sus dotaciones de personal sanitario.

Diagrama 7  
Desarrollo Gradual de un Sistema de Planificación y Gestión de Dotaciones



Con base a la experiencia internacional, es posible identificar esfuerzos de planificación de larga data. De acuerdo con lo señalado por Thomas L. Hall, en su ensayo ¿Por qué un plan de RHS?<sup>26</sup>, la necesidad de planeación de los RHS es contemporánea a la II Guerra Mundial. El interés por su desarrollo se basaba en la búsqueda de eficiencia en el uso de recursos públicos. Lo anterior, dado que los trabajadores de salud mayoritariamente eran entrenados y eventualmente empleados, con cargo a financiamiento fiscal. En este sentido, se consideraba deseable lograr un ajuste entre el número de profesionales de la salud formados y los que los sistemas de salud necesitaban para funcionar adecuadamente, evitando escasez o superávit. En otras palabras, se buscaba equilibrio entre oferta y demanda de trabajadores de la salud.

<sup>25</sup>Informe de Brechas de Recursos Humanos de Salud-Glosa H, Ley N° 20.557 de Presupuestos del Sector Público Año 2012, disponible en: [http://www.senado.cl/site/presupuesto/cumplimiento/Glosas%202012/tercera\\_subcomision/16%20Salud/ORD.N%B0%20C305%203207.pdf](http://www.senado.cl/site/presupuesto/cumplimiento/Glosas%202012/tercera_subcomision/16%20Salud/ORD.N%B0%20C305%203207.pdf).

<sup>26</sup>Why Plan Human Resources for Health? Thomas L. Hall, MD, DrPH Dept, of Epidemiology and Biostatistics University of California School of Medicine.

A pesar que el desarrollo de la planificación de RHS tenga sus antecedentes hace varias décadas, es probable que aún hoy, este sea uno de los procesos o sistemas que ha presentado mayores complejidades para los gestores de RHS. Determinar cuáles son los números de RHS adecuados, establecer cuáles son los parámetros a los que dichos números deben adecuarse, precisar cuál es la composición y características que debe reunir la fuerza laboral, en un contexto altamente complejo, no ha sido tarea fácil.

En el contexto de la realización del Proyecto de Colaboración Técnica entre el Banco Mundial y el Gobierno de Chile, “Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile”, se analizó la forma en que varios países, especialmente europeos, han resuelto sus problemas de planificación de RHS, planteándose que: “La mayoría de los esfuerzos de planificación de recursos humanos tanto a nivel mundial como regional, se han centrado básicamente en el médico. Muy pocos procesos han incluido a otros profesionales, y en estos casos fueron principalmente de enfermería. Muchos menos han sido los casos que se dirigieron a la fuerza laboral como un todo. La necesidad (y la capacidad) de contar con el número “correcto” de una mezcla de profesiones, con las competencias adecuadas en el lugar y tiempo adecuados, ha sido el interés de quienes intentan planificar desde siempre. Sin embargo, no ha sido esa la experiencia internacional que ha mostrado más éxito”<sup>27</sup>.

No obstante estas dificultades, los países de la región han desarrollado esfuerzos concretos en este ámbito, los que fueron señalados en los respectivos informes de país contenidos en el Capítulo 3. Entre estas iniciativas es posible destacar el caso peruano con la propuesta del Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD. Si bien esta iniciativa se implementó parcialmente, es un esfuerzo orientado al fortalecimiento del primer nivel de atención.

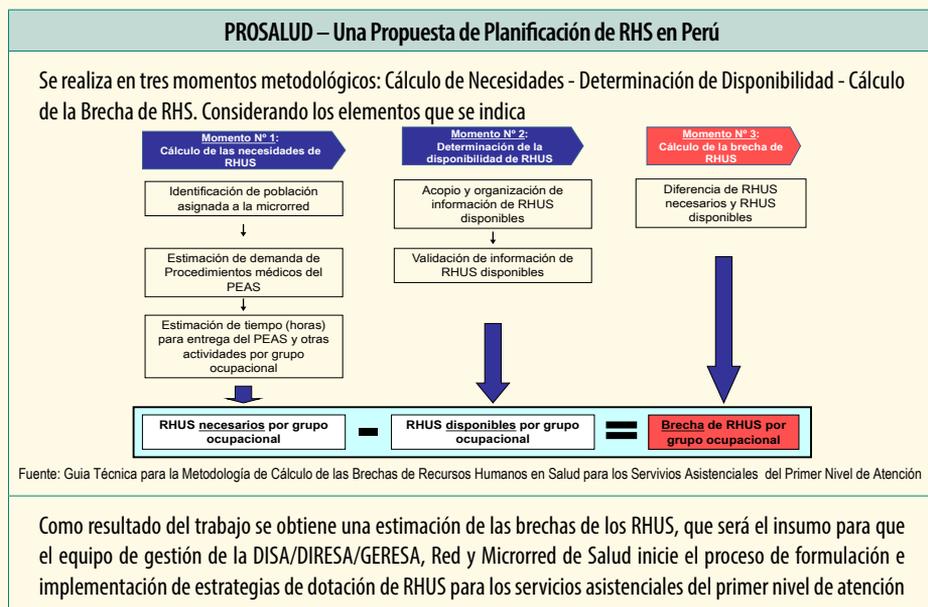
---

<sup>27</sup>Comparación de experiencias de planificación de recursos humanos de salud en ocho países. Elaboración de los Dres. Pedro E. Brito Q, Mónica Padilla y Félix Rígoli, basada en “Steady State. Finding a Sustainable Balance Point”. International Review of Health Workforce Planning. Health Canada. Ottawa, 2002 y en informes de la cooperación técnica de la OPS-OMS.

Tabla 8  
PROSALUD - Perú

<b>PROSALUD – Una Propuesta de Planificación de RHS en Perú</b>
<p>La visión de PROSALUD es la de una intervención integral que “implique planificación, el reclutamiento, selección, contratación, retención y desarrollo de capacidades de equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud en el primer nivel de atención en las zonas piloto de Aseguramiento Universal en Salud”.</p>
<p>Establece el ámbito de aplicación de PROSALUD, señalando que será el primer nivel de atención a nivel nacional y de aplicación progresiva de acuerdo al proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud y fija un plazo de 3 años de vigencia</p>
<p>Los objetivos de PROSALUD son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantizar la disponibilidad de equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud, priorizando las zonas de mayor pobreza y dificultades de accesibilidad.</li> <li>- Mejorar las condiciones de trabajo de los equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud en el primer nivel de atención, que permitan la mejora de la capacidad de reclutamiento y retención con equidad.</li> <li>- Fortalecer las capacidades de los equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud para la implementación del modelo de atención integral en salud</li> </ul>
<p>Establece los criterios a considerar y el contexto en que se sitúa la planificación de los equipos básicos de salud PROSALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se orienta según los contenidos de los Objetivos Sanitarios Nacionales, del Aseguramiento Universal en Salud y el proceso de implementación del MAIS.</li> <li>- La unidad de intervención son las Micro redes de Salud, prioritariamente las de menor desarrollo. Radica la responsabilidad de definir las micro redes, según criterios nacionales, a los gobiernos regionales.</li> <li>- Establece que la planificación de RHS (equipos básicos de salud), se basa en indicadores de salud, nutrición, pobreza, equidad y brecha de RHS.</li> <li>- Define la conformación del equipo básico de salud: profesionales de la medicina humana, enfermería y obstetricia. También se pueden incorporar otros profesionales y técnicos según condiciones específicas y disponibilidad presupuestaria.</li> </ul>
<p>El cálculo de la brecha que se realiza actualmente tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales que permita dentro de sus horas efectivas laborales, atender la demanda efectiva de procedimientos médicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)<sup>28</sup> y desarrollar otras actividades asistenciales no consideradas en el PEAS, actividades administrativas, y de capacitación que forma parte de su Carga de Trabajo en el primer nivel de atención”.</p>

<sup>28</sup>Listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un Plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.



Un aspecto a destacar es que Perú dispone de un conjunto de información, trabajada y validada previamente, que ha sido útil para el diseño de este modelo. Entre esta destaca:

Respecto de Determinación de Necesidades de RHS:

- Una población asignada a la Microrred.
- Un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios PEAS.
- El cálculo del coeficiente de prestaciones, nivel y número de atenciones.
- Estadísticas sobre volumen de procedimientos médicos por población.
- Estándares de tiempo (horas/hombre) por tipo de procedimiento y grupo ocupacional.
- Estimaciones respecto de la dedicación horaria a actividades asistenciales, administrativas y de capacitación no incluidas en los tiempos PEAS.
- Estadísticas respecto de las horas efectivamente trabajadas a objeto de excluir tiempos destinados, por ejemplo, a vacaciones.

- Datos sobre dispersión de población beneficiaria para incorporarlo como criterio de ajuste a las proyecciones.

#### Respecto de la Determinación de la Disponibilidad:

- Número total de RHUS por grupo ocupacional que se encuentran laborando en los establecimientos de salud de la Microred. Respecto de este punto, cabe señalar que Perú se vale de diversas fuentes de información, reunidas en el Observatorio de RHS, para obtener esta información. Lo anterior, dado que el Sistema de Información de RHS, se encuentra en proceso de construcción. Se consideran entre otras fuentes de información, las siguientes: Planilla Laboral de Haberes (PLH) del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, Módulo de gestión de recursos humanos del Ministerio de Economía y Finanzas, Registro de información laboral: T – Registro de SUNAT, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas.

Tal como se ha visto, el objetivo final de estos esfuerzos de planificación es lograr un balance entre el RHS disponible, el necesario y el empleado. Un énfasis importante es resolver los problemas de escasez de RHS que viven los países de la región. En este sentido, generalmente el resultado de las estimaciones de necesidad de personal, terminan con el establecimiento de una brecha negativa que se pretende resolver con la formación y futura incorporación de personal (aumentos de dotación).

Sin cuestionar la pertinencia en algunos escenarios de la aplicación de las estrategias de aumento de la formación y de la dotación de RHS, algunos países con más experiencia en este ámbito, están planteando reflexiones orientadas a cambiar el paradigma. Invitan a “mirar más allá de los números”. El Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada), presentó en la reunión de su Comité Asesor Federal – Provincial y Territorial de Servicios de Salud y RHS (Julio 2009), un documento denominado “¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la fuerza laboral de salud”<sup>29</sup>, a continuación se presentan un extracto del documento que plantea una mirada diferente para evaluar las necesidades de RHS y abordar las brechas existentes, a partir de la incorporación de estrategias que van más allá de la oferta de formación y aumentos de dotación.

---

<sup>29</sup> How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper, disponible en: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf)

Tabla 9  
Estrategias de Autosuficiencia de RHS

<p align="center"><b>“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud” Ministerio de Salud de Canadá:</b></p>
<p>Señala que “Para desarrollar y mantener una fuerza laboral de salud estable y evitar ciclos de superávit y déficits que la mayoría de las profesiones de salud han experimentado a través de los años, se debe redefinir autosuficiencia e incluir un amplio rango de estrategias que ayudarán a lograr responsablemente un balance, entre el los profesionales que se forman y los necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población.</p>
<p>Autosuficiencia no se debe entender sólo como la “producción” de nuevos profesionales y técnicos de la salud, sino como la capacidad para atraer, desarrollar y retener el numero, composición y mezcla de habilidades correctas con modelos de distribución de servicios para entregar alta calidad, oportunidad y atención segura para satisfacer las necesidades de salud de la población con necesidades de salud cambiantes.</p>
<p>Frente a la tendencia de aumentar el número de personas en formación como estrategia para resolver los problemas de escasez, señala “Simplemente sumar más prestadores es insostenible desde un punto de vista económico y demográfico. Producir más de lo mismo no resultará en una fuerza laboral que sea suficientemente flexible para adaptarse a la evolución de las necesidades de la población, los nuevos tratamientos y tecnologías, o nuevos modelos de provisión de servicios. Más no siempre equivalente a suficiente”.</p>
<p>Amplía el rol de los planificadores de RHS, señalando que el foco prioritario es comprender las necesidades de salud de la población, además de dar la oportunidad a los profesionales de desplegar completamente las capacidades que poseen. Señala “Los planificadores de RHS deben estar disponibles para entender y proyectar las necesidades de salud y desarrollar políticas que atraigan y retengan a los prestadores expertos, hacer uso efectivo de sus habilidades y guiarlos al logro de mayor eficiencia en la atención de servicios de salud”.</p>
<p>Llama a lograr un balance entre la preocupación por la disponibilidad futura de RHS y las capacidades que exhiben y aplican los equipos de personal actuales, “Mientras la atención debe estar puesta en producir la fuerza laboral de mañana, igual atención debe ser puesta en maximizar las habilidades de los RHS existentes hoy”.</p>
<p>Lograr la autosuficiencia dependerá de nuestras habilidades para entender las necesidades de salud de la población, así como el impacto de factores como la edad, género, patrones de práctica, tecnología y metas de carrera del personal de salud. También dependerá de la habilidad para manejar la demanda, para “reciclar” y reeducar continuamente la fuerza laboral, para satisfacer las cambiantes necesidades de salud de la población, para implementar modelos innovadores de provisión de servicios de salud y para hacer óptimo el uso de los conocimientos y habilidades de la fuerza laboral de salud.</p>
<p>Lograr autosuficiencia requerirá estrechar la colaboración entre el gobierno que paga por servicios de atención, instituciones prestadoras que emplean fuerza laboral, sistemas de educación que preparan prestadores, como también con los profesionales y sus asociaciones. Todos los grupos de interés deben trabajar juntos para construir una fuerza laboral estable.</p>

<p><b>“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud”</b>  <b>Ministerio de Salud de Canadá:</b></p>
<p>Los desafíos de autosuficiencia se deben mirar no solo a través de los números. Se requiere mayores competencias para pronosticar cuales serán los números, pero también la composición y mixtura del RHS, en el marco de una población cuyas necesidades de salud están en proceso de cambio. Lo primero es entender claramente las necesidades de salud de la población y no planificar como si las necesidades actuales seguirán siendo las mismas mañana. Lo segundo es promover la salud y gestionar la demanda.</p>
<p><b>“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud”</b>  <b>Ministerio de Salud de Canadá:</b></p>
<p>Plantea la necesidad de considerar otras estrategias más allá de los aumentos de RHS para resolver las brechas de personal. Algunas de estas tienen además un efecto sobre la motivación y autosatisfacción del personal. A continuación se citan algunas de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incorporar estrategias de gestión de la demanda y fortalecer las actividades de promoción en salud, más allá de las actividades tradicionales que ponen su foco en la oferta y provisión de servicios de salud. Estudios efectuados en Canadá demuestran que una población más empoderada respecto de su situación de salud, es capaz de “proveerse atención a sí misma” disminuyendo la presión sobre los servicios de salud y evitan la demanda innecesaria.</li> <li>- Capitalizar los avances tecnológicos, como uso de la telemedicina y nuevas formas de tratamiento. Aquellos tratamientos menos invasivos son más eficientes, no sólo desde el punto de vista de la calidad de atención, sino también respecto de la cantidad y tipo de RHS requerido.</li> <li>- Desarrollar nuevos sistemas de provisión de servicios de salud. Algunos sistemas de provisión de servicios son más intensivos en personal, respecto de otros más eficientes en este sentido. Por ejemplo algunas provincias de Canadá que están utilizando los equipos interprofesionales de trabajo, han estimado que los médicos trabajando en este sistema, pueden entregar un 52% más atenciones de salud, que los médicos trabajando individualmente. Esta estrategia no sólo se limita al primer nivel de atención.</li> <li>- Expandir el alcance de la práctica y desarrollo de nuevos roles. Varias Provincias de Canadá, están estudiando si la práctica de los profesionales de la salud refleja el conocimiento y competencias que poseen. Aparentemente, muchos profesionales no pueden desplegar todas las competencias que poseen, dadas las definiciones de sus respectivas legislaciones, generando desmotivación, deserción en la fase de formación y rotación en la etapa laboral, señalando experiencias en el ámbito del personal de enfermería, asistente médico, farmacéutico.</li> <li>- También es necesario entender los patrones de práctica profesional, la productividad, así como las tendencias respecto de las opciones laborales que toman los profesionales (Por ejemplo conocer por sexo y grupo etario la predisposición a trabajar en sistemas de turnos o en zonas alejadas).</li> <li>- Diseñar incentivos para incrementar el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo para enfrentar la tendencia por la especialización, que se ha evidenciado en el caso de Ontario incluso en los médicos de familia, quienes en un 16% reconocieron estar dedicándose a áreas específicas de salud por sobre la atención integral de atención primaria. Para enfrentar este problema se aplican, por ejemplo, incentivos al uso adecuado de generalistas y especialistas, fomentando el trabajo interprofesional para ampliar el rango de servicios entregados</li> </ul>

Tabla de elaboración propia en base a los contenidos del artículo citado en la referencia N°108

En la misma línea de lo planteado precedentemente, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), señala en documento "Reconfigurando las Profesiones de Salud en tiempos de multi/morbilidad: Ocho recomendaciones para el cambio"<sup>30</sup>, que la configuración de provisión de servicios de salud es disfuncional a las necesidades actuales de salud de la población, dada su excesiva especialización y fragmentación, modalidad que podría haber tenido sentido cuando las personas sufrían principalmente de enfermedades individuales que eran tratables dentro de los límites de una profesión. Sin embargo, actualmente un número creciente de personas sufren de multi-morbilidad cuya atención requiere de una lógica más "integradora" o de profesiones generalistas. Lo anterior, implica una nueva distribución de tareas, así como el establecimiento de nuevos papeles para el personal médico, de enfermería y el resto del equipo de salud.

En el mismo artículo citado, se proponen tres etapas consecutivas para abordar este proceso de cambio:

- La definición y categorización de las necesidades de salud de la población a través de la carga general de estudios de enfermedades.
- La reorganización de los ámbitos profesionales y profesiones relacionadas en torno a las necesidades de salud de la población.
- La reorganización de los ámbitos profesionales, a partir de la identificación y redistribución de los trabajos que pueden hacer otros profesionales de la salud con menos formación, o incluso, que pueden ser efectuadas por las propias personas.

Tanto la experiencia canadiense, como las recomendaciones formuladas por la OCDE, representan un escenario que los planificadores de RHS debieran considerar prontamente en el contexto de sus respectivas realidades, requiriéndose un fuerte ejercicio de liderazgo y de conducción del cambio en el sentido deseado, en un marco de gobernabilidad del sistema de salud.

A modo de resumen, es posible señalar que los países de la región están desarrollando iniciativas de planificación, que se orientan a resolver necesidades específicas de RHS, por nivel de atención o grupos ocupacionales.

Estudios demuestran que, a pesar de los esfuerzos de planificación desarrollados por diferentes países, no existen métodos de proyección exacta de la oferta y demanda de RHS. Los sistemas disponibles requieren niveles importantes de información,

---

<sup>30</sup>Reconfiguring Health Professions in times of multi morbidity: Eight Recommendations for change. Organization for Economic Co-operation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee - OECD DELSA/HEA (2011)16.

que combina aspectos sanitarios, de organización del trabajo, opciones y patrones profesionales entre otros.

Países con más experiencia en este ámbito, están ampliando la mirada para evaluar y gestionar las brechas de RHS, aplicando estrategias sobre la demanda de servicios; el alcance de las profesiones; la organización del trabajo y el uso de tecnologías entre otras.

### 4.2.3. Formación

Este ámbito considera 6 atributos, orientados por una parte a estrategias de articulación con los actores del campo y, por otra, a los contenidos y adecuación de los procesos de formación a las necesidades de salud de la población.

- Respecto de los mecanismos de coordinación con las políticas de educación, trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios, se busca establecer si los países cuentan con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación entre las políticas de educación y trabajo, para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud, que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial.
- Con relación a la definición del perfil de competencias de los equipos de salud, se trata de conocer si los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias al enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad, como competencias básicas para la consolidación del modelo de atención.
- Sobre la formación de pregrado, se busca evaluar si las entidades de formación aplican diseños curriculares orientados a las necesidades propias del modelo de atención.
- Respecto de la formación en medicina familiar, se busca determinar si las entidades de formación, en conjunto con las entidades empleadoras, desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar.
- El análisis referido a los mecanismos de acreditación, se orienta a evaluar si éstos consideran criterios sobre la presencia de contenidos, metodologías y prácticas orientadas hacia la APS.
- Finalmente, respecto de la gestión de los Campos de Formación, se trata de conocer si el país ha implementado espacios docentes en los establecimientos de atención primaria.

Tabla 10  
Evaluación del Ámbito de Formación de RHS

FORMACIÓN	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con mecanismos institucionales y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	Los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias el enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud), considerando prácticas clínicas en centros de salud de APS	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionales de formación en medicina familiar para equipos básicos de salud	Existen carreras de la salud acreditadas en base a estándares que contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	El país cuenta con espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje

FORMACIÓN	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con mecanismos institucionales y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	El país aplica estrategias de nivelación, desarrollo y fortalecimiento de las competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipos de salud	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud)	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para las profesiones nucleares de la salud	Los mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	El país aplica y fomenta el desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje
	Ecuador	Bolivia – Chile - Ecuador		Bolivia – Chile - Ecuador	Chile	Ecuador

FORMACIÓN	Desarrollo Intermedio	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
		El país cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para resolver necesidades específicas de salud	El país tiene una definición de perfil para el equipo multidisciplinario de salud, que considera competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluye parcialmente contenidos y prácticas para motivar el interés de los futuros profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Existen iniciativas aisladas entre instituciones formadoras y empleadoras para el desarrollo de estrategias de formación en medicina familiar	El país posee mecanismos de acreditación pero no incluyen dimensiones referidas al modelo de atención y la orientación hacia APS	El país aplica estrategias aisladas de desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria
		Bolivia - Colombia - Chile - Perú	Perú	Bolivia - Chile - Ecuador - Perú	Colombia - Perú	Colombia - Ecuador	Bolivia - Colombia - Chile - Perú

FORMACIÓN	<p>Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios.</p> <p>El país no cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación o cuenta con mecanismos débiles de concertación con actores</p>	<p>Definición del perfil de competencias de los equipos de salud</p> <p>El país no cuenta con definiciones del perfil de competencias del equipo de salud o cuenta con definiciones sin un claro énfasis hacia la APS</p>	<p>Formación de pregrado</p> <p>Las entidades de formación no incluyen o incluyen débilmente contenidos para motivar el interés de los profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria</p>	<p>Formación en medicina familiar</p> <p>Las entidades formadoras y empleadoras no cuentan con estrategias de priorización de la formación en medicina familiar o las aplican incipientemente</p>	<p>Mecanismos de acreditación</p> <p>El país no posee mecanismos de acreditación de carreras de la salud o posee un débil desarrollo de dichos mecanismos</p>	<p>Gestión de los Campos de Formación hacia la APS</p> <p>El país no desarrolla actividad docente en establecimiento de atención primaria concentrando su actividad en centros hospitalarios</p>
		Colombia	Colombia		Bolivia - Perú	

En términos generales el problema que se identifica con mayor frecuencia respecto de los procesos de formación, es la baja adecuación entre los perfiles de egreso y los perfiles ocupacionales requeridos para el funcionamiento del sistema de salud, según los parámetros de organización y servicios del modelo de atención. Adicionalmente, parte de los desbalances en la disponibilidad de RHS pueden ser atribuibles, aunque no exclusivamente tal como se estableció en el punto referido a la planificación, al sistema de formación.

La Organización Panamericana de la Salud<sup>31</sup>, señala “Los RRHH son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientadas no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver los problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral.”

Un primer aspecto que es necesario constatar como parte de este problema, es la evolución que han vivido los sistemas educacionales en los países de la región. Los que en general han experimentado una expansión significativa en términos del número de entidades dedicadas a la educación superior, como a la matrícula que ofrecen. Adicionalmente, se evidencia una tendencia a la privatización y reducción de la participación del financiamiento estatal, incluso en las entidades de carácter público.

Respalda lo señalado un ensayo publicado en Revista Mexicana de Orientación Educativa<sup>32</sup>, “La educación superior en diversas regiones del mundo ha experimentado un enorme crecimiento en lo que respecta a su matrícula, ese mismo proceso de masificación, como de diversificación se registra en América Latina en el último cuarto del siglo XX”. Señala respecto de la naturaleza de las instituciones de educación superior que, en contraste de lo ocurrido tradicionalmente hasta la década de los ochenta cuando la educación tenía carácter predominantemente estatal, “la expansión se ha manifestado en el incremento de instituciones de educación terciario, pero de orden privado”.

---

<sup>31</sup>La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista N° 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

<sup>32</sup>Rev. Mex. Orient. Educ. v.6 n.16 México abr. 2009 – “Educación superior en América Latina y el proceso de Bolonia: alcances y desafío” - René Bugarín Olvera - Universidad Autónoma de Tamaulipas. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci_arttext)

La situación planteada se replica de manera similar en la educación en salud, área a la que es necesario sumar el contexto de profundos cambios y significativas transformaciones estructurales (cambio epidemiológico, demográfico e instalación de un nuevo de atención), respecto de los cuales la adaptación de los programas de formación, de acuerdo con los desajustes observados entre perfil de egreso y requerido, no ha sido suficiente.

En este contexto y en el marco de los principios de autonomía universitaria, los países han impulsado o fortalecido las instancias de articulación con el sector formador, tales como las señaladas en la Tabla N° 11:

Tabla 11

Instancias de Articulación de las Políticas de Educación y Trabajo

<p>Colombia:</p> <p>Comisión Intersectorial de THS: conformada por los MSPS y de Educación Nacional, con el objetivo de verificar y evaluar estándares básicos de calidad de los programas de formación.</p> <p>Comisión de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES): otorga registro calificado para iniciar o continuar proyectos educativos.</p> <p>Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA): orientado a la educación técnica (tecnólogos y auxiliares). El MSPS coordina la actualización de perfiles y normas de competencia laboral para el diseño y aprobación de programas de formación.</p>
<p>Chile:</p> <p>Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) integrada por Facultades de Medicina, Colegio Médico y presidida por el Ministro de Salud. Tiene un rol asesor para fijar las políticas de formación en salud (énfasis en medicina), de coordinación de la relación docente asistencial y respecto de los criterios de uso y asignación de los Campos de Formación Profesional y Técnica. Esta instancia se descentraliza en los niveles regional y local.</p> <p>Convenio de Cooperación Técnica entre el MINSAL y el Ministerio de Educación que implementó una Comisión Asesora Educación/Salud, orientada a la regulación de la educación de nivel técnico.</p>
<p>Perú:</p> <p>Comité Nacional de Pre grado en Salud: establece el marco normativo sectorial de convenios de cooperación docente asistencial.</p> <p>Comité Nacional de Residentado Médico: conformado por 23 universidades que imparten formación de segundo nivel, más representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la sociedad civil. Esta instancia busca regular la formación de especialistas.</p> <p>Comité Nacional de Residentado Odontológico (en proceso de implementación).</p> <p>Convenio con el Ministerio de Educación, orientado a fortalecer las capacidades de los trabajadores del sector.</p>

No existe una evaluación respecto de la efectividad de estas instancias, pero, de acuerdo con los antecedentes disponibles, no se exhibirían grandes cambios de enfoque de la formación en salud, siendo posible observar:

- Se reconoce que tienen baja incidencia en la regulación, respecto de los contenidos de los proyectos de formación, expresado tanto en sus mallas curriculares, como en la determinación del número de matrícula disponible y su composición por carreras. Este aspecto se reafirma por ejemplo con lo observado en los gráficos N°1 y N°3 referidos a la proporción médico/enfermera y adecuación curricular respectivamente, ambos factores evaluados en las Metas Regionales de RHS (OPS).
- Tanto desde el punto de vista de sus integrantes, como del rol que cumplen, se observa que estas comisiones están preferentemente orientadas a la formación médica (pregrado y especialización). Este aspecto podría ser contradictorio con el interés declarado respecto de la formación de equipos multidisciplinarios de salud con énfasis en salud familiar.
- Desde esta perspectiva, los integrantes del equipo multidisciplinario debieran tener una representación balanceada dentro de las instancias orientadas a la definición de políticas integrales de formación de RHS, evitando la tradicional hegemonía de los temas referidos a la especialización médica y abriendo espacios privilegiados para la discutir y acordar estrategias de formación según los perfiles ocupacionales requeridos.

Con relación al perfil de competencias los países registran avances en diferentes grados, sin embargo, todos han, a lo menos, iniciado acciones al respecto, desde la constitución de instancias de trabajo para la definición de perfiles (Colombia), fase de oficialización de los perfiles (Perú) y desarrollo de programas de fortalecimiento de competencias (Chile).

OPS ha desarrollado múltiples trabajos en este ámbito, los que aportan un marco conceptual importante para profundizar en los países de la región las estrategias de fortalecimiento de competencias para un sistema basado en APS. Un aspecto que cabe destacar es la necesidad de ampliar a todos los niveles de atención la incorporación de las competencias requeridas para que el modelo de atención funcione. No basta con asegurar que los equipos pertenecientes al primer nivel de atención posean y desplieguen competencias de APS, es necesario que el resto de los equipos también las desarrollen, favoreciendo la incorporación del enfoque de trabajo en red integrada, así como la comprensión y valoración de los equipos de cada nivel.

Algunas de las ideas centrales de los planteamientos formulados por OPS son los siguientes:

Tabla 12  
Estrategias para el Desarrollo de Equipos de APS - OPS

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

“Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad”.

Dadas las características del enfoque de competencias, donde contexto del trabajo determina fuertemente el desempeño, “no existen modelos universales que permitan describir una composición de competencias válida para todos los lugares y contextos sociales”<sup>33</sup>. Sin perjuicio de lo anterior, OPS propone como un punto de partida una Matriz de Competencias para equipos de APS del primer nivel de atención, elaborado sobre la base de los elementos de la APS Renovada.

Consistente con lo observado en las Metas Regionales de RHS respecto de la adecuación de las mallas curriculares, (incluida en el gráfico N°3), los países informan niveles de desarrollo entre nulo/bajo e intermedio, en el atributo sobre la orientación de la formación de pregrado hacia la APS. Este es un desafío que se viene analizando desde hace varios años. Ya en 1991 en la Cumbre Mundial de Educación Médica realizada en Edimburgo se destacaba “la obligación que las facultades y escuelas de medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad”<sup>34</sup> y se agrega además, la necesidad de “formular políticas basadas en las realidades epidemiológicas y financieras del país poniendo atención en la elevación del estatus del médico de atención primaria”.

<sup>33</sup>Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, de la Serie La Renovación de la APS en las Américas – N°1, disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias\\_Desarrollo\\_Equipos\\_APS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf)

<sup>34</sup>La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista N° 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

De acuerdo con la misma fuente (79), se identifica que un aspecto clave es avanzar tanto en la modificación curricular, como en los escenarios de prácticas que se utilizan. Se indica que estudios sistemáticos observaron que la experiencia temprana en la comunidad, ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y a desarrollar actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura, a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad. Se desatacan las siguientes experiencias:

Tabla 13

Experiencias de Modificación Curricular de Medicina - OPS

Inglaterra	Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos. La característica esencial es que “la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad”. Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes
Cuba	El MSPS priorizó la formación en medicina familiar que cuentan con financiamiento estatal (Ministerio y Gobiernos Regionales). Durante el año 2013 se ofrecieron 250 cupos para la formación en esta especialidad. 43 Campos Clínicos fueron acreditados para impartir este programa.
Brasil	7 Universidades imparten el programa de especialización de salud familiar. Estas Universidades se agruparon en el Consorcio de Universidades de Salud Familiar desde 2005.

Este atributo está estrechamente vinculado con la formación en medicina familiar, especialidad respecto de la que existe bastante experiencia y las Universidades han incrementado su capacidad formadora en el área.

Tabla 14

Experiencias de Formación en Medicina Familiar - Países Andinos

Bolivia	Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos. La característica esencial es que "la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad". Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes
Colombia	El MSPS priorizó la formación en medicina familiar que cuentan con financiamiento estatal (Ministerio y Gobiernos Regionales). Durante el año 2013 se ofrecieron 250 cupos para la formación en esta especialidad. 43 Campos Clínicos fueron acreditados para impartir este programa.
Chile	7 Universidades imparten el programa de especialización de salud familiar. Estas Universidades se agruparon en el Consorcio de Universidades de Salud Familiar desde 2005.
Perú	Existen 21 programas de medicina familiar con 332 campos clínicos autorizados y un promedio de egreso aproximado de 120 médicos de familia. En el año 2013 se incrementaron las plazas en 250.

Estas políticas aún no se reflejan en la proporción de médicos de familia respecto del total de especialistas, siendo necesario incorporar otras estrategias de atracción para que los médicos opten por especialización en esta área, así como mantener las estrategias de aumento de los cupos de formación para esta especialidad con financiamiento público; el uso de la red pública de AP como campos de formación acreditados y la formación a través de programas modulares de los médicos generales en actual servicio hasta obtener la especialidad correspondiente.

Tabla 15  
Proporción de Médicos de Familia sobre el total de Especialistas

País	Med. De Familia	Otros Especialistas	% de Med de Familia respecto del total de especialistas	Fuente
Bolivia	241	4.986	4.83%	Políticas de RHS (referencia 94)
Chile	592	17.535	3,38%	Informe de Brechas de RHS (referencia 103). Actualizado a Octubre de 2013.
Perú	102	17.731	0.58%	Observatorio de RHS – actualizado a diciembre de 2011
Colombia	S/I	S/I	-	-
Ecuador	98	S/I	-	-

Elaboración propia en base a las fuentes citadas

Con relación a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la formación, los países de la región cuentan con mecanismos de acreditación, pero tal como se mencionó respecto de la formación médica, este instrumento no se está utilizando como un medio para estimular la orientación de los programas hacia la APS. Otro aspecto llamativo es la existencia de una aparente desarticulación entre el sector salud y sector educación, siendo este último el encargado de la regulación del sistema de acreditación (ya sea en forma directa o a través de agencias autónomas). No todos los países contemplan la participación institucionalizada del sector salud para la definición de criterios de evaluación que se aplicarán, siendo Colombia un caso diferente ya que participa activamente en estas instancias.

Con relación a orientar la Gestión de los Campos de Formación hacia la APS y de acuerdo con la información disponible, los países que han implementado una política específica al respecto son Perú y Bolivia.

Perú utiliza espacios docentes de Centros de APS, especialmente para la formación en enfermería, obstetricia y medicina familiar. En este último caso, en el marco de la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, se han implementado centros pilotos en que se desarrollan pasantías, aún no evaluadas. Actualmente, se cuenta con más de 300 campos clínicos acreditados para la formación de medicina familiar.

Respecto de Bolivia, ya se ha hecho referencia al programa de Residencia Médica SAFCI cuyo desarrollo tiene como característica central que la formación es realizada en el centro de salud de AP y en contacto permanente con la comunidad.

Analizados todos los atributos del ámbito de formación, es posible identificar múltiples espacios para que, respetando los principios de autonomía universitaria, el sector salud pueda fortalecer la rectoría o regulación sobre este tema. Entre estas opciones se identifica las siguientes:

- Utilizar integralmente la capacidad formadora de red asistencial: Los “escenarios de práctica” utilizados para la formación del personal de salud y, en particular de los médicos, corresponden mayoritariamente a establecimientos de salud que dependen de la propia autoridad sanitaria. En este sentido, los Ministerios tienen la posibilidad de ejercer su poder que nace de este hecho, para lograr balancear la formación práctica de los profesionales de la salud, especialmente del médico, a partir de la generación de acuerdos con los Centros Formadores para el uso integral de la red asistencial con fines formadores.
- Incorporar criterios de acreditación referidos a APS: Los sistemas de acreditación son regulados por el Estado, generalmente a través de los Ministerios de Educación, siendo necesario fortalecer el trabajo intersectorial y la participación del sector salud en la definición de los criterios de acreditación fomentando su orientación hacia APS, considerando por ejemplo, indicadores referidos al número de horas de práctica requeridas en establecimientos del primer nivel de atención y en la comunidad.
- Potenciar los espacios de articulación de la política de formación, incorporando nuevos actores a las instancias existentes, cuya constitución y objetivos se orientan en la actualidad, preferentemente a regular la formación en medicina. En coherencia con los planteamientos del modelo de atención, estas instancias debieran incorporar a los profesionales y técnicos que forman los equipos básicos de salud, además de representantes de la sociedad civil (asociación de usuarios por ejemplo).

#### 4.2.4. Gestión del empleo

Este ámbito considera 2 atributos priorizados, reclutamiento/selección y retención del personal. Desde el punto de vista del funcionamiento del modelo de atención, los países reconocen importantes desafíos, especialmente respecto de las áreas tradicionalmente desatendidas, lugares en que la baja disponibilidad de personal,

constituye un problema frente a los objetivos de eliminación de las barreras de acceso, cobertura y calidad de la atención de salud. Al respecto se espera:

- Conocer si los países identifican y aplican criterios diferenciados de reclutamiento y selección, que permitan atraer al personal de salud hacia la APS y hacia las regiones o localidades con mayores problemas de provisión.
- Identificar las principales estrategias de retención que están utilizando, especialmente, respecto de zonas con brechas de RHS más críticas.

Tabla 16  
Evaluación del Ámbito de Gestión del Empleo

GESTIÓN DEL EMPLEO	Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS	Mecanismos de retención RHS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que incorporan criterios diferenciados para los ámbitos regionales y locales y que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta y aplica mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta con mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso
	Chile	Ecuador - Perú
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con procedimientos operativos de reclutamiento y selección	El país cuenta con mecanismos de retención aislados que no consideran las posibilidades de la red asistencial en su conjunto
	Bolivia - Ecuador	Chile
Poco o nulo desarrollo	No existe un sistema de reclutamiento y selección de personal o existen procesos incipientes	El país no cuenta con mecanismos de retención de RHS o posee un desarrollo incipiente en esta área
	Colombia - Perú	Bolivia - Colombia

De los países que aportaron información sobre este atributo, Chile declara poseer un nivel de desarrollo avanzado, respecto del desarrollo de sistemas de reclutamiento y selección, destacándose las siguientes características:

Tabla 17

Sistemas de Reclutamiento y Selección - Experiencia Chilena

El diseño es coherente con los valores enunciados en la política de RHS, particularmente con:

- Excelencia, Mérito: porque el sistema descansa en la consideración del mérito para lograr la incorporación del personal más idóneo posible.
- Calidad: porque establece en su metodología criterios mínimos de elegibilidad (en caso contrario se declara vacante)
- Probidad y transparencia: Se privilegia el desarrollo de concursos, los que son obligatorios en el caso de cargos de planta (permanentes).
- Descentralización: los diferentes niveles de la red asistencial tienen responsabilidades concretas. El Ministerio define y controla la aplicación de las políticas. Los niveles locales de gestión adecuan las políticas a su realidad local (en el marco de los aspectos normativos de general aplicación) y desarrollan los procesos.

Las políticas declaran el compromiso de promover la incorporación de criterios sobre competencias de APS en el personal a seleccionar: "El Ministerio de Salud reconoce que el equipo de salud interdisciplinario con enfoque de salud familiar y comunitaria es la base del desarrollo de un sistema de redes integradas basado en atención primaria y se compromete a promover su formación e incorporación al sistema de salud".

Respecto de las políticas específicas para el sector público de salud, se plantea: Las políticas de incorporación del personal sanitario, tienen como objetivo lograr que todas las instituciones que componen el Sector Público de Salud cuenten con el personal idóneo para alcanzar las metas institucionales, considerando las actividades de reclutamiento, selección y acogida e integración de personas.

En consideración a las dificultades de reclutamiento y selección existentes en algunas localidades (zonas rurales) o cargos (enfermera), el proceso considera estrategias de atracción del personal, orientadas a "captar profesionales de la salud, especialmente los de disponibilidad crítica, se implementarán acciones dirigidas a difundir las principales características del sector, los beneficios y ventajas de trabajar en el, así como las posibilidades de crecimiento y desarrollo ofrecidas. El diseño de dichas acciones considerará, tanto las diferencias existentes entre las distintas regiones del país, como las atribuibles a los potenciales candidatos, referidas a sus perfiles profesionales, nivel de experiencia y aspectos motivacionales. Se tendrán presentes, por ejemplo, las diferentes etapas de desarrollo profesional, individual y familiar que experimenta una persona desde su titulación, hasta la adquisición de mayores niveles de experiencia y consolidación. Mientras la motivación de los recién titulados podría estar más orientada a la búsqueda de posibilidades de desarrollo, los de mayor trayectoria, podrían aspirar, prioritariamente, a una mejor conciliación entre su vida profesional y personal".

Por su parte, los mensajes utilizados para captar personal, considerarán no sólo las necesidades de calificación profesional y técnica, sino que muy especialmente los aspectos valóricos involucrados en el trabajo, intentando atraer a quienes demuestren mayor cercanía con los valores declarados por el sector, tales como, vocación de servicio público, motivación por el desarrollo permanente, orientación a la calidad y generación de un clima de trabajo basado en el respeto y la colaboración.

Los procesos consideran el llamado en que se publica el perfil del cargo y las condiciones de realización (procedimiento de selección), así como los métodos de evaluación a utilizar, generalmente se utilizan: evaluación técnica, psicológica y exámenes pre-ocupacionales que permitan proveer los cargos, según los perfiles efectivamente deseados, además de los requisitos de ingreso obligatorios según el cargo, básicamente referidos a título profesional y experiencia laboral.

La aplicación de las políticas de reclutamiento y selección está respaldada por procedimientos contenidos en el marco normativo vigente (Ley 18.834, sobre Estatuto Administrativo, Ley 15.076 y 19.664 y sus respectivos reglamentos, y DFL que fijan las plantas de personal; Ley 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud).

Dos experiencias en que se ha incorporado criterios de orientación hacia APS:

- Selección a través del Sistema de Alta Dirección Pública de los directivos de primer nivel (Director de Servicio de Salud – Gestor de Redes) y segundo nivel jerárquico (Directores de establecimientos de salud y directivos superiores de los Servicios de Salud). Los perfiles de cargos, especialmente de los Directores de Servicios de Salud, incorporan factores referidos a competencias de gestión en red y orientación hacia la APS.
- Concursos nacionales para proveer cargos del Ciclo de Destinación Médica, cuyo propósito es contratar profesional médicos en zonas con dificultad de reclutamiento, para desempeñarse en preferentemente en establecimientos del primer nivel de atención.

En base a la descripción no es posible determinar con exactitud si existen diferencias entre la un proceso de selección normal y uno diseñado en la lógica del trabajo en red, siendo necesario explorar otras experiencias que permitan identificar posibles particularidades en este atributo.

Respecto de la aplicación de mecanismos de retención para el personal con desempeño en el primer nivel y, especialmente, para zonas rurales, marginales o de difícil acceso, los países identifican básicamente incentivos económicos, entre los que es posible mencionar:

Tabla 18  
Sistemas Incentivos Chile y Perú

Chile: Incentivo de desempeño difícil para APS rural y urbana.

Por desempeño en Zonas Urbanas de AP: Se consideran criterios de marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria y de inseguridad y riesgo para el personal derivadas de las condiciones del lugar en que se ejecutan las acciones, destinadas a los establecimientos rurales y como máximo a un 25% del total horas nacionales urbanas, asignándose un porcentaje mayor a los funcionarios de los centros de salud de mayor a menor grado de dificultad (15% - 10% y 5% del salario).

Por desempeño en Zonas Rurales de AP: Todos los funcionarios tienen derecho en porcentajes diferentes según los criterios de aislamiento geográfico, dispersión de la población y marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria (26% - 19% - 10%)

También existen otras asignaciones aplicables por ley a todos los funcionarios públicos, como por ejemplo la zona y zona aislada, que se asigna, especialmente a localidades del extremo norte y sur del país.

Perú: Asignaciones priorizadas.

Se asignan al puesto, de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño. Las que tienen mayor relación con el primer nivel de atención son:

- Zona alejada o fronteriza
- Zona de emergencia
- APS: se entrega a puestos en el primer de atención destinados a realizar intervenciones de APS a las familias y comunidades, debiendo cumplir con el perfil definido.
- Atención especializada, para puestos estratégicos de primer y segundo nivel.

Llama la atención que, sin perjuicio que los países desarrollan múltiples estrategias que se orientan a mejorar la presencia de personal sanitario en zonas desatendidas, durante el levantamiento de información identificaron, básicamente, aspectos procedimentales de los procesos de selección, así como la existencia de incentivos económicos como medio de retención. Siendo posible mencionar otras estrategias, varias de las cuáles los propios países están o han aplicado. Entre éstas se puede destacar las siguientes:

Tabla 19

### Estrategias Complementarias para la Atracción y Retención del Personal

#### **Actividades de Promoción y Marketing Sectorial**

Actividades y estrategias de promoción de las condiciones de laborales que ofrece el sector salud, idealmente vinculadas con las diferentes fases de la vida laboral, así como con los diferentes puntos de la red asistencial con mayores necesidades de RHS (marketing sectorial), por ejemplo:

- Disponer de información con la descripción de todos los beneficios (económicos y no económicos) que los países ofrecen en el marco de las estrategias de desarrollo de RHS. Las piezas de información deben ser de fácil comprensión, evitando un lenguaje técnico/normativo (trípticos, cartillas, videos).
- Ampliar los contenidos de información a aspectos de la vida cotidiana de las localidades y comunidades. Estudios han demostrado la importancia que los profesionales le atribuyen a estos factores al momento de tomar opciones permanentes o transitorias de radicación. Por ejemplo: información sobre los servicios públicos disponibles, atractivos turísticos, experiencias destacadas en salud, el posicionamiento y valoración de los profesionales por parte de la comunidad, etc.
- Usar las redes sociales y formar grupos específicos con los futuros egresados de las carreras de la salud (contar con un directorio de futuros egresados).
- Involucrar a las autoridades locales en la elaboración de las estrategias de difusión de las respectivas zonas con problemas de provisión de servicios de salud, explorando por ejemplo la existencia de beneficios adicionales que pudieran ser gestionados por las propias comunas o localidades.
- Desarrollo de “ferias laborales” del sector salud, en que participen activamente las autoridades locales y se expongan las opciones de contratación existentes, con espacios para testimonios positivos de profesionales destacados con experiencia en zonas rurales o de difícil acceso.
- Involucrar a las autoridades nacionales en las estrategias de difusión, de manera de otorgar la relevancia requerida por el tema.

Una experiencia en este sentido es la difusión del SERUMS de Perú que ofrece a los postulantes información sobre diversos temas de interés e incorpora piezas de difusión apelando a aspectos vocacionales para estimular el interés de los jóvenes profesionales del área de salud, disponible en la página web de MINSA<sup>35</sup>.

#### **Diseño e implementación de programas específicos para provisión de personal en zonas críticas**

Ejemplo de esta estrategia la constituye el SERUMS de Perú y el Ciclo de Destinación en Chile. Ambas iniciativas están orientadas a la provisión de cargos en zonas específicas (generalmente zonas aisladas, marginales o rurales) preferentemente del primer nivel de atención.

La participación y permanencia en estos programas genera, por ejemplo, posibilidades de acceso a formación de especialidades con financiamiento público; reconocimiento de puntajes en futuros procesos de selección, reconocimiento en factores de desarrollo de carrera.

Una experiencia similar es el “Año de Servicio Rural” de Colombia (Servicio Social Obligatorio), que en este caso es requisito habilitante para el ejercicio profesional.

<sup>35</sup>Difusión de SERUMS – MINSA Perú, disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/comunicate/index.html>

**Aumentos de cupos de formación con financiamiento público y dotación de personal en áreas desatendidas**

Estas estrategias permiten aumentar la masa crítica de profesionales disponibles que poseen las capacidades adecuadas a las necesidades del modelo de atención. En este sentido se identifican estrategias como PROFAM en Perú, Residencias SAFCI en Bolivia, Formación progresiva en APS en Chile y aumento de cupos de especialidad, Convenios de formación de pre y post grado para 10.000 profesionales en Ecuador.

**Alianzas con el sector formador para el desarrollo de polos formación/servicios**

El desarrollo de actividades de actualización son parte consustancial al desarrollo de las profesiones de la salud. La lejanía respecto de los grandes centros urbanos también aleja a los profesionales de los centros formadores, sin embargo, desarrollar proyectos formativos en las propias comunidades (Residencias SAFCI) son útiles no sólo para la adecuación de perfiles, sino también para generar lazos con las comunidades, enfrentar el problema señalado y permitir que los profesionales combinen su actividad "clínica" con actividad docente.

Desde un punto de vista de las "buenas prácticas de administración" se reconoce la importancia de estas estrategias, sin embargo, no existe evidencia sobre su impacto en las tasas de captación y retención logradas. De todas formas, es posible señalar que, en la medida que las estrategias sean adecuadamente diseñadas, serán útiles para ampliar la convocatoria y el conocimiento del sector salud entre los potenciales candidatos, siendo una condición para mejorar su diseño, profundizar el conocimiento por parte de los gestores de RHS, del mercado laboral en que se inscriben, así como de las opciones y motivaciones de los profesionales.

#### 4.2.5. Gestión del desempeño

Este ámbito está compuesto por atributos relacionados con el nivel de desempeño del personal y con la expectativa de obtener su mejor contribución para el cumplimiento de los objetivos sectoriales. Considera aspectos como la definición, conformación y roles de los equipos de salud de AP y la utilización de estrategias orientadas a mejorar el desempeño:

- Respecto de la definición del equipo básico de salud y mecanismos de complementariedad de funciones, se espera establecer si los países cuentan con equipos básicos de salud, que trabajan en la red asistencial y que aplican modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo.
- Con relación a la educación permanente: se trata de conocer si se aplican estrategias de desarrollo para el personal con desempeño en sectores rurales, quienes habitualmente tienen menos acceso capacitación y actualización.
- Sobre los sistemas de incentivos, se indaga si los países cuentan con un modelo integrado de carrera sanitaria que considere los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el primer nivel de atención.
- Finalmente, se consultó acerca de la aplicación de mecanismos de evaluación de la satisfacción del personal, útiles para ampliar el conocimiento sobre la percepción, opciones y motivación del personal, orientadas al diseño de políticas ajustadas a las necesidades de las personas y de los equipos de salud. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 20  
Evaluación del Ámbito de Gestión del Desempeño

GESTION DEL DESEMPEÑO	Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	Sistemas de incentivos	Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con equipos básicos de salud, que bajan en la red asistencial aplicando las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo definidas	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso, cuyos contenidos son priorizados en base a las necesidades locales.	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, cuyos resultados son aplicados para ajustar las estrategias y políticas de RHS vigentes
	Bolivia				

GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	Sistemas de incentivos	Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Avanzado	El país definió la composición de los equipos básicos de salud, así como las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus particularidades	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Intermedio	Chile - Ecuador El país cuenta con definiciones de roles de cada uno de los integrantes del equipo básico de salud en forma separada sin abordar las áreas de coordinación y complementariedad Perú	Bolivia - Chile El país dispone de estrategias aisladas de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas sin un claro enfoque hacia la APS Perú	Chile - Ecuador - Perú El país cuenta con sistemas de incentivos aislados que no responden a una lógica de red asistencial o que privilegian los niveles secundario y/o terciario Colombia	Chile El país cuenta con sistemas de ascensos o promociones gestionados por cada unidad operativa de RHS que no responden a las necesidades de desarrollo del modelo de atención	Perú Las áreas de RHS aplican en forma aislada para responder a demandas específicas, instrumentos que permitan conocer la percepción de satisfacción laboral del personal del primer nivel de atención Colombia — Chile - Ecuador

GESTION DEL DESEMPEÑO	Poco o nulo desarrollo						Colombia	Colombia - Ecuador	Bolivia	Bolivia - Colombia - Ecuador - Perú	Bolivia						Las áreas de RHS no aplican instrumentos de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención							
Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	El país no cuenta con definiciones de los equipos básicos de salud o cuenta con definiciones incipientes	Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	El país no dispone de estrategias de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas o su desarrollo es incipiente	Sistemas de incentivos	El país no cuenta con sistemas de incentivos o cuenta con un desarrollo incipiente	Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	El país no cuenta con un sistema de carrera sanitaria estructurada o cuenta con un desarrollo incipiente	Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS no aplican instrumentos de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención															

Se identifica la definición del equipo básico de salud, con la obtención de diversos beneficios organizacionales:

- Como “señal” para el mercado de la formación, respecto de las necesidades de RHS del sector salud.
- Como elemento de organización del trabajo en red, en que cada nivel de atención actúa integradamente en torno a roles y responsabilidades claramente definidas, según criterios de continuidad e integralidad de la atención.
- Como insumo para los diferentes procesos de gestión de RHS, (reclutamiento, selección, inducción y acogida, evaluación del desempeño, capacitación y desarrollo), al describir los roles y funciones globales exigibles al equipo básico de salud. que describe los desempeños que se espera tengan los equipos de salud del nivel primario.
- Como elemento para clarificar expectativas tanto a las personas que integran los equipos de salud, como a sus supervisores, respecto de la misión y funciones del puesto o la interacción con los demás integrantes del equipo.

Los países han avanzado en este ámbito, en el marco de las definiciones del modelo de salud. Estas definiciones han sido recogidas en las respectivas políticas de RHS. En la tabla N°21 se puede revisar las definiciones, composición y responsabilidades previstas para estos equipos de salud en Chile y Perú:

Tabla 21  
Definición de los Equipos Básicos de Salud – Perú y Chile

Perú: Equipo Básico de Salud
<p>Identifica dos tipos de equipos de RHS para el primer nivel de atención:</p> <p><b>EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA</b></p> <p>Está asignado a un establecimiento tipo puesto de salud y puede estar conformado por diversos profesionales no médicos y técnicos de salud que se apoyan en los ACS (Agentes Comunitarios de Salud).</p> <p><b>EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Es un equipo de salud más completo, integrado principalmente por médico, personal de enfermería, obstetrix y técnico de enfermería, dotado de mayor capacidad de resolución, que se ubica en establecimientos como micro redes o núcleos. También señalan considerar deseable la incorporación de un encargado de informática, que sea un productor activo de esta en la medida de las necesidades de los Equipos Básico y Familiares y Comunitarios de Salud.</li></ul> <p>Estos tienen además a su cargo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La coordinación de los programas (Individual, familiar y Comunitario) de todos los sectores.</li><li>- La supervisión y monitoreo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.</li><li>- La vigilancia de salud.</li><li>- La formación permanente de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.</li><li>- La atención especializada de primer nivel incluyendo las referencias a un nivel de mayor especialización. Vinculadas a la profesión específica de cada uno de sus miembros.</li><li>- La supervisión en dos sentidos. Por un lado cada miembro del Equipo Básico de Salud será coordinador de un programa (Individual, Familiar y Comunitario) y por otro lado, sus distintos miembros serán coordinadores de un sector (o sectores, de ser necesario) y por tanto de un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria o más.</li><li>- El trabajo intersectorial y la coordinación con las autoridades distritales.</li></ul>

Chile: Equipo de Cabecera

En los establecimientos de atención primaria (CESFAM, Postas de Salud Rural, Hospitales Comunitarios) el equipo de cabecera es la unidad básica de trabajo, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención. El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Entre las funciones de los equipos de cabecera se puede mencionar:

- realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.
- diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
- evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
- realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
- mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
- trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Estas necesidades implican factores biológicos, psicológicos y sociales complejamente imbricados, por lo tanto el equipo debe integrar estas tres miradas a través de la participación de profesionales del área biomédica, psicológica y social, técnicos paramédicos y funcionarios administrativos.

Dadas las características que posee la Atención Primaria en Chile, es posible la integración de funcionarios profesionales y administrativos en el desarrollo de trabajo en equipo, siendo pionera en la incorporación de diversos profesionales al equipo de salud como; matronas, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, odontólogos, además del médico, enfermera y técnico paramédico quienes tradicionalmente han formado el equipo de salud en otros países. Por otro lado, es importante notar, que parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al trabajo en equipo. Ambas características facilitan una visión más completa e integrada de los problemas de las personas, de la realidad local y de las posibles estrategias a seguir para abordar esos problemas.

Respecto del atributo referido a la Educación Permanente en Salud (EPS) para el personal con desempeño en zonas aisladas. Los países identifican más bien estrategias de capacitación, sin mencionar experiencias concretas de EPS, entendida esta, como una intervención orientada hacia la transformación de la práctica del equipo de salud, cuyo objetivo es “perfeccionar los servicios a través de un ejercicio educativo permanente y que busque una capacitación técnica inseparablemente unida a la reflexión crítica”<sup>36</sup>.

<sup>36</sup>Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. María Cristina Davini. Publicación N° 19 OPS – 1989.

La no identificación de proyectos concretos de EPS, podría ser indicativo de que se están privilegiando otras estrategias de desarrollo de competencias, tales como programas de capacitación en convenios con universidades y capacitación a distancia.

En el caso de Chile la capacitación es uno de los componentes de la carrera sanitaria de APS. Cada Municipio en su rol de administrador comunal de salud, debe formular anualmente, en conjunto con el Programa de Salud un Comunal, un Plan de Capacitación para su personal, el que debe ajustarse a las orientaciones técnicas que imparte el Ministerio de Salud.

En el caso de Perú el desarrollo de competencias de APS, está actualmente focalizado, en la implementación del PROFAM.

Colombia, por su parte, está en la fase de diseño de un modelo de gestión de personal para zonas dispersas en que se considera el componente de desarrollo de competencias.

Respecto del Sistema de Incentivos, se observa un gran esfuerzo en este ámbito, tanto desde el punto de vista de la incorporación de incentivos económicos y no económicos, orientados a lograr mayor competitividad remuneracional, incentivar ciertas conductas o logros específicos (metas), estimular la localización en determinados puntos de la red asistencial y generar mejores condiciones laborales a partir del reconocimiento de beneficios laborales. Sin observarse opciones que privilegien el desarrollo de los equipos de APS, en general los incentivos son para todos los niveles de atención. Tampoco se reconocen de manera expresa, iniciativas relativas a incentivos referidos a los entornos laborales (supervisión adecuada, autonomía), ni a recompensas intrínsecas (mecanismos de reconocimiento).

La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, desarrolló durante 2008 un estudio sobre los incentivos aplicados en el sector salud<sup>37</sup>, lográndose la siguiente sistematización:

---

<sup>37</sup>Artículo de eManager "Strengthening human resource management to improve health outcomes, disponible en: [http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager\\_2009no1\\_hrm\\_english.pdf](http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf)

Tabla 22  
Tipos de Incentivos

Económicos	No Económicos
<p><b>Términos y condiciones de empleo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salario/sueldo</li> <li>- Pensión</li> <li>- Seguros (de salud)</li> <li>- Primas (por ejemplo, de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, aparcamiento)</li> <li>- Permiso pagado.</li> </ul> <p><b>Pagos por resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consecución de los objetivos de Resultados</li> <li>- Años de servicio</li> <li>- Ubicación o tipo del trabajo (por ejemplo, lugares alejados)</li> </ul> <p><b>Otras ayudas financieras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Becas</li> <li>- Préstamos</li> </ul>	<p><b>Ambiente positivo de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades</li> <li>- Reconocimiento del trabajo y de los objetivos logrados</li> <li>- Gestión de apoyo y estructura de pares</li> <li>- Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral con un lugar de trabajo seguro y limpio</li> <li>- Eficaz representación y comunicación con los empleados</li> <li>- Políticas de igualdad de oportunidades</li> <li>- Permisos maternales y parentales</li> <li>- Flexibilidad en los contratos</li> <li>- Empleo sostenible.</li> <li>- Horarios de trabajo flexibles</li> </ul> <p><b>Apoyo al desarrollo profesional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisión eficaz</li> <li>- Estructuras de asesoría y mentores</li> <li>- Acceso a sistemas de apoyo, formación y capacitación</li> <li>- Permiso sabático y de estudios</li> </ul> <p><b>Acceso a servicios tales como</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De salud</li> <li>- Cuidado de niños y escuelas</li> <li>- Instalaciones recreacionales</li> <li>- Vivienda</li> <li>- Transporte.</li> </ul> <p><b>Recompensas intrínsecas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción en el trabajo</li> <li>- Realización personal</li> <li>- Compromiso con valores compartidos</li> <li>- Respeto de los compañeros y de la comunidad</li> <li>- Sentido de pertenencia al equipo</li> </ul>

Fuente: Global Health Workforce Alliance/WHO 2008.

Las tendencias que se observan entre los países de la subregión, respecto del uso de sistemas de incentivos son las siguientes:

- Esquemas de pago que consideran componentes fijos y variables. Estos últimos están preferentemente referidos a condiciones laborales (localización por ejemplo), conductas que se desea estimular (satisfacción usuaria) y rendimiento (colectivo e individual).
- También se utilizan incentivos vinculados al logro de metas sanitarias, establecidas mediante diferentes tipos de convenios (Perú y Chile).
- En el caso de Colombia es diferente ya que cada empleador determina las modalidades contractuales y de pago. Actualmente se estudia la incorporación de incentivos asociados a producción de prestaciones.
- Perú ha hecho recientemente un esfuerzo de ordenamiento a través de la aprobación de la Ley sobre "Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la salud al Servicios del Estado".
- En Chile se observa la existencia de diferentes tipos de asignaciones de compleja administración, que han respondido a procesos específicos de negociación salarial de diferentes grupos de interés, sin contar con evaluaciones específicas acerca de su efectividad. Al respecto, una primera aproximación cualitativa se logró en el marco del estudio de "Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile"<sup>38</sup>, cuyas conclusiones podrían servir de orientación para que otros países de la región evalúen sus decisiones en este ámbito:

---

<sup>38</sup>"Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile", disponible en el siguiente enlace: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/2009/10/16649832/chile-estudio-de-brechas-de-oferta-y-demanda-de-medicos-especialistas-en-chile>

Tabla 23

Análisis sobre el modelo de incentivos de Chile

Extracto del Estudio del Bco. Mundial sobre Oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile

El modelo operativo del sistema de salud de Chile es sofisticado. Uno sus rasgos sobresalientes es la separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios, los que, a su vez, son prestados por dos niveles institucionales diferentes: la APS por los municipios y el resto de la atención por los Servicios de Salud del MINSAL. La separación de funciones genera oposición de intereses en este campo y promueve el desarrollo de mecanismos de compra de servicios. Esto introdujo diversos modelos en el sector público y en el privado con la generación de complejos mecanismos de incentivos que inciden en la conducta de los asegurados privados y de los profesionales de las distintas disciplinas de la atención de la salud. En el sector estatal existen, además, incentivos explícitos en los modelos de gestión de efectores, que vinculan a los mismos metas y resultados. Toda esta compleja ingeniería operativa requiere potentes sistemas de información, algunos de los cuales están aún en proceso de maduración. A su vez, este sistema de incentivos está pendiente de una evaluación sistemática profunda de sus resultados.

Uno de los problemas del sistema de salud es el que se refiere al déficit de personal profesional en zonas alejadas. Existe una asignación por localización prevista en el sistema de remuneraciones que, evidentemente, no resuelve dicho problema. Quienes lo reciben representan aproximadamente el 50% del personal, siendo el impacto promedio del 20%. El 80% del personal que recibe el estímulo percibe un incentivo inferior al 25% de su sueldo neto. Esto, sin considerar los diferenciales de ingresos salariales por región (incluido el estímulo por zona).

El sistema de incentivos al desempeño parece presentar numerosos problemas: i) su magnitud, considerada globalmente, no es actualmente representativa (0.3% de la masa salarial en el caso de los médicos especialistas); ii) la porción sujeta a resultados no parece reflejar una gran variabilidad por lo que el incentivo tiene altas posibilidades de ser percibido como un fijo; iii) La forma de liquidación (semestral) puede generar un efecto de dilución temporal ya que el premio queda disociado temporalmente del desempeño (año anterior); iv) los incentivos relacionados con la calificación del personal chocan con la poca disposición de los directores de servicios a generar calificaciones diferenciales por lo que el premio podría no reflejar los verdaderos méritos que se busca premiar. Este sistema parece funcionar mejor en el caso del personal no médico que con los médicos.

Para el caso de los desempeños colectivos, estos están sujetos al cumplimiento de metas, pero no resulta claro cómo se compatibilizan las metas nacionales con las que cada servicio fija para sus establecimientos. Este es uno de los aspectos centrales, en el sentido que se requiere de una adecuada alineación de todo el proceso de generación de metas e incentivos.

Incentivos a la dedicación profesional: si bien todas las horas se pagan al mismo valor, existe una asignación por condiciones y lugar de trabajo, que perciben principalmente los médicos de la Etapa de Destinación y Formación que cumplen 44 horas, (Ciclo de Destinación) que puede ser de hasta 180% del sueldo base, aunque sujeto a limitación presupuestaria.

Los médicos comparten en forma creciente su tiempo de trabajo en el sector público con el desempeño en el sector privado, desplazando tiempo médico total desde la provisión pública de servicios de salud a la privada, donde los honorarios, considerados por prestación, son generalmente mayores. Se evidencia que en forma creciente los profesionales solicitan pasar de la categoría de 44 horas a las de 11 y 22 horas, más los médicos de la planta superior y más los profesionales de las Regiones centrales del país. La brecha de honorarios entre el sector público y el privado difiere según la especialidad y, a pesar de la mejora de las remuneraciones en el sistema público de salud en los últimos años, persiste una desigualdad de renta entre el ámbito público y el privado. En entrevistas en profundidad a médicos especialistas del sector público se encontró un cierto nivel de aceptación a la combinación horaria "22 + 28 horas" (22 horas diurnas y jornada de 28 horas en horario nocturna y festivo) Desde el punto de vista de los profesionales, encuentra un buen equilibrio entre dedicación horaria e ingresos. Especialistas con ese régimen que, además contaban con la Asignación por Estímulo al 180%, demostraban satisfacción con los ingresos percibidos en el sector.

Localización. Si la retención de profesionales especializados plantea con claridad el desafío de los incentivos, de la misma manera lo hace la localización de profesionales especializados en zonas remotas, donde al tema de la renta, se suman otros aspectos, como la disponibilidad de servicios, especialmente los educativos y de infraestructura urbana, para sí y para su familia, que los profesionales parecen valorar mucho. Acá, nuevamente, el peso global de la asignación por zona en los profesionales que los perciben, tiene un alcance promedio del 20% de la remuneración total, pero se hace necesario un estudio particular más profundo sobre el tema, a nivel de cada servicio de salud, para determinar la importancia del mismo, porque aún cuando en casos puntuales el estímulo es alto, no parece ser suficiente. Valen para este punto los comentarios relativos al sistema de incentivos del punto previo.

Aunque ninguna conclusión definitiva puede extraerse de la evidencia mostrada, esta tendencia muestra que, a futuro, será necesario profundizar en el estudio de otras medidas de productividad en el sector público de provisión de servicios de salud, especialmente para verificar la relevancia de los sistemas de incentivos en su relación con la productividad.

Tabla de elaboración propia en base al informe del Proyecto citado en la referencia N°116

Existe múltiple evidencia que las organizaciones debieran proveer una mezcla de incentivos económicos y no económicos. Estudios demuestran que un sistema de incentivos financieros bien diseñados y administrados, probablemente evita la insatisfacción en el empleo, pero no necesariamente asegura la motivación<sup>39</sup>.

Otro mecanismo habitualmente relacionado con la satisfacción en el empleo y con posibilidades de retención del personal, es el Sistema de Carrera Sanitaria o, trabajo decente (en el caso Colombiano).

<sup>39</sup>The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

En general, con excepción de Chile, los países de la subregión no han desarrollado sistemas de carrera, existiendo iniciativas referidas al trabajo decente, tales como, formalización de contratos y asignación de derecho a la seguridad social. Varios países han planteado su interés respecto del desarrollo de esta estrategia. Perú, Ecuador y Bolivia, lo mencionan en sus respectivos planes y programas de desarrollo de RHS.

Las definiciones planteadas OPS durante el taller Carrera Sanitaria, "Gestionando su Implementación"<sup>40</sup>, realizado en Nicaragua (2008), señalan que:

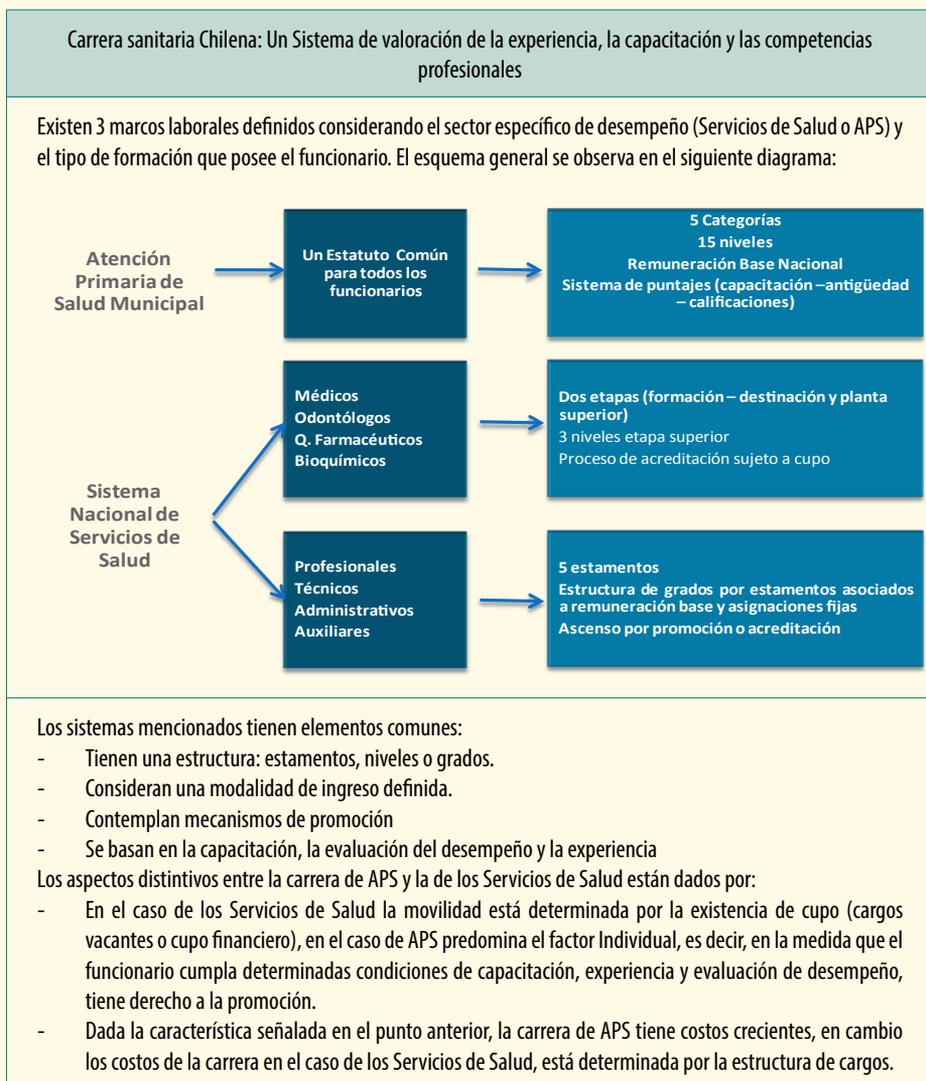
- La Carrera Sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar, labor o el trabajo del personal de salud.
- Expresa intereses de diferentes actores y en la región es abordado desde tres perspectivas complementarias: Los derechos del trabajador; Las necesidades de los usuarios; Los requerimientos institucionales.
- Señala, además, que "la Carrera Sanitaria", es uno de los instrumentos más potentes de organización del trabajo.

---

<sup>40</sup>Documento disponible en el siguiente enlace: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=17770&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17770&Itemid)

Tabla 24  
Experiencia Chilena de Desarrollo de Carrera Sanitaria

Carrera sanitaria Chilena: Un Sistema de valoración de la experiencia, la capacitación y las competencias profesionales
<p>En Chile existen tres modelos de carrera sanitaria. Uno propio del personal de APS Municipal, otro para el estamento médico dependiente de los Servicios de Salud y un tercero para los demás profesionales de la salud. (El personal técnico y administrativo están adscritos a sistemas de carrera administrativa).</p>
<p>Los sistemas de carrera se organizan sobre la base del reconocimiento de la experiencia, el nivel de capacitación y el desempeño, vinculando la promoción del personal a procesos de acreditación funcionaria, por sobre los conceptos tradicionales vinculados a la antigüedad funcionaria.</p> <p>Los ejes más representativos de la carrera son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El ingreso por concurso público que debe cumplir con condiciones transparencia e igualdad de oportunidades.</li><li>- La capacitación entendida como un derecho vinculado con el desarrollo no sólo de las personas, sino que también de las propias las instituciones.</li><li>- La promoción por concurso en base a variables como el desempeño, las competencias y trayectoria.</li><li>- La existencia de procesos de evaluación del desempeño y,</li><li>- Un régimen especial para los directivos de mayor jerarquía, quienes están adscritos a un sistema de alta dirección.</li></ul>



No obstante los desarrollos logrados, Chile no ha evaluado el impacto de este sistema sobre la capacidad de contratación o retención del personal. Un desafío para la gestión de RHS es que estos sistemas sean útiles para el funcionamiento del modelo de salud de cada país y contar con políticas de RHS para un sistema integrado de salud basado en Atención Primaria y centrado en las necesidades de los usuarios.

De acuerdo con lo señalado, antes de iniciar un diseño de carrera se debiera definir, qué se desea estimular con el sistema de carrera funcionaria y de incentivos, teniendo presente que estos sistemas tienen potencialidades y limitaciones específicas. La experiencia, en este sentido, sugiere que la carrera es útil como un mecanismo de mantención y, en la medida que los demás subsistemas de RRHH de los que se alimenta funcionen adecuadamente, contribuye al desarrollo de los equipos de salud. Sin embargo, el impacto sobre los resultados sanitarios no ha sido evaluado.

Algunas condiciones previas a la instalación de un sistema de carrera basado en la evaluación del desempeño, la capacitación y la experiencia, son:

- Asegurar condiciones de calidad y transparencia del proceso de evaluación de desempeño. Es pertinente analizar si existe dispersión de los resultados y si los resultados se vinculan con la contribución que las personas y equipos hacen al logro de los objetivos sanitarios.
- Contar con Planes de Capacitación pertinentes velando por su orientación hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales. Considerar la cobertura y mecanismos de acceso a las opciones de capacitación (transparencia de procesos), así como su sustentabilidad económica.
- Analizar la posibilidad de establecer un vínculo entre el sistema de capacitación con las brechas de competencias diagnosticadas, en este sentido es importante contar con descripción y evaluación de competencias.
- Distinguir los propósitos y finalidades de la capacitación. Evaluar la pertinencia de asociar la capacitación con la carrera si las estrategias de capacitación se usan sólo para cerrar brechas de competencias (¿correspondería asignar puntajes a este factor?).
- Evaluar si los diseños son coherentes con la capacidad instalada (actual o potencial) para gestionarlos. Un sistema simple, bien gestionado puede tener mayor impacto que un sistema complejo de comprender y administrar.

Finalmente, respecto de los mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, se observa que, en la medida que las áreas de RHS avanzan en la implementación de soluciones para la administración de los procesos regulares de administración de personal (rol operativo de RRHH), van asumiendo tareas en el plano del desarrollo de los RRHH, tales como estudios sobre clima laboral, satisfacción, condiciones laborales, entre otros.

Los países identifican iniciativas más orientadas a la medición sobre la satisfacción de los usuarios del sistema (calidad de servicios) que a la medición de la satisfacción

laboral. Es posible que en los niveles locales de gestión existan iniciativas concretas en este ámbito, pero las Direcciones Nacionales no disponían de esta información, lo que podría ser indicativo que este aspecto no ha sido suficientemente priorizado en el marco de las múltiples tareas que estas unidades desarrollan.

Lo anterior se refuerza, con los resultados obtenidos en el atributo referido a los incentivos, en que se identificaron, básicamente, incentivos de carácter económico o beneficios laborales clásicos, tales como, vacaciones y derechos parentales.

Contar con información sobre aspectos vinculados con la satisfacción laboral del personal que se desempeña en APS, constituye un insumo valioso al momento de diseñar, por ejemplo, estrategias pertinentes y efectivas de retención, sistemas de incentivos y programas de provisión de cargos en zonas alejadas.

De acuerdo a lo planteado por la Agencia Norte Americana para el Desarrollo (USAID-MSH), "la satisfacción con el empleo está referida a la sensación de confortabilidad en el ambiente de trabajo y está relacionado con la retención y el desempeño. Tal como se mencionó en el punto referido a sistemas de incentivos, la satisfacción laboral es el resultado de diferentes tipos de recompensas. Si bien una alta satisfacción no puede ser absolutamente vinculada con altas tasas de retención y alto desempeño, si es posible establecer la relación contraria, es decir, una baja satisfacción puede ser relacionada con altas tasas de deserción y bajo desempeño"<sup>41</sup>. La misma fuente citada precedentemente, identifica las variables de satisfacción laboral que es pertinente evaluar, proponiendo estrategias para mejorar la percepción de cada una:

Tabla 25  
Variables de Satisfacción Laboral

<p>Justicia en el trato y salario</p>	<p>Un salario justo combinado con un trabajo que contribuya a las metas de la organización, tener el respeto de los colegas de trabajo y oportunidades de desarrollo, pueden resultar claves para elevar el nivel de satisfacción con el empleo y mejorar el desempeño y los indicadores de retención.</p> <p>Hay factores que contribuyen a generar una percepción de trato justo entre los empleados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salario y compensaciones</li> <li>- Procesos de contratación</li> <li>- Aplicación cotidiana de las políticas de personal</li> <li>- Distribución del trabajo entre el personal</li> <li>- Apoyo y reconocimiento de los empleados</li> </ul>
---------------------------------------	--

<sup>41</sup>The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

<p>Claridad respecto de la misión del cargo, roles, funciones y medios de trabajo</p>	<p>Las personas necesitan respuestas específicas respecto de estos aspectos de su trabajo. Existen muchos casos en que la respuesta es vaga o no existe. Los supervisores no especifican sus expectativas o en ocasiones las personas son contratadas para un trabajo específico y luego le son requeridas otras funciones.</p> <p>Las estrategias que contribuyen a mejorar este factor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantener buenas descripciones de trabajo</li> <li>- Clarificar responsabilidades actuales</li> <li>- Utilizar el cambio de tareas en forma inteligente (período concreto, clarificando roles y motivos)</li> </ul>
<p>Procesos adecuados de retroalimentación y evaluación del desempeño</p>	<p>Las personas necesitan retroalimentación sobre su desempeño, más allá de las evaluaciones anuales del desempeño (que generalmente tienen un alto componente burocrático), la retroalimentación y el reconocimiento deben ser regulares. Esto implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la retroalimentación continua</li> <li>- Evaluar formalmente a lo menos una vez al año. Capacitar a los supervisores para que entiendan su finalidad y los procedimientos utilizados.</li> <li>- Vincular el rendimiento evaluado con incentivos (no necesariamente económicos)</li> </ul>
<p>Destacar la importancia del trabajo del equipo de salud para la red en su conjunto</p>	<p>Entre las estrategias que se pueden utilizar destacan las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las estrategias de reconocimiento público a equipos o individuos sobre sus contribuciones pueden ser una gran herramienta de motivación.</li> <li>- Ofrecer oportunidades de desarrollo, representar a la organización en eventos importantes, o contribuir a iniciativas importantes pueden ser importantes estrategias de motivación.</li> <li>- Involucrar al personal en las tareas de evaluación y planeación para hacer que se sientan propietarios de su propio trabajo.</li> <li>- Ayudar a definir las metas estratégicas de la organización.</li> <li>- Poner atención al clima de trabajo de la organización.</li> <li>- En el caso específico de APS, una estrategia es vincular los logros sanitarios con actividades locales que cuenten con la participación de la comunidad y las autoridades locales y nacionales.</li> </ul>

<p>Oportunidades de desarrollo</p>	<p>Las personas se sienten motivadas y desafiadas cuando sienten que tienen posibilidades de aprender, desarrollar nuevas competencias, asumir nuevas responsabilidades y creer que su esfuerzo fortalecerá su carrera.</p> <p>Incorporar el entrenamiento dentro del sistema de gestión de RHS, (evitando errores como elegir al personal incorrecto, alejarlo por mucho tiempo de su lugar de desempeño, optar por un entrenamiento incorrecto).</p> <p>Se pueden introducir maneras diferentes de enfocar la capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones de mentores para entrenamiento en el trabajo.</li> <li>- Asignación de tareas en diferentes puestos de trabajo.</li> <li>- Incorporar al personal en diferentes grupos de tarea o comités.</li> <li>- Incorporar técnicas de presentación y discusión en las reuniones del personal.</li> <li>- Diseñar un sistema basado en las reales necesidades organizacionales y del personal.</li> <li>- Contar con claros criterios de selección</li> </ul>
------------------------------------	---

Elaboración propia en base a los contenidos de The eManager Number 1-2009: Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. USAID-MSH

Como ha podido observarse una adecuada gestión del desempeño podría contribuir no sólo a mejorar el rendimiento de los RHS y, por lo tanto, del sector en su conjunto, sino también permitiría elevar la satisfacción laboral y el compromiso con los objetivos organizacionales y de la red. Es posible que en este nivel de desarrollo y de instalación del modelo de atención, los atributos que más logran coherencia con un sistema basado en redes integradas, sean la definición del equipo básico de salud y la capacitación, ámbito en el cual se han hecho esfuerzos por incorporar contenidos propios del modelo de atención. En tanto se observan mayores desafíos en este sentido, respecto de los incentivos y la carrera sanitaria. Una opción que podría servir para reorientar correctamente estas dos estrategias, sería contar con evaluaciones acerca de la percepción de satisfacción laboral.

#### 4.2.6. Desarrollo institucional y organizacional

En este ámbito se pidió a los países identificar el grado de desarrollo de sus estructuras de gestión de RHS, con la finalidad de determinar si contaban con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 26

## Evaluación del Ámbito Desarrollo Institucional y Organizacional

VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	Estructura de Gestión de RHS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, dotada de capacidades de gestión local, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red  Ecuador
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con una dirección de nivel nacional con limitada capacidad de articulación, supervisión y control de las unidades de gestión de RHS adscritas a cada establecimiento o centro de salud  Bolivia - Chile – Perú – Colombia
Poco o nulo desarrollo	El país no cuenta con una estructura integrada de gestión de RHS, solo existen unidades básicas de administración de personal centradas en aspectos operativos y adscritas a cada establecimiento o centro de salud

Todos los países cuentan con una Dirección Nacional de RHS. El rol que cumplen estas instancias, así como la conformación, o no, de una red de RHS en los niveles descentralizados, varía según la conformación del Sistema de Salud.

Aunque el énfasis de la evaluación de este atributo en el presente estudio, es diferente al contenido en las Metas Regionales de RHS (Meta N° 5<sup>42</sup>), es pertinente presentar

<sup>42</sup>Meta N° 5: “establecer una unidad o dirección de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RRHH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores”

los resultados logrados en dicha medición, especialmente, porque algunos países identificaron las áreas que requerían fortalecer (tabla N° 26):

Tabla 27  
Resultados Meta N°5 – Metas Regionales de RHS

País	Puntaje logrado de un máximo posible de 16	Área que se requieren fortalecer
Bolivia	13,8	Conducción estratégica del sistema de RHS. Nivel jerárquico de la unidad (actualmente depende de administración)
Colombia	14,0	Planificación de RHS y sistemas de información
Chile	15,1	Planificación de RHS a escala nacional (público/privada). Integración del Sistema de información
Ecuador	14,4	Sin observaciones
Perú	14,5	Sin observaciones

- Chile y Perú, tiene características organizacionales similares. Ambos países identifican la conformación de una “red de gestión de RHS”, que desarrolla funciones en la mayoría de los ámbitos analizados en este estudio.
- Colombia, coincide respecto de la existencia de una Dirección Nacional de RHS, pero esta instancia cumple, en el marco del sistema de garantía de calidad, prioritariamente funciones de rectoría y articulación con actores del campo, orientadas a la definición de perfiles de competencias de los RHS.
- En Bolivia la Unidad de Recursos Humanos está bajo dependencia jerárquica de la Dirección General de Asuntos Administrativos como apoyo y control a esta dirección general. Este aspecto podría afectar la visibilidad del área y su posicionamiento estratégico. Al respecto la metodología de medición metas regionales de RHS, plantea: “la Dirección Nacional de RHS debe estar localizada en un alto nivel de comando del Ministerio de Salud Pública, para que pueda ejercer poder con sus decisiones o su asesoría a la autoridad sanitaria nacional”.
- Las funciones que cumplen las áreas de gestión de RHS, son: Política y Planificación de RHS; Organización del Trabajo; Gestión del Empleo y del Desempeño y Relaciones Humanas, sociales y laborales.

De acuerdo con estos antecedentes y en coherencia con la definición de organización de los sistemas de salud basados en redes integradas, se podría esperar que la estructura de gestión de los RHS, tuviera una organización y despliegue territorial similar a la de la propia red asistencial:

- Dirigiendo la red de RHS, con dependencia directa de la autoridad sanitaria nacional, la Dirección Nacional de RHS (sistema único de gobernanza). Esta instancia debiera estar dotada de capacidad política y técnica, para vincularse con los actores del campo (internos y externos) y coordinar el diseño e implementación de políticas y planes de desarrollo de RHS a nivel nacional y abarcando la red asistencial en su totalidad.
- Unidades de gestión descentralizada, definidas en coherencia con los criterios de territorialización utilizados por la RISS, logrando tantos puntos de articulación de la gestión de RHS como redes de atención existan. Estas instancias son las responsables de adecuar y aplicar las políticas de RHS en el territorio de la red, implementar los planes y retroalimentar a la Dirección Nacional respecto de la efectividad de las políticas y los niveles de ejecución de las tareas asociadas al plan de desarrollo de RHS.
- Unidades de microgestión, ubicadas en los establecimientos y centros de salud o en una agrupación de estos, dedicadas a la gestión operativa de RHS y a la mantención actualizada de los sistemas de información de RHS.

Diagrama 8

Diagrama de organización de la red de RHS

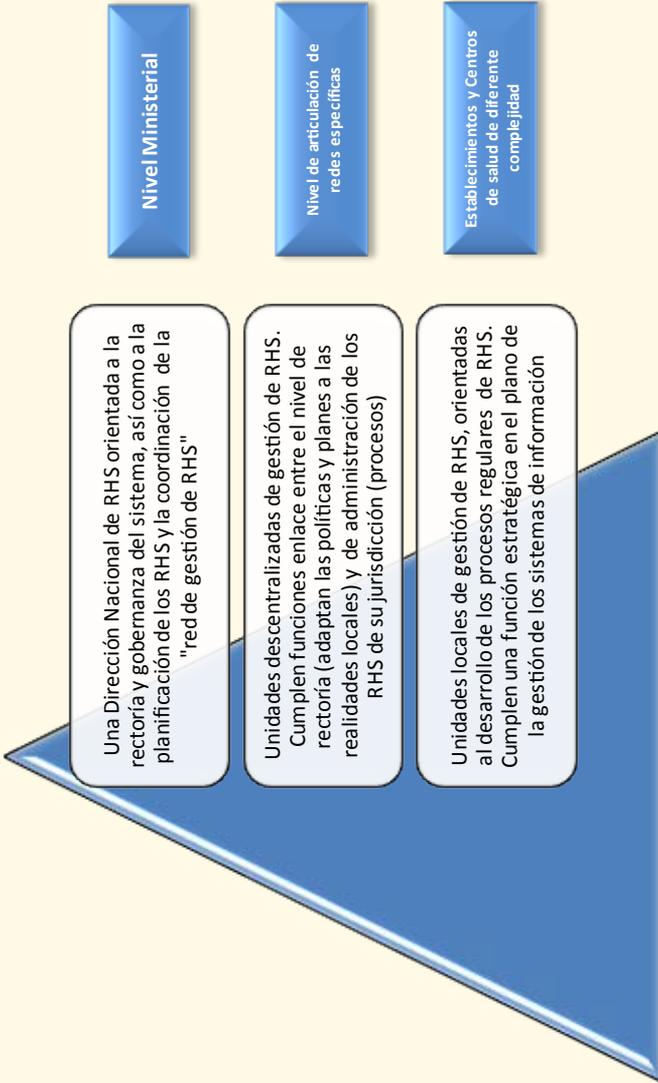


Diagrama de elaboración propia

Respecto del rol que se espera cumplan los gestores de RHS, es habitual identificarlos en una zona de tránsito, entre funciones tradicionales vinculadas con tareas operativas y tareas de nivel estratégico vinculadas con el desarrollo de la organización y del personal. Esta visión que surge en el contexto de la revalorización de los RRHH como el factor clave de las organizaciones, impone nuevos y más complejos desafíos sobre las áreas de gestión de RRHH, "Si la agenda futura para la creación de valor ha de venir de los RRHH, tendrán que definirse los nuevos roles para los profesionales de RRHH"<sup>43</sup>.

Sin embargo, esta visión del rol del gestor de RHS como un tránsito lineal entre dos estados, contrasta con la realidad. En la práctica se observa una permanente superposición, en que los gestores deben enfrentar una combinación de exigencias operativas y desafíos estratégicos, debiendo desplegar competencias en ambos planos.

Tabla 28  
Visión de la Gestión de RRHH

Visión Tradicional de la Gestión de RHS	Visión Estratégica de la Gestión de RHS
Rol Operativo Perfil de Control Orientado al corto plazo Función administrativa Orientados funcionalmente (tareas del área) Centrado en lo interno Actitud reactiva Centrado en las actividades	Rol Estratégico Perfil de "socio" colaborador Orientado al largo plazo Función asesora/consultiva Orientados a los negocios (misión de la organización) Centrado en lo externo y en los usuarios Actitud proactiva Centrado en las soluciones

Fuente : Champions Dave Ulrich en su libro *Champions-Recursos Humanos*

Esta visión es totalmente aplicable en el campo de los RHS, donde a las complejidades propias de estas nuevas exigencias, se suma la complejidad del sector y de los desafíos que enfrentan los gestores de RHS: escasa disponibilidad, inadecuada calidad, distribución inequitativa y dificultades de retención de los RHS, especialmente en zonas desatendidas.

El gestor de RHS debe intentar resolver estos desafíos, en el marco de la realización simultánea de tareas "operativas" y "estratégicas", con un marco limitado de recursos y con "clientes" altamente demandantes. La complejidad es aún mayor cuando lo

<sup>43</sup>Dave Ulrich en su libro *Champions-Recursos Humanos*

que se busca es transformar la gestión de RHS desde un contexto de un sistema de salud fragmentado, hacia uno integrado basado en un modelo de atención familiar, comunitaria e intercultural, requiriéndose el despliegue de importantes habilidades de liderazgo, así como amplias competencias de gestión en todos los componentes del sistema de RHS, siendo posible reconocer ciertas habilidades críticas para los diferentes puntos de la red de gestión de RHS.

Diagrama 9

Competencias de Liderazgo y de Gestión de RHS por nivel de la red de RHS

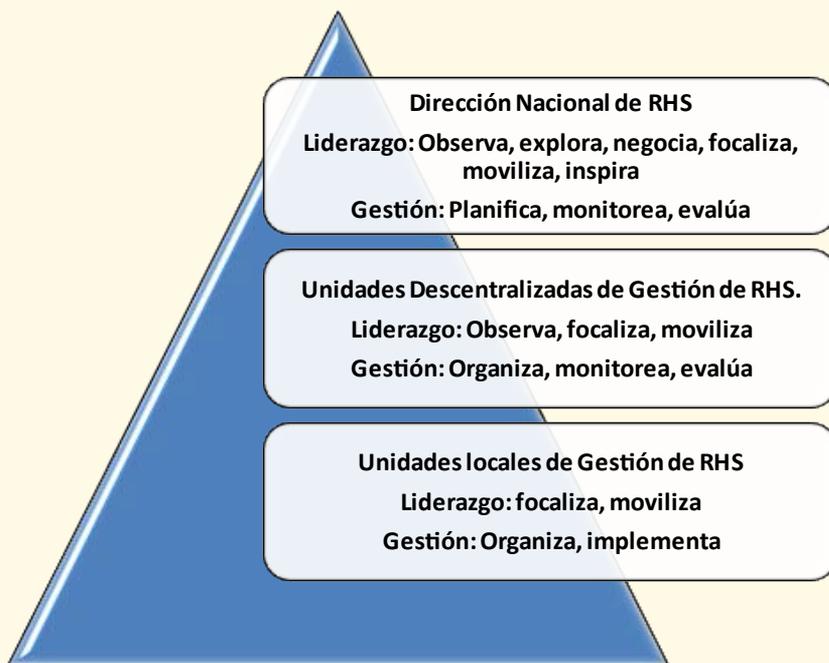


Diagrama de elaboración propia en base a Human Resource Leadership: The key to improved results in health” - Mary L O’Neil<sup>44</sup>

<sup>44</sup>Human resource leadership: the key to improved results in health - Mary L O’Neil - Human Resources for Health 2008, 6:10 doi:10.1186/1478-4491-6-10. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10>

En síntesis, en este contexto de cambio hacia una gestión integrada de RHS, se requeriría de una estructura de RHS coherente con la organización de la Red Asistencial, de recursos para su funcionamiento (tecnología e investigación) y de gestores de RHS capaces de movilizar los recursos organizacionales disponibles hacia la transformación del modelo de gestión de RHS desde un modelo segmentado hacia un modelo integrado.

### 4.3. Gestión de RHS para un sistema de salud basado en APS: un modelo por descubrir

Si bien no existen modelos de gestión de RHS que se hayan definido específicamente para funcionar en este escenario, en este punto se formulará, a partir de los contenidos del presente informe y en base de la experiencia de gestión de los países andinos, una propuesta que intenta identificar algunos elementos distintivos de la gestión de RHS para Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS.

#### 4.3.1. Redefiniendo los límites de la gestión de RHS

Si se simplifica la diversidad de posibilidades existente en la realidad a dos opciones de organización, sistemas de salud segmentados y sistemas de salud integrados, una diferencia entre la gestión de RHS está dada por los límites organizacionales en que se inscribe. En el primer caso, los procesos de gestión de RHS se focalizan en unidades organizacionales específicas (establecimientos de salud) en forma independiente unas de otras y tienen un alcance singular. En cambio, en el segundo escenario el foco es sobre una red articulada de instituciones que, para lograr sus objetivos, debe actuar en forma coordinada e interactúa principalmente a través de procesos de referencia y contra referencia.

En escenarios intermedios de segmentación, dependiendo del esquema de organización del sistema de salud de cada país, se podrían encontrar modalidades de gestión de RHS focalizados prioritariamente en diferentes sub sectores, con presencia de mecanismos de articulación propios. Por ejemplo, dentro del sector público de salud, es posible distinguir diferentes prestadores según su dependencia: Ministerial; Municipal o local; Seguridad Social; Sector Universitario, entre otras posibilidades. Algunos prestadores se pueden organizar o integrar formando redes, siendo posible observar que la administración de RHS, descansa principalmente en la entidad gestora de cada red territorial y/o funcional.

En cualquiera de estos casos, estas diferencias tienen implicancias sobre todas las áreas de gestión y, muy especialmente, sobre la gestión de RHS y cada uno de

sus componentes expresados en términos generales en Sistemas, Políticas y Prácticas de Liderazgo y Gestión.

La propuesta de los elementos distintivos de la gestión de RHS para Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS, se organiza siguiendo el mismo esquema de análisis utilizado hasta el momento. Para estos efectos, se entenderá como gestión tradicional de RHS aquella propia de modelos de salud segmentados, en tanto, se entenderá por Gestión de RHS en Red, aquella que se pretende desarrollar en el marco del modelo de atención de salud familiar, comunitaria e intercultural organizados en redes integradas de servicios de salud.

Tabla 29

Descubriendo un Modelo de Gestión de RHS para Sistemas de Salud Basados en APS

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El país cuenta con un sistema de gobernanza de RHS único, situado al lado del sistema de gobernanza de la red integrada de servicios de salud, diseña, negocia e implementa políticas, normas y procedimientos que abarcan a todo el sistema de salud</li> <li>- El nivel de gobernanza de RHS posee capacidad de influir en las opiniones y decisiones de los actores del campo y conseguir establecer los "arreglos institucionales" necesarios para la implementación de las políticas, normas y procedimientos.</li> <li>- El nivel de gobernanza de RHS genera vínculos permanentes y formales con la sociedad civil, conoce y canaliza sus demandas y propuestas y se apoya en su fuerza movilizadora para promover los cambios requeridos por el sistema de salud, por ejemplo, en el ámbito de la formación de RHS.</li> <li>- El nivel de gobernanza analiza y promueve diferentes mecanismos de provisión de RHS, coherentes con la organización en red y el trabajo en equipos multidisciplinarios. Potencia este escenario como un ambiente propicio para ampliar las posibles soluciones considerando diversas estrategias de autosuficiencia (por ejemplo las contenidas en la tabla Nº 9). Busca alianzas con diferentes profesionales de salud a partir de planes para fortalecer la utilización máxima de sus respectivas competencias, promoviendo una regulación más flexible del ejercicio profesional.</li> </ul>

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La planificación de RHS en Red, se inscribe en un esfuerzo sistémico de planificación sanitaria, que considera las decisiones de territorialización adoptadas, así como el conjunto de servicios de salud que se proveen a la población dentro de dicho territorio.</li> <li>- Los métodos de diagnóstico buscan identificar los problemas de provisión de servicios de salud dentro de la red asistencial, así como delinear posibles soluciones para resolver las necesidades de salud de la población y las contribuciones que en este sentido, pueden venir del área de RHS. Existe conciencia que no todos los problemas de provisión de servicios de salud se resuelven en base a aumentos de dotación u otras estrategias propias del campo de los RHS (el problema no es la falta de personal, sino la capacidad de la red para satisfacer las necesidades de salud de la población).</li> <li>- Las decisiones de RHS, especialmente las de expansión, consideran el impacto en todos los puntos de la red. Se resguarda el equilibrio y coordinación del proceso asistencial, se pone atención en la continuidad de la atención y se evalúan posibles necesidades de ajustes en la dotación de los demás niveles (por ejemplo la incorporación de nutricionistas al equipo básico del primer nivel, puede generar demanda de atención especializada en el segundo o tercer nivel que de otra forma no se hubiera pesquisado). Sin perjuicio de lo anterior, las estrategias de expansión y desarrollo de los RHS, privilegian el fortalecimiento del primer nivel como aquel que satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</li> <li>- Las áreas de gestión de RHS desarrollan estudios de investigación de RHS en temas clásicos como satisfacción laboral, impacto de los incentivos, oferta y demanda de RHS y, temas emergentes, como el alcance ocupacional de las profesiones, posibles estrategias de sustitución de roles y requerimientos de supervisión y coordinación, todo ello, en el marco del funcionamiento de equipos multidisciplinarios de salud.</li> <li>- Se dispone de proyecciones de necesidades de RHS agregadas y priorizadas considerando todos los niveles de la red asistencial, basados en un sistema de información integrado y la aplicación de métodos de proyección de oferta, demanda y estimación de brechas.</li> <li>- Los criterios de priorización consideran la distribución de la carga asistencial entre los niveles de atención, donde el primer nivel es el más resolutivo y la atención de especialidad se ubica en los lugares más apropiados de la red (el foco no son los especialistas, es la solución de problemas de salud).</li> </ul>

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las áreas de RHS disponen de descripciones de perfiles ocupacionales considerando como unidad básica, los equipos de salud en los diferentes niveles de la red, por sobre perfiles individuales.</li> <li>- La información generada por los procesos de planificación, se comparte en espacios de articulación con el sector formador. Dichas instancias están integradas, además de las autoridades sectoriales y los gestores de RHS, por representantes de la comunidad y de los profesionales que integran el equipo básico de APS quienes constituyen el pilar de la red asistencial.</li> <li>- Los proyectos de formación se desarrollan considerando la potencialidad de la red asistencial en su conjunto. Promoviendo una distribución balanceada entre niveles, que considera la dinámica de la demanda de atención, en que la mayor parte de la carga asistencial se resuelve en el primer nivel.</li> <li>- Los Ministerios de Salud coordinan esfuerzos con los Ministerios de Educación e incorporan a los sistemas de acreditación y resguardo de la calidad, aspectos sobre la formación orientada hacia la APS, incorporando indicadores específicos que estimulen la transformación curricular. Por ejemplo: proporción del tiempo de práctica en el primer nivel de atención respecto de los demás niveles; desarrollo de proyectos de salud en áreas rurales o desatendidas y contenidos curriculares en salud pública, salud familiar, comunitaria e intercultural, entre otros.</li> </ul>
Gestión del Empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se dispone de estudios sobre las condiciones del mercado laboral de salud, sobre las opciones de los profesionales de la salud y sus motivaciones.</li> <li>- Las normas y criterios de contratación se basan en los principios del trabajo decente, existiendo posibilidades de desarrollo y movilidad que consideran la red asistencial integralmente.</li> <li>- Se privilegia la autonomía profesional y se favorece el despliegue de las capacidades de los equipos, fomentando el trabajo articulado para resolver las necesidades de salud de la población.</li> <li>- Se dispone de estrategias de valoración de los equipos, en que la comunidad tiene un rol activo.</li> <li>- Se promueve una regulación más flexible del ejercicio profesional en base al trabajo en equipos multiprofesionales.</li> </ul>

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Gestión del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los incentivos se orientan a lograr mejores niveles de desempeño del sistema de salud y estimulan la eficiencia en la provisión de servicios, así como, el seguimiento longitudinal de las poblaciones a cargo.</li> <li>- Se considera un conjunto reducido de incentivos económicos, de clara visibilidad e impacto en los salarios finales destinados a resolver los problemas de provisión de servicios en zonas desatendidas.</li> <li>- Se contemplan incentivos coherentes con el modelo de atención, relacionados con la mantención de las condiciones de salud de la población a cargo, especialmente, respecto del desarrollo de conductas saludables y control de riesgos.</li> <li>- Los esquemas de carrera sanitaria, consideran posibilidades de movilidad a lo largo de la red asistencial diseñadas en base a las etapas propias del ciclo laboral, desde el ingreso, desarrollo de competencias, máximo rendimiento, estabilización y etapa de salida.</li> </ul>
Desarrollo Organizacional e Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La estructura de gestión de RHS, se organiza con un despliegue territorial y funcional, similar al de las Redes Integradas de Salud.</li> <li>- Las instancias descentralizadas del sistema de gestión de RHS poseen las competencias necesarias para desarrollar las funciones operativas e implementar las políticas, procesos y procedimientos definidos, adecuándolos a las realidades locales existentes.</li> <li>- Existe una instancia de articulación de la red RHS, capaz de movilizar los recursos disponibles para el adecuado funcionamiento de la red asistencial, monitorear y controlar la aplicación de las políticas, procedimientos y procesos en los niveles locales, así como negociar e informar al nivel central las debilidades y oportunidades que evidencie en la red correspondiente.</li> <li>- Existe una Dirección Nacional de RHS, capaz de ejercer la rectoría, gobernanza y planificación de RHS, así como el desarrollo de estrategias para cohesionar a los actores de la red en torno a una visión unificadora.</li> </ul>

### 4.3.2. Condiciones para el desarrollo de una gestión de RHS en Red

Para lograr la implementación de los cambios requeridos, es indispensable contar con una serie de recursos, orientados al fortalecimiento de la gestión de los RHS:

- Un programa de desarrollo de la Unidad Nacional de RHS, que considere la conformación de equipos multidisciplinarios de profesionales provenientes de las ciencias de la salud, de las ciencias de la administración, de la psicología social, economía, derecho etc.

- Despliegue de una red de gestión de RHS profesionalizada, coherente con la organización de la red de provisión de servicios de salud.
- Disponibilidad de medios y recursos de trabajo, especialmente: recursos tecnológicos; sistemas integrados de información de RHS de alcance nacional; financiamiento para el desarrollo de líneas de investigación sobre el desempeño y efectividad de los RHS en el trabajo en red (itinerarios de los usuarios en la red, mapa funcional de la red, condiciones laborales y acceso a medios de trabajo, iniciativas para aumentar la resolutivez del primer nivel).
- Existencia de instancias permanentes de coordinación con las áreas de gestión asistencial responsables de la implementación del modelo o de la gestión de la red. Dichas instancias se concentran en el análisis de los problemas asistenciales y de provisión de servicios, en el marco de las necesidades de salud de la población (actuales y futuras), lográndose una relación simétrica y balanceada entre los aspectos asistenciales y los de gestión.

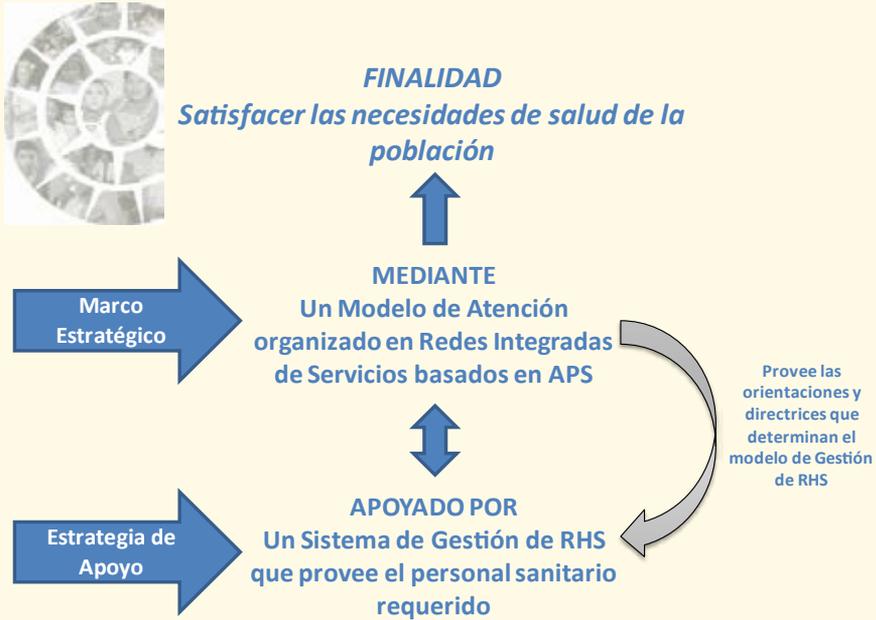
## 5. REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

En la perspectiva de mejorar la contribución del área de RHS a la instalación y consolidación del modelo de atención, a lo largo del estudio se ha intentado identificar los vínculos existentes entre la gestión del modelo asistencial y la gestión de RHS. Lo anterior, con el propósito de definir sobre esa base y según las experiencias desarrolladas por los países, un marco conceptual y normativo que pudiera ser aplicado en la subregión andina según las respectivas realidades nacionales en un contexto de iniciativas que buscan el fortalecimiento de los sistemas de salud y del enfoque de APS.

También se señaló que este ejercicio tenía sentido en la medida que se cumpliera con el supuesto básico, sobre la opción de implementar un sistema de salud con las características señaladas, es decir, basado en AP y con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Tal como fue posible constatar, todos los países han formalizado su opción en este sentido, logrando diferentes niveles de avance al respecto.

Este elemento cobra una especial importancia si se concibe que la definición del modelo de atención constituye la principal estrategia de desarrollo sectorial y, por lo tanto, es el factor que determina la gestión de RHS, debiendo esta última ponerse al servicio de la implementación de la estrategia principal y no viceversa.

Diagrama 10  
Finalidad de los Sistemas de Salud  
Modelos de Atención y Sistemas de Gestión de RHS



Derivado de lo anterior, el hecho que el modelo de atención haya sido recientemente formalizado en la mayoría de los países, junto con explicar, en parte, el estado de transición de la gestión de RHS, delinea un escenario futuro de mayor claridad que favorece la definición de políticas, sistemas y prácticas de gestión de RHS, las que podrán ser diseñadas en coherencia con la direccionalidad del cambio requerido y orientado al fin último del sistema de salud.

Si a este factor de claridad estratégica, se suma la adecuada disponibilidad de recursos (competencias, financiamiento, estructuras, sistemas de soporte, etc) y la necesaria estabilidad para desarrollar políticas de mediano y largo plazo, el área de gestión de RHS tendrá una especial oportunidad para actuar como un “socio estratégico y agente de cambio”.

De acuerdo con lo señalado, en el capítulo precedente, se formula una propuesta que identifica algunas políticas y estrategia propias del área de gestión de RHS, que podrían contribuir al cambio de orientación desde una gestión fragmentada de

RHS hacia una gestión coherente con el modelo de atención. Sin embargo, dado el escenario de transición respecto de la instalación del modelo de salud que constituye el marco estratégico en que se inscribe la gestión de RHS, las propuestas no pretenden ser un modelo de gestión de RHS acabado, sino más bien representan directrices que permitirían avanzar en la dirección deseada.

En este contexto y a modo de conclusión y recomendaciones, es posible desatacar lo siguiente:

- Los países están haciendo esfuerzos de organización del sistema de gestión de RHS y buscan ejercer rectoría sectorial a través de la definición de políticas, normas y procedimientos, que de acuerdo con la revisión efectuada, reconocen como marco estratégico de desarrollo al modelo de atención, siendo necesario, con la finalidad de incorporar los cambios deseados y asegurar su sustentabilidad futura, fortalecer los mecanismos y estrategias de gobernanza del sistema de RHS, incorporando alianzas con la sociedad civil, así como ampliando la participación de más categorías de profesionales y técnicos de la salud.
- En este mismo sentido, se están haciendo esfuerzos por mejorar los sistemas de planificación de RHS, cuyo énfasis es la determinación, con respaldo técnico (indicadores, tasas, estándares), de las necesidades de personal en el sistema de salud. Un aspecto crítico en esta línea es la disponibilidad de información confiable y oportuna, siendo un desafío vigente la implementación de sistemas integrados de información que permitan contar una visión panorámica de los RHS a escala nacional.
- Se observa que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHS están orientados hacia las estrategias de formación de RHS, existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Al respecto, es posible observar:
  - Las políticas de RHS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHS.
  - Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad.
  - Una estrategia que ha permitido ampliar la capacidad de formación en medicina y salud familiar, es el licenciamiento de centros de salud de atención primaria, como centros docentes acreditados.

- No obstante lo anterior, se percibe cierta tensión, respecto de la formación en otras especialidades médico/quirúrgicas, producidas no sólo por la preferencia de los profesionales, sino también por la existencia de problemas de salud que requieren soluciones en esos ámbitos de ejercicio profesional, este aspecto queda de manifiesto al revisar la proporción entre médicos de familia y los demás especialistas.
- Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, la urgencia de los desafíos sanitarios existentes y las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHS, a continuación se mencionan opciones, algunas de las cuales ya están siendo aplicadas en la región y cuya implementación permite aumentar la cobertura de servicios de salud, manteniendo e incluso mejorando los niveles de calidad logrados:
  - Flexibilizar la regulación del ejercicio profesional, expandiendo las posibilidades de práctica en el marco de equipos multidisciplinares, a partir del establecimiento de nuevos roles y mecanismos de complementariedad, supervisión y apoyo. Lo anterior permite, junto con utilizar plenamente las capacidades del personal de salud según su nivel de formación, ubicar las prestaciones de salud en el punto más apropiado de la red asistencial.
  - Esta estrategia conlleva un beneficio adicional en el plano de la motivación y satisfacción laboral, dado que se propicia un ambiente en que las personas despliegan sus máximas capacidades y delegan las responsabilidades que podrían ser consideradas accesorias, asumiendo al respecto, roles de supervisión que les permiten el desarrollo de capacidades de liderazgo técnico y conducción de equipos de trabajo.
  - En un esquema de organización en redes de diferente complejidad, estas estrategias de rediseño de los roles y atribuciones, pueden ser facilitadas a través del uso de tecnología, tal como telemedicina, el desarrollo de programas de gestión del cambio apoyados por la aplicación de metodologías de EPS y por la incorporación de personal sanitario de nivel técnico u otro personal de apoyo a la ejecución de las tareas asistenciales.
  - Por su parte, las estrategias de desarrollo de competencias en medicina y salud familiar para el personal actualmente contratado en la red de provisión de servicios de salud, permiten no sólo una mejor comprensión y funcionamiento del modelo de atención, sino que también, organizadas en un esquema de formación modular e, idealmente, considerando como escenario de práctica los propios centros de salud de desempeño de

los equipos multidisciplinarios, permiten mantener la continuidad de la atención, priorizar la solución de los problemas de la comunidad en que se inserta el centro de salud y vincularse con la red asistencial de derivación correspondiente.

- En otro ámbito, en forma paralela a la obtención de mayores recursos económicos, los países están extendiendo el uso de sistemas de incentivos, siendo necesario ampliar la visión incorporando estrategias de incentivos no económicos, tales como mejorar los niveles de autonomía profesional, la supervisión eficaz, el reconocimiento, el sentido de pertenencia, entre otros, a la vez que destinar recursos para determinar la efectividad de los mecanismos utilizados.
- Todos los esfuerzos señalados, sumados a las demandas propias de la contingencia, hacen necesario avanzar en el fortalecimiento de las áreas de RHS, así como en la profesionalización de los equipos que las integran, plano en el que se observan diferencias importantes entre los países, siendo tal vez el mayor desafío organizar una red descentralizada de gestión capaz de adecuar las políticas según las realidades locales, así como desarrollar las actividades operativas de gestión de personal.
- En esta misma línea, este escenario de transición, impone un mayor desafío de coordinación por parte de los equipos encargados de la gestión, siendo un elemento clave la generación y mantención de instancias de trabajo inter áreas que convoque a los directivos y profesionales encargados de la gestión del modelo y de la red asistencial y a los responsables de la gestión de RHS, los que deben apropiarse y comprender los contenidos del trabajo de “ambas gestiones” (modelo/red y RHS), requiriéndose desarrollar un perfil profesional que va más allá de los aspectos técnicos de la gestión de RHS, siendo necesario que la autoridad sanitaria, asegure la institucionalización de estas instancias, asuma su conducción y articulación, con poder resolutivo en torno a planes de trabajo formales.

Finalmente, a la luz de estas reflexiones, es necesario destacar la necesidad de cambiar el eje del discurso de la gestión de RHS, a partir del convencimiento que los RHS son parte de la solución para lograr un buen funcionamiento de los sistemas de salud. El problema central es satisfacer las necesidades de salud de la población y, en esta perspectiva, los RHS son parte de las posibles soluciones para resolver dichas necesidades. Partir de esta premisa, permite al área de RHS posicionarse de manera diferente en relación con los demás actores sectoriales, moviéndose desde un espacio en que se identifica la gestión de RHS como un problema endémico, hacia un estado en que la gestión y el desarrollo de los RHS representan una solución posible para mejorar la efectividad del sistema de salud en su conjunto.

## 6. ÍNDICES

### 6.1 Índice de Diagramas

1. La Gestión de RHS y las interacciones con el mercado de la educación y del trabajo
2. Dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral
3. Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS
4. Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS Priorizados
5. Esquema del Sistema de Rectoría de RHS de Chile
6. Tipos de Gobernanza
7. Desarrollo Gradual de un Sistema de Planificación y Gestión de Dotaciones
8. Diagrama de organización de la red de RHS
9. Competencias de Liderazgo y de Gestión de RHS por nivel de la red de RHS
10. Finalidad de los Sistemas de Salud - Modelos de Atención y Sistemas de Gestión de RHS

### 6.2 Índices de Tablas

1. Componentes de la Gestión de RHS – a partir del Ciclo de Vida Laboral
2. Relación entre los atributos de la GRHS y los ámbitos y atributos de las RISS
3. Evaluación del Ámbito de Gobernanza de RHS
4. Políticas de RHS de Bolivia
5. Consideraciones sobre la Gobernanza
6. Evaluación del Ámbito de Planificación de RHS
7. Visiones de los Sistemas de Planificación contenidas en las Políticas de RHS de los Países Andinos
8. PROSALUD – Perú
9. Estrategias de Autosuficiencia de RHS
10. Evaluación del Ámbito de Formación de RHS

11. Instancias de Articulación de las Políticas de Educación y Trabajo
12. Estrategias para el Desarrollo de Equipos de APS – OPS
13. Experiencias de Modificación Curricular de Medicina - OPS
14. Experiencias de Formación en Medicina Familiar – Países Andinos
15. Proporción de Médicos de Familia sobre el total de Especialistas
16. Evaluación del Ámbito de Gestión del Empleo
17. Sistemas de Reclutamiento y Selección – Experiencia Chilena
18. Sistemas Incentivos Chile y Perú
19. Estrategias Complementarias para la Atracción y Retención del Personal
20. Evaluación del Ámbito de Gestión del Desempeño
21. Definición de los Equipos Básicos de Salud – Perú y Chile
22. Tipos de Incentivos
23. Análisis sobre el modelo de incentivos de Chile. Extracto del Estudio del Bco. Mundial sobre Oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile
24. Experiencia Chilena de Desarrollo de Carrera Sanitaria
25. Variables de Satisfacción Laboral
26. Evaluación del Ámbito Desarrollo Institucional y Organizacional
27. Resultados Meta N°5 – Metas Regionales de RHS
28. Visión de la Gestión de RRHH
29. Descubriendo el Modelo de Gestión de RHS para Sistemas de Salud Basados en APS

## 6.3 Índices de Gráficos

1. Sobre Densidad y Composición del RHS - Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS
2. % de Escuelas de la Salud que han reorientado su formación hacia la APS Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS

## 7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

APS	Atención Primaria de Salud
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ASPEFAN,	Asociación Nacional de Residentes del Perú
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas de Salud
AUS	aseguramiento universal en salud
CEAACES	Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior
CENABAST	Central de Abastecimiento del SNSS
CENIDAIC	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Integración Comunitario
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CES	Consejo de Educación Superior
CESTAS	Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CONACES	Comisión para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior
CONAN	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
CONAPRES	Comité Nacional de Pre Grado en Salud
CONAREME	Comité Nacional de Residentado Médico
CONDAS	Comisión Nacional Docente Asistencial
CRIDAIC	Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Integración Comunitario
DANE	Departamento Nacional de Estadística - Colombia

DDTHS	Dirección de Talento Humano en Salud
DIGEDEP	División de Gestión y Desarrollo de las Personas
DILOS	Direcciones Locales de Salud
DTHS	Desarrollo del Talento Humano en Salud
EBAS	Equipos Básicos de Salud
EC	enfermedades crónicas
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EPS	Educación Permanente en Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GES	Garantías Explícitas en Salud
IAFAS	Instituciones Administradoras de fondos de Aseguramiento en Salud
IBC	Ingreso Base de Cotización
IES	Instituciones de Educación Superior
IES	Instituciones de Educación Superior
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y Comunidad
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEN	Ministerio de Educación Nacional

MINSA	Ministerio de Salud
Minsal	Ministerio de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODTHS	Observatorio de Talento Humano en Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de Salud
ONRHUS	Observatorio de Recursos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Plan Anual de Capacitación
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
Plansia	Plan Sanitario de Integración Andina
PNP	Policía Nacional del Perú
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPR	Presupuesto por Resultados
PROFAM	Programa de Salud Familiar y Comunitaria
RE	Regímenes Especiales
RETHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RHS	Recursos Humanos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RPIS	Red Pública Integral de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural
SAMU	Sistema de Atención Móvil de Urgencia
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje

SENECYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
SERMENA	Servicio Médico Nacional
SERUMS	Servicio Urbano Marginal en Salud
SERVIR	Autoridad Nacional del Servicio Civil
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINAPRES	Sistema Nacional de Pre Grado en Salud
SIRHAPS	Sistema de Información Recursos Humanos de Atención Primaria de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SISOL	Sistema de la Solidaridad
SNS	Servicio Nacional de Salud
SSO	Servicio Social Obligatorio
SSPAM	Seguro de Salud del Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
THS	Talento Humano en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPC	Unidad de Paciente Crítico
UPSS	Unidades Prestadoras de Servicios de Salud
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

## 8. BIBLIOGRAFÍA

### OMS/OPS

Manual Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud OMS – Banco Mundial – USAID Ginebra – 2009

Redes Integradas de Servicios de Salud - Serie La Renovación de APS en Las Américas Nº4 Organización Panamericana de la Salud WDC – 2010

La Renovación de la APS en las Américas - Documento de Posición de la OPS/OMS WDC – 2007 Organización Mundial de la Salud

Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud Sistemas de Salud Basados en APS : Estrategias para el desarrollo de los equipos de salud WDC – 2008

La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista Nº 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud - Mario Rovere - Washington, D.C.: OPS, c1993- ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96)

### Capacity Project

Health Worker Retention and Performance Initiatives: Making Better Strategic Choices technical brief 16

Increasing the Motivation of Health Care Workers technical brief 7

Strengthening Human Resources Management: Knowledge, Skills and Leadership legacy series 11

### Otras Fuentes

Marco Conceptual Sistema De Gestión Descentralizada De Recursos Humanos En Salud Elaborado para USAID – Iniciativa de Política en Salud por María Casas Sulca Lima – Peru 2009

Human Resource Champions Dave Ulrich disponible en: <http://books.google.com/books?id=qTxz6l7tNSEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Comportamiento Organizacional - Robbins Stephen Disponible en: [http://www.slideshare.net/sanamuro/comportamiento-organizacional-robbins-stephen-p7ma-medicin?utm\\_source=slideshow02&utm\\_medium=ssemail&utm\\_campaign=share\\_slideshow\\_loggedout](http://www.slideshare.net/sanamuro/comportamiento-organizacional-robbins-stephen-p7ma-medicin?utm_source=slideshow02&utm_medium=ssemail&utm_campaign=share_slideshow_loggedout)

Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud, familiar y comunitaria. Ministerio de Salud de Chile – Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_nuevo\\_home/nuevo\\_home.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html)

Sistema de Salud de Bolivia. Revista Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):109-119. Carmen Ledo, PhD,(1) René Soria, MC, MSP, AS.(2)

La Situación de Salud Primaria en Chile - Dagoberto Duarte Quapper; M. Soledad Zuleta Reyes – Corporación de promoción Universitaria 1999.

Victor Toledo Huenqueo [1997]. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile; Una aproximación. Ministerio de Salud

Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en Sistemas de Salud – Roberto Bazzani – Revista de salud Pública, Volumen 12 sup (1): 1-7, 2010. International Development Research Centre (IDRC).

Políticas Públicas con enfoque de derechos: gobernanza y accountability en los procesos de reforma – Nuria Cunill Grau.

Ernesto Báscolo, Ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS” – Revista de salud Pública 12 sup (1): 8-27, 2010.

Why Plan Human Resources for Health? Thomas L. Hall, MD, DrPH Dept, of Epidemiology and Biostatistics University of California School of Medicine.

How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper, disponible en: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf)

Rev. Mex. Orient. Educ. v.6 n.16 México abr. 2009 – “Educación superior en América Latina y el proceso de Bolonia: alcances y desafío” - René Bugarín Olvera - Universidad Autónoma de Tamaulipas. Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci_arttext)

Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. María Cristina Davini. Publicación N° 19 OPS – 1989.

Human resource leadership: the key to improved results in health - Mary L O'Neil - Human Resources for Health 2008, 6:10 doi:10.1186/1478-4491-6-10. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10>

Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile, disponible en el siguiente enlace: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/2009/10/16649832/chile-estudio-de-brechas-de-oferta-y-demanda-de-medicos-especialistas-en-chile>

The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

Artículo de eManager “Strengthening human resource management to improve health outcomes, disponible en: [http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager\\_2009no1\\_hrm\\_english.pdf](http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf)

Artículo Reconfiguring Health Professions in times of multi morbidity: Eight Recommendations for change. Organization for Economic Cooperation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee - OECD DELSA/HEA (2011)16.

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1

# PLAN DE TRABAJO CONSULTORÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

## 1. Antecedentes generales

En el marco del mandato y prioridades establecidas por los estados miembros, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), formulan y aprueban el Plan Estratégico 2013 - 2017<sup>45</sup>, que incorpora en su objetivo 4, el desafío de “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud, con este objetivo se busca disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la Subregión y mejorar la salud colectiva a través del fortalecimiento de las políticas y planes de desarrollo de Recursos Humanos en los países de la Subregión”, planteándose como visión que para “El año 2015, en la sub-región andina, se habrá contribuido a conocer, analizar y subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud”.

La urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes proporciones de la población de la subregión carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud<sup>46</sup> y también en la necesidad de modificar el contenido de las acciones de salud enfatizando las estrategias de promoción y prevención, a objeto de enfrentar los problemas derivados del cambio epidemiológico y demográfico que experimentan los países de la subregión.

Existe un amplio consenso respecto que, para enfrentar estos desafíos, es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en APS, decisión que se ha expresado formalmente en el seno de las reuniones del Consejo Directivo de OPS, en las resoluciones del ORAS-CONHU, en las políticas de salud de cada uno de los países

---

<sup>45</sup>Resolución XXXIII 483 de los Ministros de Salud, aprueba el Plan Estratégico 2013 – 2017 del ORAS/CONHU.

<sup>46</sup>Se calcula que cerca de un 27%, un poco más de 38 millones de habitantes, no recibe los beneficios propios de un sistema de salud adecuadamente organizado.

que lo integran, así como en instancias de trabajo conjunto con diversos actores representativos de la sociedad civil incluyendo los trabajadores de la salud y centro formadores.

De acuerdo con la definición planteada por OMS - OPS en el documento “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”, un “sistema de salud basado en APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia, social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”.

Sin embargo, a pesar del consenso existente y de los significativos esfuerzos realizados, los países que integran la subregión aún no han logrado consolidar el enfoque de salud basado en APS, evidenciándose, por una parte, diferentes niveles de desarrollo en cada uno de ellos, así como la existencia de las tensiones propias de los procesos de cambio. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de personal sanitario, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de salud.

En este contexto, junto con relevarse la importancia de contar con recursos humanos de salud en cantidad y calidad suficientes, ORAS - CONHU ha impulsado la realización de diferentes iniciativas y estudios orientados a optimizar el funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la región, a partir del mejoramiento de la gestión de los recursos humanos de salud, muestra de ello es la reciente aprobación de la Política Andina de Recursos Humanos de Salud<sup>47</sup>.

Continuando con el esfuerzo mencionado y en el contexto de las resoluciones aprobadas por los Ministros de Salud, los estados miembros de ORAS - CONHU han decidido realizar un estudio cuyo objetivo es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. Se busca, específicamente, identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto sobre la

---

<sup>47</sup>Resolución XXXIII 474 de los Ministros de Salud, aprueba la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos.

disminución de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

Derivado de lo anterior, con el propósito de iniciar el trabajo con los Ministerios de Salud, estimular la constitución de las contrapartes nacionales y generar un espacio activo y permanente de discusión, el presente documento contiene, para vuestra consideración y retroalimentación, la propuesta del Plan de Trabajo con la descripción de los objetivos del estudio, fases, actividades y plazos de ejecución.

Junto con el Plan de Trabajo mencionado, la siguiente tabla describe los roles que se espera cumplan cada uno de las partes involucradas en su ejecución.

<p>Coordinación de ORAS - CONHU - CESTAS</p>	<p>Integrada por los Drs. Ricardo Cañizares y Lizardo Huaman, cuyo rol es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecer las orientaciones estratégicas y operativas del estudio.</li> <li>- Retroalimentar las propuestas técnicas.</li> <li>- Articular el trabajo con las contrapartes nacionales.</li> <li>- Validar la versión final de cada uno de los productos del estudio.</li> </ul>
<p>Contrapartes Nacionales</p>	<p>Integradas por directivos y profesionales de las Direcciones Nacionales de RRHH y por los responsables de la instalación del modelo de salud de cada país, cuyo rol es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discutir, retroalimentar y proponer perfeccionamientos de las propuestas preliminares.</li> <li>- Aportar información relevante a los objetivos del estudio.</li> <li>- Aplicar los instrumentos para la recolección de información diseñados en el marco del estudio</li> </ul>
<p>Consultora</p>	<p>Sra. Verónica Bustos – Administrador Público y Magíster en Desarrollo Organizacional ©.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar el plan de trabajo en coordinación con el equipo del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (ORAS - CONHU y CESTAS).</li> <li>- Elaborar la metodología para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos.</li> <li>- Definir el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, a partir de la sistematización de la información obtenida en los Ministerios de Salud.</li> <li>- Recopilar la información necesaria de acuerdo a la metodología propuesta para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos.</li> <li>- Entregar de manera oportuna la información recopilada al equipo del Proyecto y a los Ministerios de Salud.</li> <li>- Socializar de manera oportuna los avances de los resultados.</li> <li>- Realizar versión final del informe a partir de aportes obtenidos de los Ministerios de Salud y el equipo del Proyecto.</li> </ul>

La propuesta de Plan de Trabajo se organiza considerando los objetivos previstos para el estudio, así como cada una de las fases en que se organizará su ejecución, además de los aspectos más operacionales, tales como, actividades, objetivos de cada actividad, productos, medios de verificación y plazos

Objetivo del Estudio
Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.
Fases del Estudio y Objetivos
Definir el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, a partir de la sistematización de la información obtenida en los Ministerios de Salud
Recopilar la información necesaria de acuerdo a la metodología propuesta para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos.
Entregar de manera oportuna la información recopilada al equipo del Proyecto y a los Ministerios de Salud.
Socializar de manera oportuna los avances de los resultados. Realizar versión final del informe a partir de aportes obtenidos de los Ministerios de Salud y el equipo del Proyecto.

## ANEXO N° 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN INFORMACIÓN N° 1: AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RHS.

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
I. GOBERNANZA	1. Políticas de RHS	El país no cuenta con políticas de RHS o cuenta con definiciones limitadas	El país cuenta con políticas de RHS fragmentadas que carecen de visión de red	El país cuenta con políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud
	2. Capacidad de Rectora de RHS	El nivel de gobernanza no posee capacidad de rectoría o posee una capacidad de rectoría limitada	El nivel de gobernanza posee capacidad parcial de rectoría abarcando ámbitos específicos de los RHS.	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, evidenciando limitada capacidad rectora sobre instituciones formadoras

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
I. GOBERNANZA	3. Mecanismos de Monitoreo y Control	El nivel de gobernanza no cuenta con mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS o los aplica débilmente	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos parciales de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS
II. PLANIFICACION	4. Procesos de Planificación de RHS	El país no desarrolla procesos de planificación de RHS o desarrolla iniciativas incipientes de planificación	El país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones)	El país cuenta con procesos de institucionalización de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud	El país cuenta con procesos de institucionalización de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
II. PLANIFICACION	5. Sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS	El país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección	El país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial, según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran criterios y variables definidas localmente y se establece en base a las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de
	6. Sistemas de información	El país no cuenta con sistemas de información o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de información	El país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre si	El país cuenta con sistemas de información operativos, integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y un conjunto de datos básicos de RHS disponibles	El país cuenta con sistemas de información operativos e integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
II. PLANIFICACION	7. Gestión de la información y el conocimiento	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud
II. PLANIFICACION	8. Gestión de dotaciones	El país no cuenta con estrategias de gestión de dotaciones o aplica mecanismos básicos de administración de cargos	El país cuenta con sistemas aislados de gestión de dotaciones sin un claro enfoque de fortalecimiento de APS.	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	9. Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios.	El país no cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación o cuenta con mecanismos débiles de concertación con actores	El país cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para resolver necesidades específicas de salud	El país cuenta con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	El país cuenta con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	10. Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funcione	El país no cuenta con definiciones de los equipos básicos de salud o cuenta con definiciones incipientes	El país cuenta con definiciones de roles de cada uno de los integrantes del equipo básico de salud en forma separada sin abordar las áreas de coordinación y complementariedad	El país definió la composición de los equipos básicos de salud, así como modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	El país cuenta con equipos básicos de salud, que trabajan en la red asistencial aplicando las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo definidas
	11. Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	El país no cuenta con definiciones del perfil de competencias del equipo de salud o cuenta con definiciones sin un claro énfasis hacia la APS	El país tiene una definición de perfil para el equipo multidisciplinario de salud, que considera competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad	El país aplica estrategias de nivelación, desarrollo y fortalecimiento de las competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipo de salud	Los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias el enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	12. Formación de pregrado	Las entidades de formación no incluyen o incluyen débilmente contenidos para motivar el interés de los profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluye parcialmente contenidos y prácticas para motivar el interés de los futuros profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud)	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud), considerando prácticas clínicas en centros de salud de APS
	13. Formación en medicina familiar	Las entidades formadoras y empleadoras no cuentan con estrategias de priorización de la formación en medicina familiar o las aplican incipientemente	Existen iniciativas aisladas entre instituciones formadoras y empleadoras para el desarrollo de estrategias de formación en medicina familiar	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para las profesiones nucleares de la salud	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para equipos básicos de salud

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	14. Mecanismos de acreditación	El país no posee de acreditación de carreras de la salud o posee un débil desarrollo de dichos mecanismos	El país posee de acreditación pero no incluyen dimensiones referidas al modelo de atención y la orientación hacia APS	Los mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	Existen carreras de la salud acreditadas en base a estándares que contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural
	15. Gestión de los Campos de Formación hacia la APS	El país no desarrolla actividad docente en establecimiento de atención primaria concentrando su actividad en centros hospitalarios	El país aplica estrategias aisladas de desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria	El país aplica y fomenta el desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotándolos de recursos para el aprendizaje	El país cuenta con espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
IV. GESTION DEL EMPLEO	16. Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS	No existe un sistema de reclutamiento y selección de personal o existen procesos incipientes	El país cuenta con procedimientos operativos de reclutamiento y selección	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que incorporan criterios diferenciados para los ámbitos regionales y locales y que privilegian la presencia de competencias en APS
	17. Mecanismos de retención RHS	El país no cuenta con mecanismos de retención de RHS o posee un desarrollo incipiente en esta área	El país cuenta con mecanismos aislados de retención que no consideran las posibilidades de la red asistencial en su conjunto	El país cuenta con mecanismos de retención de RHS que los consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso	El país cuenta y aplica mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
V. GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	18. Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	El país no dispone de estrategias de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas o su desarrollo es incipiente	El país dispone de estrategias aisladas de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas sin un claro enfoque hacia la APS	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso, cuyos contenidos son priorizados en base a las necesidades locales.
	19. Sistemas de incentivos	El país no cuenta con sistemas de incentivos o cuenta con un desarrollo incipiente	El país cuenta con sistemas de incentivos aislados que no responden a una lógica de red asistencial o que privilegian los niveles secundario y/o terciario	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
V. GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	20. Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	El país no cuenta con un sistema de carrera sanitaria estructurada o cuenta con un desarrollo incipiente	El país cuenta con sistemas de ascensos o promociones gestionados por cada unidad operativa de RHS que no responden a las necesidades de desarrollo del modelo de atención	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus propias particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus propias particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención
VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	21. Estructura de Gestión de RHS	El país no cuenta con una estructura integrada de gestión de RHS, solo existen unidades básicas de administración de personal centradas en aspectos operativos y adscritas a cada establecimiento o centro de salud	El país cuenta con una dirección nacional con limitada capacidad de articulación, supervisión y control de las unidades de gestión de RHS adscritas a cada establecimiento o centro de salud	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, dotada de capacidades de gestión local, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
V I . D E S A R R O L L O I N S T I T U C I O N A L O R G A N I Z A - C I O N A L Y	22. Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS no aplican instrumentos de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma aislada para responder a demandas específicas, instrumentos que permitan conocer la percepción de satisfacción laboral del personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, cuyos resultados son aplicados para ajustar las estrategias y políticas de RHS vigentes

Información Cualitativa por Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS
<b>I. GOBERNANZA</b>
1. Políticas de RHS: Señale los ámbitos que abarca la política, cuál es el nivel de formalización y socialización y su nivel de integración
2. Capacidad de Rectora de RHS: Describa las principales facultades rectoras en el campo de los RHS y sobre qué instancias recaen
3. Mecanismos de Monitoreo y Control: Describa los principales mecanismos de monitoreo y control existentes
<b>II. PLANIFICACIÓN</b>
4. Procesos de Planificación de RHS: Describa los procesos de planificación de RHS que desarrolla el país (que actores participan – cuáles son los ámbitos de planificación – horizonte temporal)
5. Sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS: Señale las principales características del o los sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS (variables que considera, niveles asistenciales que incluye, profesiones que abarca, definición de estándares de RHS, etc.)
6. Sistemas de información: Señale las características principales del o los sistemas de información disponibles en términos de: nivel y modalidad de integración - cobertura de la información – administrado por.
7. Gestión de la información y el conocimiento: Señale las principales características de los modelos de gestión de la información y conocimiento existentes (por ejemplo observatorio de RHS con participación de actores del campo) y las estrategias de instalación utilizadas.
8. Gestión de dotaciones: Describa las estrategias y señale los porcentajes de crecimiento efectivo (cargos provistos) de las dotaciones de personal por nivel de la red asistencial durante los último 5 años (primario – secundario – terciario)
<b>III. FORMACIÓN</b>
9. Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios: Describa las instancias de concertación existentes, integrantes, ámbitos de influencia, áreas de acuerdos y periodicidad de reuniones
10. Composición y perfil de los equipos básicos de salud: Describa la composición del equipo básico de salud, los roles de sus integrantes y las modalidades de coordinación y compleme
11. Definición del perfil de competencias de los equipos de salud: Señale las estrategias que su país ha utilizado para incorporar las competencias de salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipos de salud
12. Formación de pregrado: Describa las estrategias de motivación por el desempeño en APS utilizadas por las entidades de formación
13. Formación en medicina familiar: Describa las estrategias de priorización para la formación en medicina familiar
14. Mecanismos de acreditación: Señale cuáles son las dimensiones de APS incorporadas en el sistema de acreditación y su forma de evaluación

15. Gestión de los Campos de Formación hacia la APS: Describa las estrategias y entregue una estimación del porcentaje de centros de APS que albergan actividad docente
<b>IV. GESTIÓN DEL EMPLEO</b>
16. Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS: Describa el sistema de reclutamiento y selección en aplicación, especialmente las estrategias de captación que han reportado mejores resultados para la provisión de cargos de APS
17. Mecanismos de retención RHS: Describa los mecanismos de retención con énfasis en los más exitosos y en APS.
<b>V. GESTION DEL DESEMPEÑO</b>
18. Manuales de descripción de cargos, roles y funciones: Señale estrategia para la elaboración y validación de los manuales.
19. Educación continua para el personal con desempeño en zonas aisladas: Describa el modelo de educación continua y modalidad de priorización de equipos de salud de zonas alejadas o de difícil acceso.
20. Sistemas de incentivos: Describa los principales incentivos existentes para los equipos profesionales de los niveles primario – secundario y terciario, si son de carácter pecuniario, señale su importancia con relación a las condiciones remuneracionales (%)
21. Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente (según corresponda): Describa cuáles son los principales componentes de la carrera sanitaria, que aspectos privilegia como factores de promoción, ascenso o progreso al interior de la red. Señale si es una carrera única para toda la red o diferenciada. En este último caso señale si existen mecanismos de articulación entre los diferentes modelo
<b>VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL</b>
22. Estructura de Gestión de RHS: Describa la modalidad de organización de la red de RHS considerando todos sus niveles, mecanismos de articulación, facultades o atribuciones de cada componente, así como los recursos de que disponen.
23. Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención: Describa los instrumentos utilizados y los principales hallazgos encontrados

## 10. AUTOEVALUACIÓN

1. Describa brevemente las principales características del mercado laboral de salud de su país. Principalmente señale el tipo de sistema de salud existente, distinguiendo la composición (principalmente público, principalmente privado o mixto) en el ámbito de los prestadores, financiadores y aseguradores

2. Señale si el sector salud aplica mecanismos de compra de servicios a prestadores privados (en convenio o no), indicando los principales efectos que esta estrategia genera sobre la oferta de RHS calificados

3. ¿Cuándo se inició la instalación del modelo de salud familiar, comunitario e intercultural?

4. Puede señalar las principales estrategias utilizadas avanzar en la instalación de este enfoque.

5. ¿Cuáles son los tres principales problemas que enfrenta la gestión de RHS en su país? – priorice y fundamente.

6. ¿Cuáles son los tres principales avances en el ámbito de la gestión de RHS que su país ha logrado? – priorice y fundamente.

7. ¿Cuáles son las tres estrategias que han impactado más positivamente en la captación de RHS para la red asistencial en cada uno de los niveles que la componen?, ¿son las estrategias aplicadas en cada nivel consistentes con el propósito de fortalecimiento de un sistema de salud basado en APS?

8. Datos para el equipo nuclear de salud (médico – enfermera – obstetras):

a. Valor promedio de la hora de remuneración (expresada en equivalente a dólar) para profesionales con desempeño en jornada diurna y funciones asistenciales (incluye remuneraciones fijas y variables) en las siguientes categorías:

Tipo de Personal	Primer Nivel de Atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

b. Conceptos de pago para profesionales con desempeño en jornada diurna y funciones asistenciales (incluye remuneraciones fijas y variables) en las siguientes categorías. Por ejemplo asignación por cumplimiento de metas, por antigüedad, por ruralidad etc.

Tipo de Personal	Primer Nivel de Atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

c. N° de plazas disponibles (con presupuesto asignado – con o sin provisión) para:

Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

d. N° de plazas provistas para:

Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

e. Indicadores de rotación de personal para:				
Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
9. Señale la siguiente información sobre presupuesto para cada uno de los siguientes rubros (expresar todos los valores en equivalente a dólar):				
Rubros:	Niveles secundario y terciario		Nivel primario	Total
Presupuesto asignado al gasto en remuneraciones (incluir sólo remuneraciones fijas y variables, excluir conceptos tales como cargas familiares, presupuesto para viáticos u otros que no están directamente relacionado con el desempeño del cargo propiamente tal)				
Presupuesto de capacitación				
Presupuesto de formación (especialización médica):				
- Especialidad de medicina familiar				
- Otras especialidades				







## Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud

### CONTENIDO

---

#### Presentación

1. Introducción
2. Objetivo
3. Marco general metodológico de sistematización de las experiencias en determinación de brechas de personal de salud
4. Sistematización de experiencias
5. Experiencia en la implementación metodología de cálculo de brechas de Recursos Humanos en Salud, del Ministerio de Salud de Perú.
6. Conclusiones
7. Limitaciones

## PRESENTACIÓN

En los últimos años se ha desarrollado una intensa movilización de alcance nacional e internacional en la región de las Américas, y en particular en los países de la Subregión Andina, para abordar los problemas de recursos humanos, particularmente personal de salud en los sistemas de salud, con el fin de garantizar a la población el acceso a servicios de salud con equidad, calidad, eficiencia y pertinencia<sup>1</sup>.

Por consiguiente en los países andinos se estableció una Política Andina de Recursos Humanos, que tiene como propósito orientar e impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en la Subregión Andina, como parte esencial de los esfuerzos nacionales por garantizar el acceso universal a una atención integral, y oportuna de la población de los países miembros, haciendo plenamente vigente el derecho a la salud.

Así mismo el Organismo Andino de Salud, tiene como objetivo estratégico establecer Políticas para el Desarrollo y Gestión Integral de Recursos Humanos en Salud, siendo el resultado esperado promover el desarrollo de la inteligencia colectiva en RHUS, a través de la generación y diseminación de conocimiento en temas críticos de la gestión de los RHUS, especialmente aquellos vinculados con los problemas de disponibilidad de personal sanitario en zonas desatendidas<sup>2</sup>.

Dentro de este marco se genera la necesidad de recopilar y sistematizar los métodos que los países en la región están utilizando para determinar las brechas de personal de salud según niveles de atención en los países de la región andina, particularmente en el campo de los recursos humanos, que requieren ser compartidas, para converger esfuerzos e iniciativas, definir objetivos comunes aprovechando al máximo nuestras potencialidades y contar con referencias técnicas, lecciones aprendidas, iniciativas, metodologías y prácticas en la implementación en los diferentes espacios de cada país integrante de la región andina, con el propósito de generar información regional partiendo de algunos referentes importantes en la última década y a la fecha<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Política Andina de Recursos Humanos Versión aprobada en la XXXIII REMSAA, Bogotá - Colombia, 2012.

<sup>2</sup>El Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue 2013-2017 tiene siete objetivos estratégicos.

<sup>3</sup>Resolución CD45.R9 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud - 2004.

En tal sentido ante lo señalado y considerando la priorización hecha por los países, el Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA)<sup>4</sup>, incluyó dentro de las actividades programadas la realización de un estudio sobre “Experiencias en la determinación de brechas de personal de salud según niveles de atención en la Región Andina”.

## 1. INTRODUCCIÓN

En la región se están desarrollando algunas iniciativas a partir del diseño y aplicación de modelos de determinación de brechas de personal de salud según nivel de atención definidos localmente. En este contexto y de acuerdo con lo priorizado por los países, se ha estimado necesario, recopilar y sistematizar estas experiencias de diseño, aplicación e implementación de metodologías de determinación de brechas de RHUS, salud según nivel de atención utilizadas en cada país de la región andina.

Uno de los factores clave para garantizar el acceso y cobertura de las necesidades y demandas de la población en salud, es contar con recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a las necesidades de salud de la población, así como también analizar las limitaciones de los métodos que permitirían mensurarlas de forma cuantitativa y cualitativa.

El presente documento de trabajo recopila y sistematiza las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la determinación de brechas de personal de salud y a la vez se proponen recomendaciones para su posible adaptación y aplicación según características nacionales específicas. Así como proporcionar información disponible de las diferentes experiencias del proceso de determinación de brechas, principales componentes y variables que han considerado en cada integrante de la región andina.

---

<sup>4</sup>Este proyecto ha sido construido en un largo proceso con los Ministerios de Salud en coordinación con el ORAS-CONHU y cuenta con el financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina - CAF.

El objetivo central es obtener la información y sistematizarla identificando componentes y variables, desde el diseño, instrumentos técnicos, e implementación de metodologías para la estimación de brechas de RHUS. Así como efectuar un primer examen de las herramientas y procedimientos, utilizados para planificar y estimar las dotaciones de recursos humanos en el sector salud de los diferentes sistemas de salud de la región andina. Es necesario consignar que, dado que no todos los países de la región proporcionan información, parte de la información contenida en este informe se base en fuentes secundarias constituyendo esto una limitante para reflejar más integralmente la experiencia de los países en este ámbito.

Siendo la finalidad fortalecer la política para el desarrollo y gestión integral de recursos humanos en salud. En tal sentido se describe la modalidad para determinar la disponibilidad y necesidades de recursos humanos en salud, las variables que considera y fuentes de información utilizadas, señalando, cuando corresponda, su alcance según el sistema de salud correspondiente.

Así mismo en la presente sistematización se realizará una referencia especial a la experiencia de desarrollo de metodologías de cálculo de brecha de recursos humanos en salud (RHUS) del Ministerio de Salud de Perú, país que en el marco de la implementación de la Reforma del Sector Salud, durante el presente año ha logrado la aprobación oficial de dos Guía Técnica Metodológicas para la estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención y la implementación del Registro Nacional de Personal (INFORHUS) registrando los mayores avances metodológicos en este campo en la Región Andina.

## 2. OBJETIVO

Generar conocimientos sobre las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la estimación de brechas de recursos humanos de salud.

Capitalizar y recomendar posibles mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención de las diferentes realidades de los países del área andina.

### 3. MARCO GENERAL METODOLÓGICO DE SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS EN DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD

La Sistematización como interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción descubre y explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido, las relaciones entre si y por qué lo han efectuado de ese modo<sup>5</sup>. La sistematización también se define como un proceso permanente o continuo de documentación, aprendizaje y acción, que tiene lugar dentro de una iniciativa de desarrollo, con el fin de no dejar perder las experiencias vividas o por vivir y su difusión a diferentes niveles.

En esta acepción, de sistematización de experiencias, se trata de mirar las experiencias como procesos claves, históricos y complejos en los que interviene diferentes actores, en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte. El dilema no es solo quedarnos con la reconstrucción de lo que sucede, sino realizar una interpretación crítica de la que se extraiga aprendizajes que tengan utilidad en el futuro.

Esta metodología conduce a que los procesos sean proactivos que promuevan la innovación, mejore el proceso y de cuenta de él. A la vez en su aplicación a una realidad concreta, que retroalimenta el proceso, para mejorarlo e innovarlo permanentemente, así como compartir las lecciones aprendidas con otros actores.

La sistematización como recuperación y descripción de la experiencia en la práctica nos demostró la utilidad e importancia del método y/o herramienta de análisis desde el diseño e implementación de metodologías de determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención, y propuestas de aplicación en los ámbitos del presente estudio, basado en la metodología de descripción, análisis y acción, con un enfoque de reconstrucción de la práctica y de producción de conocimientos.

---

<sup>5</sup>Recogido de Oscar Jara: Sistematización de Experiencias.

Para ello se utiliza la guía metodológica de sistematización tomada del Proyecto APRISABAC<sup>6</sup>,



Para lo cual se detalla bajo los siguientes aspectos, que contiene la descripción de la sistematización de las experiencias:

A	Datos Generales
B	Antecedentes
C	Contexto
D	Características del estudio
E	Procesos del estudio
F	Lecciones aprendidas

Fuente: Guía de Sistematización de Experiencia.

El marco general metodológico parte del objetivo de la consultoría de los países andinos en el desarrollo de metodologías para la determinación de brecha de RHUS; para el presente estudio se ha considerado lo propuesto por Norbert Dreesch, respecto a los cinco enfoques para la estimación de los requerimientos de recursos humanos sanitarios, siendo las siguientes:

- 1. Basado en necesidades:** Su principal ventaja, aparte de su consistencia con la ética profesional y ser fácil de entender, es su independencia al uso actual del servicio de salud. Sin embargo, ignora el problema de la eficiencia en la distribución de los recursos entre otros sectores, la necesaria actualización de la proyección ante cualquier cambio tecnológico, y el uso intensivo de datos.

<sup>6</sup>Guía de Sistematización de Experiencias - Proyecto APRISABAC Perú - Cajamarca.

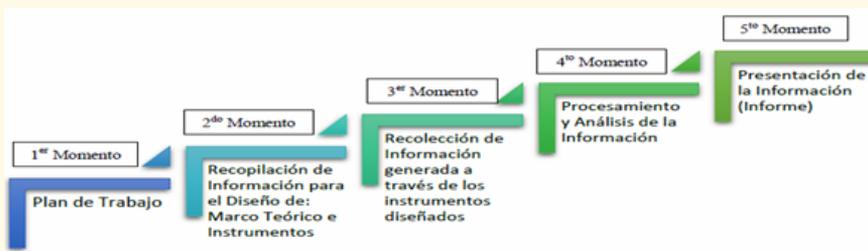
2. **Basado en demanda:** Aun cuando su ventaja está relacionada con alcanzar objetivos en forma económica pues no es afectado por pequeños cambios en la utilización relacionada a la población, su desventaja estriba en que no toma en cuenta los errores basados en la presunción de índices de uso, manteniendo el status quo de la provisión de servicios.
3. **Fuerza laboral sanitaria basada en índices poblacionales:** Es un método simple y fácil de aplicar, pero no refleja el nivel de uso de los recursos humanos ni permite explorar las combinaciones posibles entre oferta, distribución, productividad y resultados de las actividades asistenciales.
4. **Basado en servicio objetivo:** Relativamente fácil de usar, permitiendo la interacción entre variables, pero puede llevarnos a presunciones potencialmente irreales.
5. **Enfoque ajustado al servicio objetivo:** Útil en programas específicos, con una mirada a la eficiencia y potencial para la combinación de capacidades, requiriendo, sin embargo, estudios detallados de flujo de trabajo y solo puede ser efectivo si los recursos físicos y materiales están disponibles para apoyar a los recursos humanos sanitarios.

Considerando este marco teórico se propone lo siguiente como marco general de trabajo:



Fuente: Elaboración propia del consultor.

Operativización instrumental para la obtención y procesamiento de la información, se realiza el despliegue del trabajo en 05 momentos, según el plan de trabajo<sup>7</sup>. Revisamos estos momentos y recomendamos la validación de los instrumentos.



Fuente.- Plan de Trabajo de Consultoría.

## Instrumentos de Operativización:

COMPONENTES	CONTENIDOS	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	INSTRUMENTO	PREGUNTAS

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD	INSTRUMENTO	PREGUNTAS

Elaboración propia del consultor.

Siendo el objetivo del instrumento recoger la información suficiente de los países del ORAS-CONHU, que nos permita ordenar, clasificar y sistematizar de manera comparable los avances respecto a los componentes y variables predefinidos según el objetivo de la presente consultoría, el mismo que sirvió para formular las preguntas semi - estructuradas aplicadas y validadas con los países de la ORAS-CONHU.

Ejemplo:

- Componentes: Disponibilidad, Necesidad, etc.
- Variable: Nivel de atención, alcance, etc.

<sup>7</sup>Plan de trabajo de Consultoría.aprobado - Instrumentos de recopilación, recolección y procesamiento de la información.

Finalmente para la descripción del presente trabajo se define de acuerdo a los objetivos específicos de los TDR, los ítems de los instrumentos (indicador, unidad de medición), de tal manera que facilite procesar la información obtenida.

## Metodología de trabajo

Marco Metodológico para la Sistematización de experiencias de determinación de Brechas de Recursos Humanos en Salud según país miembro del Organismo Andino en Salud - ORAS-CONHU.

Ministerio

Principales Componentes	Variables						
	Niveles de Atención	Organización de los servicios de Salud	Modalidad	Número de RHUS según grupo ocupacional	Alcance	Fuentes de información	Recomendaciones para su posible adaptación y aplicación
Disponibilidad							
Necesidad							
Criterios de Ajuste							

Elaboración propia del consultor.

## Acciones previas

- Reuniones de coordinación con los siguientes contactos:
  - Representantes del Ministerio de Salud de Bolivia
  - Ministerio de Salud de Chile.
  - Ministerio de Salud de Colombia.
  - Representantes de Ecuador.

- Se efectuó la revisión de información de fuentes secundarias:
  - Fuentes oficiales de información (Ministerios de Salud de los países de la región andina, OPS, WHO).
- Se aplicó fichas para la generación de Información de Fuente Primaria, a través de entrevistas realizadas a los diferentes actores que participaron directa e indirectamente en los procesos de diseño e implementación de la metodología para la determinación de brechas de RHUS.
- Se realizó entrevistas dirigidas a las contrapartes técnicas de los Ministerios de Salud de los países de la región andina, recibiendo respuesta de algunos países, no de todos.

## 4. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

### 4.1 Descripción de los ítems de acuerdo a la Guía de Sistematización

#### Bolivia

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Bolivia.
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Bolivia.
Momentos principales	Planificación de recursos humanos. Diseño. Método de cálculo de brechas.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Bolivia, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>• Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

<b>C. CONTEXTO</b>	
<b>Sistema de Salud</b>	<p>En el país de Bolivia, el Sistema de Salud se configura por Subsectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sub Sector público de Salud</li> <li>• Sub Sector privado</li> <li>• Sub Sector de la medicina tradicional</li> <li>• Sub Sector de la seguridad de corto plazo</li> </ul>
<b>Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de desarrollo sectorial en eje 1 establece el desarrollo de Recursos Humanos Salud del Ministerio de Salud.</li> <li>• Lineamientos de la política de desarrollo de RRHH en Salud (2009).</li> <li>• Conformación de un área de Gestión de RRHH (En proceso).</li> <li>• Desarrollo del Sistema de Registro de RRHH 190.129.86.245/rps (En proceso).</li> </ul>

<b>D. CARACTERIZACIÓN</b>	
<b>Diseño</b>	<p>Parte del Sistema de Planificación: Tiene un desarrollo intermedio ya que el país realiza procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). En el sector público la planificación de los recursos humanos se realiza en cada servicio departamental de salud SEDES de acuerdo al crecimiento vegetativo y perfil epidemiológico.</p>
<b>Metodología y herramientas</b>	<p>No se cuenta con información de proyección de oferta y demanda de recursos humanos.</p>
<b>Componentes principales</b>	<p>Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí. Cuentan con un software de Registro de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional: cuenta con información del subsector público de salud que actualiza la información cada dos meses administrado por el Sistema Nacional de Información en Salud.</p>
<b>Variables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles asistenciales</li> <li>• Profesiones</li> <li>• Crecimiento vegetativo</li> <li>• Perfil epidemiológico</li> </ul>

E. PROCESO DEL ESTUDIO	
¿Cuándo se inició?	Información no reportada
Resultados	Información no reportada
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	Información no reportada
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	Información no reportada
¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?	Información no reportada

F. LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	Información no reportada
Limitaciones	Información no reportada
Problemas persistentes	Información no reportada

## Chile

A. DATOS GENERALES	
	Ministerio de Salud de Chile
Nombre de la experiencia <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudio de Brechas de Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud. 2012 (Sector Público): <b>Atención primaria, Secundaria y Salud Mental.</b></li> <li>Estudio de Brechas de oferta y demanda de médicos especialistas. Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2008-2010.</li> <li>Módulo de determinación de Brechas de RHS de la Metodología de <b>Estudios Pre Inversiones.</b></li> </ul>
Localización	País Chile.
Momentos principales	Planificación de recursos humano. Diseño. Método de cálculo de brechas.

<sup>8</sup>Pasantía Internacional Experiencia del Perú en el Abordaje de las Brechas de Recursos Humanos en Salud: Retos para la dotación estratégica. Lima 30 de Junio-04 de Julio 2014. Presentación de Claudia Godoy Cubillos. Jefa Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. .Estimación de Brechas Recursos Humanos en Chile. Metodologías y Estrategias de Superación.

<b>B. ANTECEDENTES</b>	
<b>Donde se ubica el estudio</b>	En el país de Chile, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
<b>Quienes tomaron la iniciativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>• Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

<b>C. CONTEXTO</b>	
<b>Sistema de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema mixto de salud público/privado donde el 80% de la población se atiende en el sistema público de salud.</li> <li>• Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario.</li> <li>• Número de establecimientos públicos de salud: 205 establecimientos públicos, 21 Centros ambulatorios, 2089 centros de atención primaria de la salud.</li> </ul>
<b>Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud</b>	La Secretaria de Estado ha desarrollado en los últimos seis años, varias iniciativas, estudios y procesos de negociación con actores relevantes, con el propósito de alcanzar un mejor conocimiento del universo del personal de salud en Chile, sus características y las del mercado laboral, las dinámicas vigentes en el sector formador, el abordaje de corto y mediano plazo de la estimación de brechas como Política de Salud y en el ciclo respecto de la cantidad, composición y competencias de los Recursos Humanos acordes a las necesidades sanitarias actuales y futuras de la población.

<b>D. CARACTERIZACIÓN</b>	
<b>Diseño</b>	De los reportes generados por su sistema de información, el cual se integra con la información proveniente del mercado de trabajo, lo que les posibilita contar con escenarios de información de disponibilidad actual y futura.
<b>Metodología y herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizan métodos de proyección.</li> <li>• Metodologías de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal.</li> <li>• Cartera de servicios especificada por el modelo de salud.</li> <li>• Factores epidemiológicos.</li> <li>• Organización de las redes.</li> </ul>
<b>Componentes principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de RRHH.</li> <li>• Requerimiento de recursos humanos.</li> <li>• Brecha de recursos humanos: Resulta de la diferenciación entre la necesidad y disponibilidad actual y proyectada.</li> <li>• Software para estimación de oferta y distribución de médicos en el Sector Público de Salud.</li> </ul>
<b>Variables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelo de gestión, cartera de servicios, producción proyectada, equipamiento y rendimiento de estándares</li> <li>• Población: Identificar población per cápita según grupos etáreos, asignada a FONASA y por INE, para luego estimar la demanda de atenciones entregadas por grupo etáreo, el cual dará origen de la estimación de necesidades de RHS.</li> <li>• Estudio de mercado, caracterización de la dotación, optimización y coeficientes técnicos</li> </ul>

<b>E. PROCESO DEL ESTUDIO</b>	<p><b>¿Cuándo se inició?</b></p> <p>Mediante los resultados de sus brechas generan el insumo para el inicio del Sistema de Gestión de Recursos Humanos como parte del Sistema de Planificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un desarrollo intermedio ya que el país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). Con la finalidad de establecer criterios de dotación de recursos humanos adecuada, aplicables con sus respectivas especificidades tanto en la red asistencial, como en las instancias que cumplen funciones de salud pública, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incorpora metas en el ámbito de la planificación de RHS y del establecimiento de estándares de RHS.</li> <li>• En este contexto, se está implementando en forma progresiva la planificación plurianual de RHS, existiendo actualmente procesos específicos dependiendo de si se trata del personal con dependencia de los Servicios de Salud o de APS Municipal o alternativamente, si se trata de proyectos de inversión en infraestructura. La primer modalidad para los servicios de salud es en el marco del proceso de negociación presupuestaria anual, en el que solicitan, las expansiones de dotación de recursos humanos para el periodo correspondiente en base a criterios, tales como, necesidades de personal surgidas en el marco del Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES).</li> <li>• Una vez establecidas las necesidades se desarrolla un proceso de negociación presupuestaria y ajuste a la disponibilidad de expansión financiera. La otra opción, en caso de construcción o normalización de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud-Consultorios y Hospitales, es en base a un dispositivo de estudios pre inversiones que incluye un componente de recursos humanos y contempla una proyección plurianual hasta la puesta en marcha del nuevo recinto, expansión que de igual forma se incluye en el presupuesto anual.</li> <li>• Por su parte, las dotaciones de APS municipalizadas dependen fuertemente de los recursos humanos depende de este aporte, el cual debe optimizar de la misma (Mecanismos del Per Cápita). Por esto, la planificación de sus recursos humanos depende de este aporte, el cual debe optimizar el uso de RHS y por ende la contratación de personal de acuerdo a los recursos financieros disponibles.</li> </ul>
<b>Resultados</b>	<p>Estudios de brechas se aplican:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de Pre inversión Hospitalaria (De acuerdo a cartera de inversiones).</li> <li>• Estudios Anuales de Brecha por Niveles de Atención: Metodologías de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal. Software para estimación Oferta y Distribución de Médicos en el Sector Público de Salud.</li> </ul>
<b>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</b>	<p>Actual gestión del Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS se ha fijado como compromisos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir una Metodología de Estimación de Brechas Adecuadas.</li> <li>• Capacitar a los Referentes Técnicos Locales para uso de la Metodología.</li> </ul>
<b>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con la descripción de Procedimiento de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal.</li> </ul>

## F. LECCIONES APRENDIDAS

## Logros

- Sistema de proyección de oferta y demanda de RHS: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada.
- Respecto de la disponibilidad de sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS, existe un conocimiento sobre la proyección de la oferta de RHS a nivel nacional, actualizable anualmente, a través de los sistemas de información del Ministerio de Educación, faltando articular este conocimiento en un dispositivo integral de planificación que vincule oferta con demanda. Tal como se ha señalado, el país identifica que uno de los aspectos requeridos para avanzar en las proyecciones de demandas, es la necesidad de establecer estándares de RHS, materia en que se ha avanzado en el caso de los establecimientos dependientes de los
  - servicios de salud, definiéndose estándares de RHS para las principales profesiones y estamentos asistenciales y áreas de atención, faltando definiciones para las unidades de emergencia de los hospitales de Alta complejidad (previsto para el año 2014).
  - Un uso específico que se da a los resultados obtenidos en base a la aplicación de los estándares mencionados precedentemente, es la formación de post grado en Especialidades Médicas y Odontológicas financiada por el Estado, la que se prioriza y programa en el mediano plazo en función de una estimación de las necesidades del sector público, en todo el territorio nacional y para los diferentes niveles de atención, sin que hay incorporado, a la fecha, una metodología de proyecciones de necesidades a mediano plazo.
- Estudios de Pre inversión Hospitalaria
- Brecha actual y futura para el Sistema de Gestión de Recursos Humanos (Obtención reclutamiento y selección; carrera sanitaria; incentivos y retribución; capacitación y desarrollo; Políticas de egreso).
- En APS municipalizada, existen estándares nacionales sugeridos para los profesionales nucleares, acordes a la demanda de atención, faltando definición para el restante equipo de salud. En este caso y según lo señalado en el documento "Orientaciones para la Planificación y programación en red año 2014" del Ministerio de Salud, sólo se han establecido estándares nacionales, calculados considerando la situación epidemiológica país, la que no necesariamente representa la realidad de una comuna en particular, razón por la cual, la Ley establece que las entidades administradoras deberán tener su diagnóstico epidemiológico comunal participativo actualizado, en base al que se deben definir los recursos humanos necesarios para ejecutar su plan de salud para la población previamente caracterizada, determinando sus propios estándares sobre la base de las horas disponibles, sus brechas o excesos.
- Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí. Con relación a la disponibilidad, implementación y uso de sistemas de información, también es necesario de creación el sistema de información de RHS de APS-SIRHAPS-con un grado de avance del 60%. Hasta hoy, esta información se recaba anualmente tomando datos desde los municipios y procesándolos en forma centralizada en la División de Atención Primaria del Ministerio. La cobertura es nacional y contiene datos de la totalidad de los equipos de salud que se desempeñan en el país.
- Respecto del 2° y 3° niveles de atención de salud de la red pública de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS), del personal del Ministerio de Salud, FONASA y Central de Abastecimiento, existe el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)

F. LECCIONES APRENDIDAS	
<p><b>Logros</b></p>	<p>que se compone de 9 módulos: 1. Planificación de RHS, 2. Ciclo de vida laboral, 3. Remuneraciones, 4. Capacitación y formación, 5. Salud ocupacional, 6. Control de gestión, 7. Bienestar, 8. Atención al funcionario, 9. Gestión del desempeño. La cobertura de la información es integral, exceptuando 3 establecimientos asistenciales experimentales cuyos datos de RHS se recaban aparte. A nivel nacional, la administración del Sistema recae en la Unidad de Gestión de la Información de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio. Este sistema es descentralizado a nivel nacional y regional, además de construir indicadores periódicos o según demanda. Se pueden establecer series cronológicas con un nivel de comparabilidad aceptable desde el año 2004 en adelante, siendo necesario perfeccionar en forma continua la calidad de la información que se recolecta mediante este sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adicionalmente, Chile dispone de un Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud creado por ley y que se ha ido poblando progresivamente desde el 2009. A dicho Registro se incorporan voluntariamente los profesionales, técnicos y los especialistas certificados independientemente del lugar de desempeño (público, privado o mixto). Si bien la inscripción en el Registro Nacional es voluntaria, la entrada en vigencia de la garantía de calidad del sistema de Garantías en Salud (GES- Ley Auge que aplica en ambos sectores público y privado), exige que para atender los pacientes que tengan una de las 80 patologías, problemas de salud o acciones preventivas incluidas en el Sistema GES, los profesionales y técnicos en salud deben ser inscritos con su título en el Registro Nacional. Posteriormente (a contar de 2016), la entrada en vigencia de la garantía de calidad del sistema GES exigirá que los médicos y odontólogos especialistas estén certificados e inscritos en el Registro para atender las patologías, problemas de salud e intervenciones preventivas perteneciendo al sistema GES. (<a href="http://www.supersalud.cl">www.supersalud.cl</a>).</li> </ul>
<p><b>Limitaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El Mercado laboral de trabajo en salud.</li> <li>• Actualización y dinamicidad de la información global.</li> </ul>
<p><b>Problemas persistentes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estandarizar áreas de apoyo clínico y terapéutico y áreas administrativas.</li> <li>• Desarrollar un Sistema Informático con modelos integrales de proyección de recursos humanos.</li> </ul>

## Colombia

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Colombia
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Colombia.
Momentos principales	Planificación de recursos humanos. Diseño. Método de cálculo de brechas.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Colombia, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>El Sistema de Salud Colombiano respecto a su sistema de planificación, tiene un desarrollo intermedio ya que el país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). Las características de pluralismo institucional y descentralización del Sistema de Salud no hacen posible una planificación centralizada para el desarrollo del Talento Humano en Salud. A pesar del incipiente nivel de la planificación de RHS, se apunta a mejorar en este aspecto debido a la importancia de establecer estrategias macro que articulen el nivel nacional y territorial y apoyen la toma de decisiones, la priorización en la asistencia técnica y en la asignación de recursos.</li> </ul>
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de proyección de oferta y demanda de RHS: Poco o nulo desarrollo, el país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección. Con el propósito de contar con estimaciones de oferta y demanda de RHS y avanzar el desarrollo de políticas y normas, el Ministerio de Salud Pública ha contratado la realización de varios estudios. Sin embargo, estos no han sido actualizados de manera continua. Se espera desarrollar un sistema de proyección de oferta y demanda de RHS, en el marco del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud-RETHUS, armonizado con otros sistemas de información que disponen datos relevantes para el proceso.</li> <li>El desarrollo del RETHUS apunta a unificar y obtener una base de datos que soporte la planeación y proyección de RHS mediante su inscripción en este sistema de información.</li> </ul>

<b>D. CARACTERIZACIÓN</b>	
<b>Diseño</b>	No cuenta con información.
<b>Metodología y herramientas</b>	Sistema de información. Observatorio de THS.
<b>Componentes principales</b>	<p>Disponibilidad:</p> <p>Etapa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disposiciones normativas.</li> <li>• Necesidades de información.</li> <li>• Definición de mínimos: datos e indicadores.</li> <li>• Fuentes.</li> <li>• Identificación de información disponible.</li> <li>• Definición de plataforma de apoyo.</li> </ul> <p>Etapa 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuste normativo.</li> <li>• Socialización MinSalud.</li> <li>• Plataforma tecnológica de soporte para gestión de datos mínimos.</li> <li>• Definición de procesos de administración, seguimiento y evaluación.</li> <li>• Socialización actores.</li> </ul> <p>Etapa 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte y validación datos históricos.</li> <li>• Reporte y Validación datos nuevos (periódico).</li> <li>• Auditoría de seguimiento y evaluación.</li> <li>• Definición de complementarios: datos e indicadores.</li> <li>• Diagnóstico de Información.</li> </ul>
<b>Variables</b>	<p>Datos históricos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí.</li> </ul>

<p><b>E. PROCESO DEL ESTUDIO</b></p> <p><b>¿Cuándo se inició?</b></p>	<p>Resolución 1536 de 2010, el OTHS es una red de Instituciones públicas y privadas; investigadores, expertos y profesionales, dedicados a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el talento humano del sector humano.</p> <p>Salas temáticas: Discusiones y análisis sobre asuntos específicos y generales del Talento Humano en Salud, que se concretan documentos orientados a la difusión de información y conocimiento a través del Observatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gestión de la información ha sido reconocida como un eje fundamental para asumir los desafíos planteados en el país y para atender las necesidades de salud de la población colombiana. Se considera que "Hay un amplio consenso en torno a la importancia de contar con pruebas empíricas sólidas que orienten la formulación de políticas, la toma de decisiones y el seguimiento de los avances en materia de desarrollo de los RPHs y fortalecimiento de los sistemas de salud".</li> <li>• Colombia, carece actualmente de un sistema de información de recursos humanos a nivel nacional. Sin embargo, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Talento Humano en Salud y el Observatorio de Talento Humano en Salud, ha venido trabajando en la identificación de fuentes de información, en la articulación y consolidación de sistemas disímiles que presenta información histórica en la entidad, en la gestión y análisis de los datos disponibles para orientar los lineamientos y directrices emanados para orientar la formación y el ejercicio del THS en el país.</li> <li>• En 2010 buscando satisfacer las necesidades planteadas y cumplir los ordenamientos legales definidos, el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS, fue concebido como "la inscripción del talento humano en salud en el sistema de información definido para tal fin por el Ministerio de Protección Social" (Hoy Ministerio de Salud y Protección Social). La función pública de inscripción está delegada en los colegios profesionales de la salud que, junto con cumplir con los demás requisitos establecidos por el reglamento del sistema, registren la mayor afiliación de la orden y tengan cobertura de carácter nacional.</li> <li>• Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) como sistema de información en Colombia para establecer situaciones y/o medidas de disponibilidad, distribución, ingresos, capacidades, condiciones laborales, entre otros.</li> <li>• Desde los procesos de formación (antes de la entrada), hasta la salida (transitoria o permanente), el país, debe disponer de información relacionada con la oferta del personal que se encuentra autorizada para atender la demanda de servicios de salud que requiere la población en las distintas regiones del país.</li> </ul>
<p><b>Resultados</b></p>	<p>Facilitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Colegios profesionales</li> <li>• Las autoridades en salud</li> <li>• Los Tribunales ético disciplinarios del área de salud.</li> </ul>
<p><b>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</b></p>	<p>Para soportar dicho proceso de inscripción, la Dirección de Talento Humano en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación del Ministerio de Salud Pública, han venido trabajando en el desarrollo e implementación de un aplicativo e apoyo que permita disponer de información sistemáticamente y al mismo tiempo, facilitar el proceso de autorización del ejercicio para el personal sanitario en el País, traducido en un sistema de información de RHUS para la metodología de Brechas.</p>
<p><b>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</b></p>	<p>Para soportar dicho proceso de inscripción, la Dirección de Talento Humano en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación del Ministerio de Salud Pública, han venido trabajando en el desarrollo e implementación de un aplicativo e apoyo que permita disponer de información sistemáticamente y al mismo tiempo, facilitar el proceso de autorización del ejercicio para el personal sanitario en el País, traducido en un sistema de información de RHUS para la metodología de Brechas.</p>

F. LECCIONES APRENDIDAS	
<b>Logros</b>	Observatorio de THS. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.
<b>Limitaciones</b>	Sistema de Salud público con múltiples prestadores privados. Inicio del fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud Pública.
<b>Problemas persistentes</b>	Debilidad de una propuesta metodológica de cálculo de brechas consensuada entre las diferentes prestadoras.

## Ecuador

A. DATOS GENERALES	
<b>Ministerio</b>	Ministerio de Salud de Ecuador
<b>Nombre de la experiencia</b>	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
<b>Localización</b>	País Ecuador.
<b>Momentos principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación actual del Talento Humano.</li> <li>• Capacidad Instalada/ Equipamiento /Producción.</li> <li>• Estándares para el cálculo de talento humano en salud para los establecimientos de salud EESS, de primer, segundo y tercer nivel de atención según tipología.</li> <li>• Metodología en base a estándares de tiempos (Horas requeridas y ratios)</li> <li>• Distribución de personal por grupo ocupacional.</li> <li>• Brechas por talento humano en salud del establecimiento.</li> </ul>

B. ANTECEDENTES	
<b>Donde se ubica el estudio</b>	En el país de Ecuador, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
<b>Quienes tomaron la iniciativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>• Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

C. CONTEXTO	
<b>Sistema de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No reportado</li> </ul>
<b>Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No reportado</li> </ul>

<b>D. CARACTERIZACIÓN</b>	
<b>Diseño</b>	Brecha de profesionales de la salud para las Unidades Operativas del I, II y III nivel del Ministerio de Salud Pública de Ecuador incluyendo hospitales nuevos período 2014-2017.
<b>Metodología y herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodología para la planificación del Talento Humano en Salud en los establecimientos de Salud en los diferentes niveles de atención para la red pública integral en salud.</li> <li>• La metodología de Cálculo de Profesionales de la salud está estructurada con 4 Etapas:</li> <li>• Etapa 1: Define el talento humano actual del establecimiento médico.</li> <li>• Etapa 2: Determina los cálculos para establecer el talento humano óptimo por establecimiento de salud según la tipología y el nivel de atención, para lo cual se han diferenciado al I nivel del II y III nivel.</li> <li>• Para el I nivel se definió estándares según la tipología (Población) y para el II, III nivel y atención pre hospitalario se establece 3 metodologías que varía según el talento humano y son las siguientes:</li> <li>• Metodología en base a estándares de tiempos</li> <li>• Metodología en base a estándares de capacidad instalada/producción.</li> <li>• Metodología en base a estándares de índices de atención</li> <li>• Etapa 3: Considera las dos etapas mencionadas y con los resultados obtenidos, determina las brechas de talento humano en salud del establecimiento médico.</li> <li>• Etapa 4: Establece la elaboración del informe final, con la información relevada y los resultados obtenidos.</li> </ul>
<b>Componentes principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipología.</li> <li>• Cartera de Servicios.</li> </ul>
<b>Variables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estándares.</li> <li>• Tiempos.</li> <li>• Capacidad Instalada.</li> </ul>

<b>E. PROCESO DEL ESTUDIO</b>	
<b>¿Cuándo se inició?</b>	No reportado
<b>Resultados</b>	No reportado
<b>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</b>	No reportado
<b>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</b>	No reportado

F. LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	No reportado
Limitaciones	No reportado
Problemas persistentes	No reportado

## Perú

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Perú.
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Perú
Momentos principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de recursos humanos</li> <li>• Diseño</li> <li>• Método de cálculo de brechas</li> </ul>

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Perú, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>• Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

<b>C. CONTEXTO</b>	
<b>Sistema de Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales.</li> <li>• Seguridad Social del Perú - EsSalud.</li> <li>• Sanidad y Fuerzas Policiales.</li> <li>• Fuerzas Armadas.</li> </ul>
<b>Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforma de Salud - Lineamientos de Reforma del Sector Salud 4.Reformar la política de gestión de recursos humanos.</li> <li>• Política Integral de Compensaciones y Entrega Económica del personal de la Salud al servicio del Estado Peruano - D.L. N° 1153</li> <li>• Está relacionado al desafío 2 señala "Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población" del Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015)</li> <li>• Relacionado con el Lineamientos de Política 2 para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud "Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el socio cultural y epidemiológico, así como la necesidad de salud de la población, particularmente de la más excluida" (Lineamiento de Política 2).</li> <li>• Relacionado con el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, que comprende dentro de su ámbito el subsistema de Planificación de Políticas de RRHH, aprobado por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) de Perú.</li> </ul>

<b>D. CARACTERIZACIÓN</b>	
<b>Diseño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte del Acuerdo Ejecutivo de implementación de la Agenda de prioridades de política de salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales - Aplicación de la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención.</li> <li>• Génesis del equipo técnico de RRHH MINSa</li> <li>• Orientación normativa R.M. N° 526-2011/MINSa que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud</li> <li>• Planificación participativo por grupos de interés y mediante ciclo de talleres</li> <li>• Validación por Juicio de Expertos: funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud</li> <li>• Acompañamiento técnico:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• USAID/Perú/Políticas en Salud</li> <li>• Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Metodología y herramientas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteproyecto de Metodología de Cálculo de Brecha para el primer, segundo y tercer nivel de atención.</li> <li>• Ciclos de Talleres participativos por niveles de atención</li> <li>• Juicio de Expertos de Oficinas nivel central MINSa</li> <li>• Acompañamiento por cooperación externa</li> <li>• Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios.</li> </ul>
<b>Componentes principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad: población, oferta por servicio y grupo ocupacional.</li> <li>• Necesidades: Variable a ser implementada ex post.</li> <li>• Ajuste: Ruralidad se requiere mayor descripción y alcance según con los ámbitos territoriales propios del país.</li> </ul>
<b>Variables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance enfocado al primer, segundo y tercer nivel de atención (demanda - oferta).</li> <li>• Nivel de atención, delimita la dotación de RRHH.</li> </ul>

<b>E. PROCESO DEL ESTUDIO</b>	
<p><b>¿Cuándo se inició?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como función rectora e iniciativa del equipo técnico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos órgano de línea del Ministerio de Salud, tiene como función: “conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud” tal como lo establece Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado mediante Decreto Supremo 023-2005.</li> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA</li> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial 437-2014/MINSA</li> </ul>
<p><b>Resultados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA</li> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial 437-2014/MINSA</li> </ul>
<p><b>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</b></p>	<p>Facilitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Base normativa: El anteproyecto del documento normativo de la Guía Técnica se realizó considerando las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA que aprueba las normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud.</li> <li>• Estimación de las brechas de recursos humanos en salud, para los estudios de pre inversión a nivel de perfil de PIP en establecimientos de salud estratégicos del Ministerio de Salud.</li> <li>• En coordinación con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP)-Oficina de Proyectos de Inversión (OPI) en el marco de la Resolución Directoral N° 010-2012/63.01. Anexo CME 12 Anexo de la Resolución Directoral 008-2012-EF/63.01.</li> <li>• Comisión Intergubernamental de Salud - (CIGS): Incluye en la agenda y prioridad de salud.</li> <li>• Acompañamiento técnico de los Organismos de Cooperación Internacional: USAID/Perú/Políticas en Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú.</li> <li>• Expertos en salud del nivel local, regional y nacional.</li> </ul> <p>Limitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento y logística.</li> </ul>
<p><b>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</b></p>	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal con competencias en el Sistema de Salud.</li> <li>• Liderazgo de la OGRHH - MINSA.</li> <li>• Expertos en salud en los diferentes niveles de atención.</li> <li>• Marco normativo legal.</li> <li>• Política Nacional y mandato de política de reforma en RRRH.</li> </ul>

<b>F.LECCIONES APRENDIDAS</b>	
<b>Logros</b>	<p>Aprobación mediante norma nacional de Guía Metodológicas para los tres niveles de atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA el 03.03.14.</li> <li>• Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial 437-2014/MINSA el 10.06.2014.</li> <li>• Aplicativo informático.</li> </ul>
<b>Limitaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de soporte informático y tecnología a nivel nacional - TIC.</li> <li>• Variabilidad geográfica para los factores de ajuste.</li> <li>• Limitado catálogo de tiempos estándares en especial para las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención.</li> </ul>
<b>Problemas persistentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primer nivel de atención: No se cuenta con un sistema nacional en línea, que sistematice las poblaciones asignadas exclusivamente a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobierno Regionales.</li> <li>• Debilidad en la organización de las redes de servicios de salud, que no posibilita que los establecimientos tengan la claridad sobre su ámbito sanitario respecto a los recursos humanos.</li> <li>• Segundo y tercer nivel de atención: Existe una deficiente sistema de información de la cuantificación de la producción de los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención.</li> </ul>

## Venezuela

<b>A. DATOS GENERALES</b>	
<b>Ministerio</b>	Ministerio de Salud de Venezuela.
<b>Nombre de la experiencia</b>	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
<b>Localización</b>	País Venezuela.
<b>Momentos principales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de recursos humanos</li> <li>• Diseño</li> <li>• Método de cálculo de brechas</li> </ul>

<b>B. ANTECEDENTES</b>	
<b>Donde se ubica el estudio</b>	En el país de Venezuela, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
<b>Quienes tomaron la iniciativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU).</li> <li>• Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada para la Salud (CESTAS).</li> </ul>

<b>C. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO</b>	
<b>Diseño</b>	<p>Por objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la oferta actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad.</li> <li>• Conocer la distribución actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad y por región geográfica.</li> <li>• Describir los mecanismos de determinación de necesidades de recursos humanos en salud utilizados por los sistemas de salud, especialmente a nivel de los servicios públicos de salud, (incluyendo los de la seguridad social, cuando corresponda).</li> <li>• Estimar las necesidades de recursos humanos en salud por profesión y especialidad, en los próximos 10 años, según la estructura actual del sistema de salud y las proyecciones demográficas y epidemiológicas disponibles.</li> <li>• Analizar la reglamentación vigente y describir los flujos migratorios de los profesionales de la salud entre los Estados Parte.</li> </ul>
<b>Metodología y herramientas</b>	No reportado
<b>Componentes principales</b>	No reportado
<b>Variables</b>	No reportado

<b>D. PROCESO DEL ESTUDIO</b>	
<b>¿Cuándo se inició?</b>	No reportado
<b>Resultados</b>	No reportado
<b>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</b>	No reportado
<b>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</b>	No reportado

## 5. EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGÍAS DE CÁLCULO DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHUS) DEL MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ

### I. Introducción:

La presente experiencia del Ministerio de Salud, describe los procesos y metodología de determinación de Brecha de Recursos Humanos debido a los avances y experiencias evidenciables, según el mayor desarrollo de acuerdo a la información obtenida y mediante la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos que impulsa el proceso y metodologías de cálculo de brecha.

La Dirección General es el órgano de línea del Ministerio de Salud, tiene como función: *“conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud”* tal como lo establece Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado mediante Decreto Supremo 023-2005.

En tal sentido, le corresponde desarrollar la propuesta metodológica para determinar la brecha de recurso humanos en salud asistenciales, a fin de generar estrategias de dotación que permitan responder a las necesidades de salud de la población, para lo cual se articularon las iniciativas para la formulación de la : A. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención y B. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención, las que fueron impulsadas por el Gobierno Nacional representado por el Ministerio de Salud, y los Gobiernos Regionales, representados por la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), los Directores Regionales de Salud y los representantes de las instancias nacionales de los Gobiernos Locales en el marco de la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, relacionada:

- A la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud.
- Acceso a servicios especializados.

La Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, tiene como finalidad estandarizar los procedimientos para determinar el déficit de personal de salud asistencial en los tres niveles de atención, el cual promoverá la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales en el primer, segundo y tercer nivel de atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y la Descentralización.

## II. Relacion de la formulación e implementación de metodologías de determinación de brechas de rhus con las políticas del sector salud:

Las Guías metodológicas aprobadas de manera genérica guardan concordancia con el siguiente marco normativo:

Está relacionado al desafío 2: *“Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población”* del Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015).

Relacionado con el Lineamientos de Política 2 para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud: *“Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el socio cultural y epidemiológico, así como la necesidad de salud de la población, particularmente de la más excluida”* (Lineamiento de Política 2).

Relacionado con el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, que comprende dentro de su ámbito el subsistema de Planificación de Políticas de RRHH, aprobado por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR), ente rector de los procesos de Recursos Humanos del Sector Público.

Y de manera específica guardan relación con lo siguiente:

## 2.1 Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención:

Está relacionada con la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, vinculada a la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud.

Así mismo se corresponde con los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, en especial con el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (Lineamiento 2), que implica la aplicación de un nuevo modelo de atención que incorpore la organización territorial para brindar la atención integral, continua y de calidad a individuos y familias, con énfasis en la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más importantes.

## 2.2 Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

Relacionado con los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, en especial al de mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados (Lineamiento 3), donde Ministerio de Salud (MINSa) deberá fortalecer la conducción, seguimiento y evaluación de los hospitales nacionales y regionales, aplicando un programa sostenido de modernización de la gestión hospitalaria.

Así mismo se vincula con la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, relacionada a la Política de acceso a servicios especializados.

## 2.3 Etapas, fases o momentos principales de la experiencia:

### **I. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención**

La aprobación del Documento Normativo de la Guía Técnica se realizó considerando, las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Siendo las siguientes:

#### **Primera Etapa: Elaboración del Ante Proyecto:**

En el marco de la XI Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), realizada el 13 y 14 de diciembre de 2012, y como parte de los Acuerdos Ejecutivos de Implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales, se acordó que los Gobiernos Regionales aplicarán la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención al primer trimestre del 2013, y para ello es necesario la formulación y aprobación de la metodología de cálculo como un primer avance.

#### **Segunda Etapa: Validación con expertos sanitarios**

Para la validación de la metodología con expertos sanitarios, se articuló un trabajo participativo con los funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud tales como la: Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Oficina General de Planificación y Presupuesto (OGPP) - Oficina de Proyectos de Inversión (OPI), Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGRH).

Adicionalmente, en el proceso de formulación como en el de validación del Anteproyecto de Guía Técnica se tuvo el acompañamiento técnico de los siguientes Organismos de Cooperación Internacional:

- a. USAID/Perú/Políticas en Salud.
- b. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú.

### Tercera Etapa: Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios:

Con la finalidad de evaluar la aplicabilidad de la metodología, se llevaron a cabo reuniones/talleres nacionales y regionales, de los cuales se recogieron los aportes y sugerencias de las autoridades de salud y personal asistencial de los Gobiernos Regionales, para su evaluación e incorporación al proyecto de documento normativo.

En las diferentes reuniones y talleres de validación, los participantes expresaron la utilidad y viabilidad en la aplicación de la metodología en los ámbitos de su jurisdicción regional.

### Cuarta Etapa: Aprobación del Documento Normativo:

Con la validación respectiva el documento fue aprobado por las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de Salud involucradas en el proceso de formulación.

Con la aprobación de las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de salud finalmente el Despacho Ministerial, mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA promulgada el 03 de marzo del 2014, aprueba la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.

Proceso de validación y aprobación de la guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos del primer nivel de atención.



### 3. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

La aprobación del Documento Normativo de la Guía Técnica se realizó considerando las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA, que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Siendo las siguientes:

#### **Primera Etapa: Elaboración del Ante Proyecto:**

En el marco de la XI Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), realizada el 13 y 14 de diciembre de 2012, y como parte de los Acuerdos Ejecutivos de Implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales, se acordó en relación a la Política de acceso a servicios especializados, que el Ministerio de Salud culminará la identificación de la brecha de recursos humanos de todas las regiones considerando (Requerimiento de especialidades Básicas: Pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología; y otras especialidades), y para ello es necesario la formulación y aprobación de la metodología Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención.

#### **Segunda Etapa: Validación con expertos sanitarios**

Para la validación de la metodología con expertos sanitarios, se articuló un trabajo participativo con los funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud que están vinculados con los insumos del Anteproyecto de la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención tales como la: Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Oficina General de Planificación y Presupuesto (OGPP) - Oficina de Proyectos de Inversión (OPI), Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH).

### Tercera Etapa: Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios

Con la finalidad de evaluar la aplicabilidad de la metodología, se llevaron a cabo reuniones/talleres nacionales y regionales, de los cuales se recogieron los aportes y sugerencias de las autoridades de salud y personal asistencial de Hospitales de alcance Nacional, Regional y Provinciales, así como Institutos; paralelamente se articuló reuniones de validación con los equipos de formulación de proyectos de inversión hospitalarios. Las sugerencias fueron incorporadas al proyecto de documento normativo.

### Cuarta Etapa: Aprobación del Documento Normativo:

Con la validación respectiva el documento fue validado por las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de Salud involucradas en el proceso de formulación, para su consecuente aprobación por el Despacho Ministerial mediante Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA promulgada el 10 de junio del 2014, que oficializa Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Proceso de validación y aprobación de la guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud del segundo y tercer nivel de atención:



### III. Descripción de la metodología:

#### 3.1 Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención

##### a. Marco conceptual:

El cálculo de la brecha de RHUS tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales que permita atender la demanda efectiva de procedimientos médicos del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), otras actividades asistenciales no consideradas en el PEAS, actividades administrativas y de capacitación para el primer nivel de atención.

La metodología parte de identificar la demanda de necesidades de salud de la población del ámbito de una microrred de servicios de salud y para atender dicha demanda se requiere que el personal de salud realice un conjunto de procedimientos médicos consignados en el PEAS, así como de otros que no están considerados, de lo cual a su vez desprende un número de actividades administrativas que debe desarrollar y adicionalmente de actividades de capacitación como parte de su desarrollo para una mejor entrega del servicio a la población; traduciéndose en tiempos totales (horas) que requieren los Recursos Humanos en Salud (RHUS) para realizar el total actividades (carga de trabajo), lo cual a su vez me permite calcular la necesidad de RHUS.

Adicionalmente, como parte del desarrollo de la metodología considerando que las funciones a desarrollar del RHUS en los establecimientos del primer nivel de atención se ubican en un porcentaje mayoritario en zonas rurales; y, las que a su vez poseen población dispersa, implicando ello que el personal de salud que labora en estos establecimientos de salud deba desplazarse en busca de la población, debiendo sortear barreras de acceso geográfico; es en este marco, que la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (DGGDRH) del Ministerio de Salud, desarrolló el indicador: Índice de dispersión poblacional (a nivel distrital), como una propuesta que permite emplear la dispersión poblacional, como criterio que permita ajustar la necesidad de RHUS, desde una perspectiva integral que involucra componentes demográficos, sociales, económicos, acceso a servicios de salud y geográficos.

Una vez identificada la necesidad de RHUS, se procede a acopiar, organizar y validar la información de disponibilidad RHUS por grupo ocupacional la cual procede del Registro Nacional de Personal de Salud (INFORHUS) y; de la diferencia de la necesidad y disponibilidad de RHUS se obtiene la brecha correspondiente por grupo ocupacional.



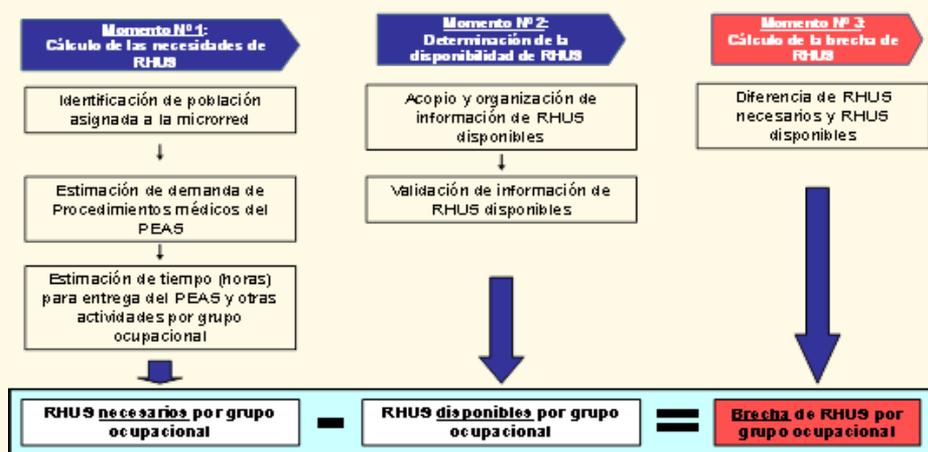
**a.Momentos metodológicos, componentes y variables principales:**

El proceso de cálculo de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención se realiza en tres momentos metodológicos (Ver gráfico):

- Momento 01: Establece los procedimientos para el cálculo de las necesidades de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.
- Momento 02: Establece los procedimientos para el cálculo de la disponibilidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

- Momento 03: Establece los procedimientos para el cálculo de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Gráfico: Marco Metodológico



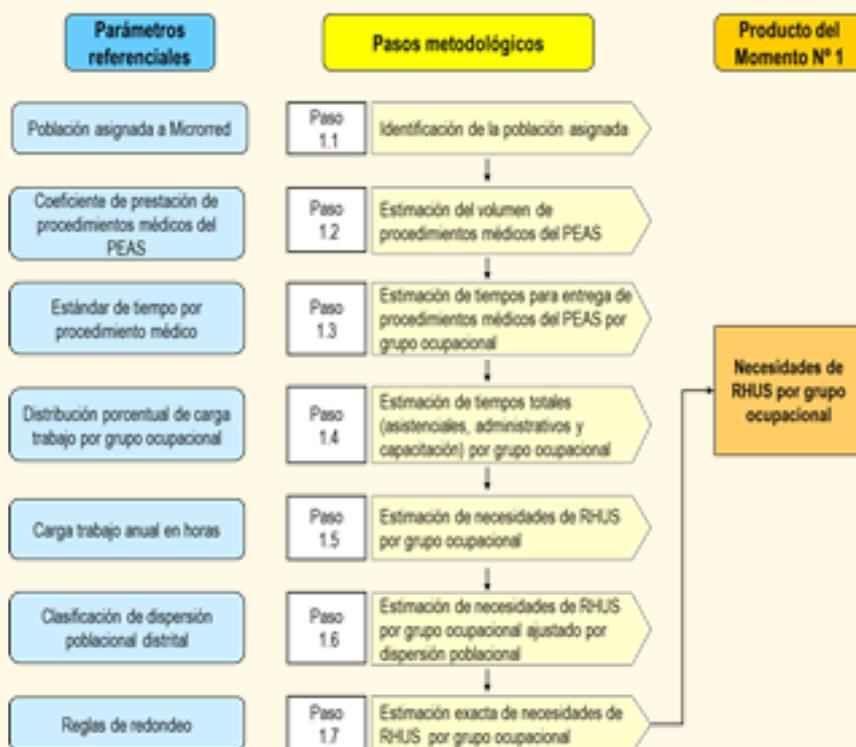
Cada momento tiene a su vez un conjunto de pasos metodológicos, según el siguiente detalle:

Momento 1: Cálculo de la necesidad de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en siete pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 1.1: Identificación de la población asignada al ámbito de la microrred.
- Paso 1.2: Estimación del volumen de procedimientos médicos del PEAS para el primer nivel de atención:
- Paso 1.3: Estimación de tiempos para la entrega de los procedimientos médicos del PEAS para el primer nivel de atención por grupo ocupacional.
- Paso 1.4: Estimación de tiempos totales para actividades asistenciales, administrativas y capacitación por grupo ocupacional.

- Paso 1.5: Estimación de necesidades de RHUS para el primer nivel de atención por grupo ocupacional.
- Paso 1.6: Estimación de necesidades de RHUS por grupo ocupacional ajustado por el índice de productividad de acuerdo a la clasificación de dispersión poblacional de las microrredes.
- Paso 1.7: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional.

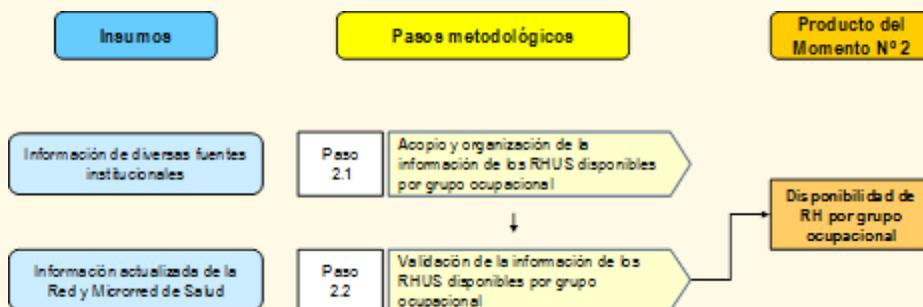
Gráfico: Momento 1 - Cálculo de la Necesidad de RHUS



Momento 2: Determinación de los RHUS disponibles para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 2.1: Acopio y organización de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional.
- Paso 2.2: Validación de la información de los RHUS disponibles para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

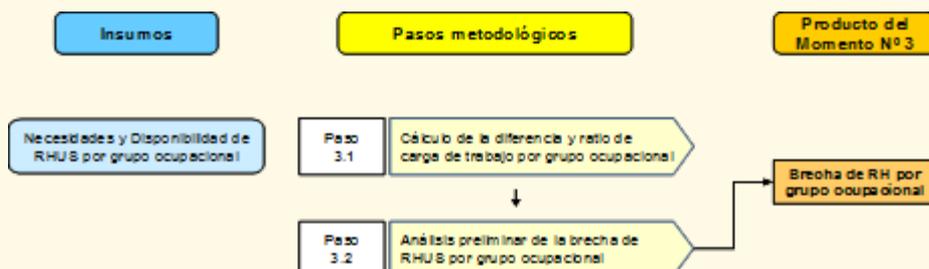
Gráfico: Momento 2 - Determinación de la Disponibilidad de RHUS



Momento 3: Cálculo de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 3.1: Cálculo de la diferencia y ratio de carga de trabajo por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.
- Paso 3.2: Análisis preliminar de la brecha de RHUS por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Gráfico: Momento 3 - Cálculo de la Brecha de RHUS



b. Atributos de la metodología:

- Los momentos metodológicos permiten una participación dinámica y ordenada por procesos, permitiendo su fácil aplicación en los diferentes ámbitos requeridos.

Momentos Metodológicos	Elementos Claves
<b>Momento 01</b> Cálculo de las necesidades de RHUS.	Ámbito: Microrred de Servicios (Criterio Geo-socio-sanitario), teniendo la flexibilidad de adaptarse al requerimiento del gestor. Criterio de Demanda: para responder a una demanda local del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), no PEAS y actividades de gestión del primer nivel de atención. Considera la carga administrativa y sus variantes propias por grupo ocupacional. Permite estimar necesidades de RHUS asistenciales de los diferentes grupos ocupacionales. Incorpora la Dispersión Poblacional, como criterio de ajuste de la oferta de RHUS, basado en criterios demográficos, socioeconómicos, geográficos y de acceso a servicios de salud.
<b>Momento N° 02</b> Cálculo de la disponibilidad de RHUS.	Disponibilidad efectiva de los RHUS por microrred.
<b>Momento N° 03</b> Cálculo de la brecha de RHUS.	Permite estimar la "Presión de Carga de Trabajo" por grupo ocupacional. Permite comparar la distribución de los RHUS por grupo ocupacional y carga de trabajo en el ámbito de selección y por ende su gestión local.

## 5.1. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

### a. Marco conceptual:

El cálculo de la brecha de RHUS tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales. Para la estimación de la necesidad se realiza en dos enfoques: Demanda y Oferta.

#### 1. Enfoque de demanda:

Parte de identificar la demanda efectiva de los servicios de salud, procedente de la población de referencia de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Para la cual se calculara los tiempos totales para la entrega de la cartera servicios de salud por grupo ocupacional en función de los tiempos estándar. En la estimación de necesidades se considerara las actividades no asistenciales y el ajuste por atención en los servicios críticos.

#### 2. Enfoque de Oferta:

Este enfoque, está destinado a estimar las necesidades de RHUS que haga viable el funcionamiento de la oferta de los servicios asistenciales existentes, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Para la cual se calculara el tiempo total para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud según grupo ocupacional. En la estimación de necesidades se considerara las actividades no asistenciales y el ajuste por atención de servicios críticos.

Los escenarios de aplicación de cada enfoque son los siguientes:

- A. El enfoque de demanda será de aplicación por las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión, relacionados al componente brechas de RHUS asistenciales.
- B. El enfoque de oferta será de aplicación para la estimación de brechas de RHUS asistenciales, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención existentes, pertenecientes al Ministerio de Salud,

Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs). Cabe resaltar que inicialmente se propuso aplicar el enfoque de demanda para los referidos establecimientos, pero según el estudio de oferta y demanda de servicios de salud en establecimientos de salud del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales llevado a cabo por la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) en una muestra de más de 48 establecimientos de salud del segundo nivel en el 2013 ; se evidenció que un porcentaje significativo de ellos no dimensionan adecuadamente población de su ámbito de referencia, razón que dificulta aplicar el enfoque de demanda, siendo pertinente que hasta que no delimiten la población de referencia se estime la brecha considerando los RHUS que se requerirían como mínimo para asegurare el funcionamiento de la oferta de servicios de salud.

Una vez identificada la necesidad de RHUS según la aplicación de uno de los enfoques, se procede a acopiar, organizar y validar la información de disponibilidad RHUS por grupo ocupacional y; de la diferencia de la necesidad y disponibilidad de RHUS, se obtiene la brecha correspondiente.

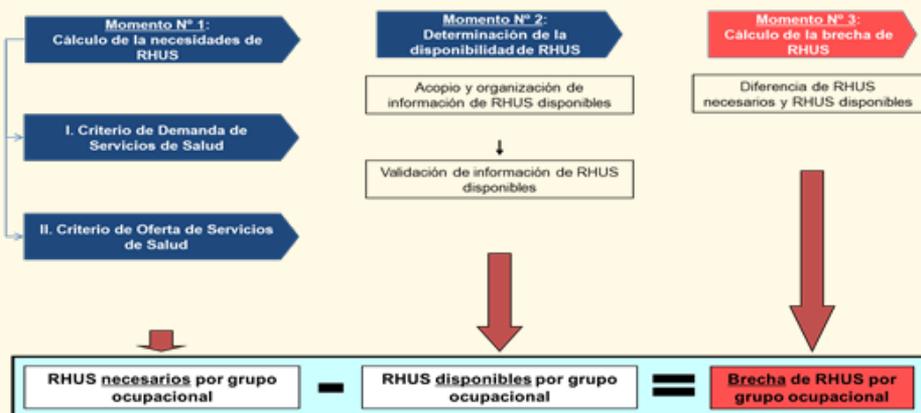
b. Momentos metodológicos, componentes y variables principales:

El proceso de cálculo de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención se realiza en tres momentos metodológicos (Ver gráfico):

- Momento 1: Establece los procedimientos para el cálculo de la necesidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.
- Momento 2: Establece los procedimientos para la determinación de la disponibilidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel atención.

- Momento 03: Establece los procedimientos para el cálculo de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.

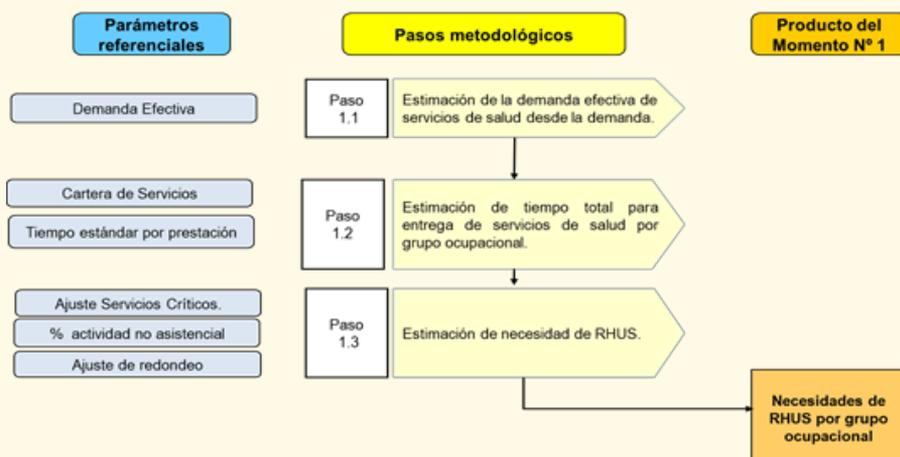
Gráfico: Proceso de cálculo de la brecha de RHUS para el Segundo y Tercer Nivel de Atención



### 6.1 Momento 1: Cálculo de la necesidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

I. Enfoque de demanda: El cual se desarrolla en tres pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 1: Cálculo de la Necesidad de RHUS según enfoque de demanda.



6.1.1 Paso 1.1: Estimación de la demanda efectiva de prestaciones de salud

6.1.2 Paso 1.2: Estimación del tiempo total de prestación según grupo ocupacional

6.1.2.1 Sub-Paso 1.2.1: Estimación de tiempos para la entrega de las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional

6.1.2.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación de tiempos para la entrega de prestaciones de los servicios críticos

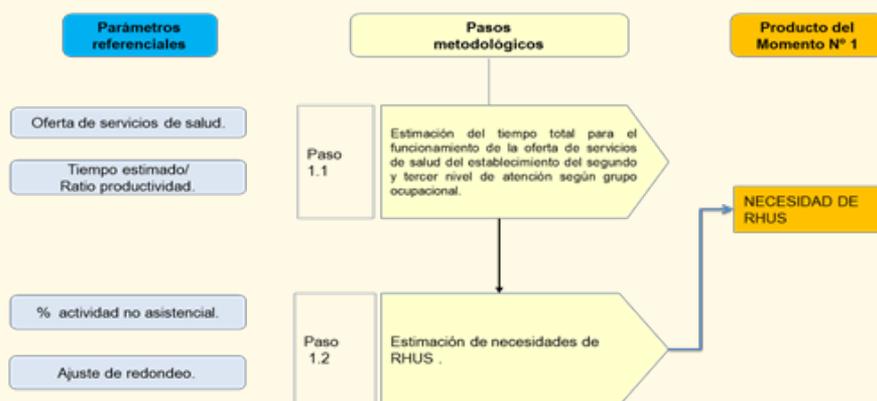
6.1.3 Paso 1.3: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional

6.1.3.1 Sub-Paso 1.3.1: Cálculo de la necesidad de RHUS

6.1.3.2 Sub-Paso 1.3.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional.

II. Enfoque de oferta: El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 1: Cálculo de la Necesidad de RHUS según enfoque de oferta



6.1.4 Paso 1.1: Estimación del tiempo total para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud del establecimiento del segundo y tercer nivel de atención según grupo ocupacional.

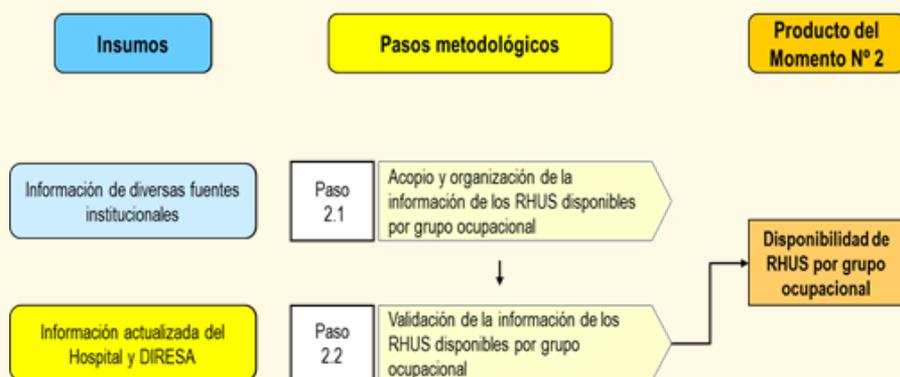
6.1.5 Paso 1.2: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional.

6.1.5.1 Sub-Paso 1.2.1: Cálculo de la necesidad de RHUS.

6.1.5.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional

6.2 Momento 2: Determinación de la disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención : El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 2: Determinación de la Disponibilidad de RHUS.

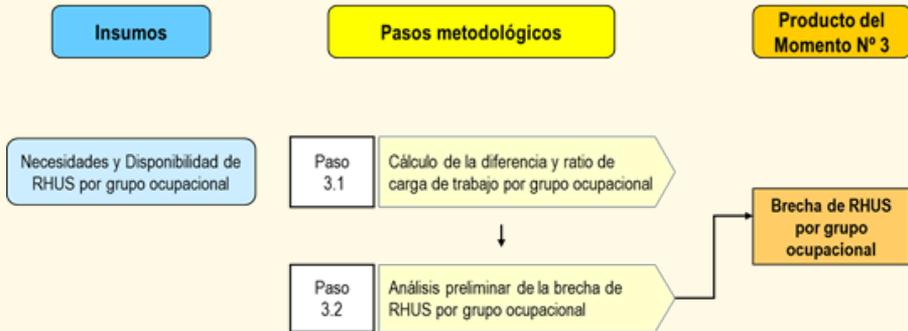


6.2.1 Paso 2.1: Acopio y organización de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional

6.2.2 Paso 2.2: Validación de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional

6.3 Momento 3: Cálculo de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención: El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 3: Cálculo de la Brecha de RHUS.



6.3.1 Paso 3.1: Cálculo de la brecha y ratio de carga de trabajo por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención

6.3.2 Paso 3.2: Análisis preliminar de la brecha de RHUS por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

c. Atributos de la metodología:

Los momentos metodológicos permiten una participación dinámica y al mismo tiempo son didácticos, permitiendo su fácil aplicación en los diferentes ámbitos requeridos.

Momentos Metodológicos	Elementos Claves
<p><b>Momento 1</b> Estimación de las necesidades de RHUS.</p>	<p>Enfoque metodológico:</p> <p>a. Enfoque según demanda: Parte de estimar las necesidades de RHUS para la prestación de la demanda efectiva de servicios de salud, de la población de referencia del Establecimiento de Salud. Es útil para los cálculos de programas de recursos humanos incrementales de los Proyecto de Inversión y en aquellos establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan adecuadamente limitado el ámbito de su población de referencia.</p> <p>b. Enfoque según oferta: Es útil para aquellos establecimientos de salud que no tienen adecuadamente definida su población de referencia y permite estimar las necesidades de recursos humanos que posibiliten el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) existentes.</p> <p>Considera para el ajuste de las necesidades el porcentaje de actividad no asistencial y la prestación de los RHUS en los servicios críticos.</p> <p>Permite estimar necesidades de RHUS asistenciales de los diferentes grupos ocupacionales.</p>
<p><b>Momento 2</b> Determinación de la disponibilidad de RHUS.</p>	<p>Integra la disponibilidad efectiva en tiempo real, de los RHUS por establecimiento de salud procedente del Registro Nacional de Personal de la Salud, gestionada mediante el aplicativo INFORHUS.</p>
<p><b>Momento N° 03</b> Estimación de la brecha de RHUS.</p>	<p>Permite comparar la distribución de los RHUS por grupo ocupacional y carga de trabajo por establecimiento de salud.</p>

### 3.4 Unidades de análisis y responsables de implementación:

I. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención:

La unidad de cálculo y análisis de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención lo constituye la microrred de salud; es decir, las estimaciones y el análisis de las brechas de cada grupo ocupacional tendrán aplicación en el conjunto de establecimientos del primer nivel de atención que

conforman dicha microrred.

La aplicación de la metodología propuesta debe ser realizada por el equipo de gestión de la DISA/DIRESA/GERESA con la participación del Director de la Red de Salud y el Jefe de la Microrred de Salud para la cual se hace la estimación de la brecha de RHUS.

La aplicación de la metodología propuesta debe ser realizada por el equipo de gestión de la DISA/DIRESA/GERESA con la participación del Director de la Red de Salud y el Jefe de la Microrred de Salud para la cual se hace la estimación de la brecha de RHUS.

### 3.2 Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

La unidad de estimación y análisis de la brecha de RHUS lo constituyen los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

La aplicación de la metodología propuesta puede ser realizada por el equipo de gestión del establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención; y, adicionalmente, será de aplicación de las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión del componente brechas de RHUS asistenciales, lo cual se realizará en coordinación con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud o la DIRESA/GERESA según corresponda.

#### IV. INFORMATIZACIÓN DE LA METODOLOGIA:

Se ha desarrollado de herramientas informáticas que faciliten la cálculo de brechas a los operadores sanitarios, y posibiliten obtener resultados sistemáticos a nivel local, regional y nacional tales como:

MÓDULO RHUS I NIVEL V. 01. DGGDRH-MINSA, aplicativo de cálculo de brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención a los representantes de las DIRESAS/GERESAS/DISAS.

Módulo RHUS I Nivel V.01. DGGDRH-MINSA. VERSIÓN WEB

<http://www.inforhys.gob.pe/app/inforhys/brechas/view/brechas.php>

Gobierno del Perú

PERU

Inicio Brechas Gestión de Brechas Reportes Configuración Ayuda

DIRESA  
GERESA  
DISA

DIRESA  
GERESA  
DISA

MODULO RHUS II y III NIVEL V. 01. DGGDRH-MINSA, aplicativo para la estimación de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales para el segundo y tercer nivel de atención.



#### V. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO METODOLÓGICO:

- Las situaciones externas (Oportunidades) que facilitaron la aprobación de las metodologías fueron:
- La decisión política de aprobar una Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016 relacionada a la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud, que alinee los intereses del Gobierno Nacional, Regional y Local.
- Los Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, tanto el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (Lineamiento 2), como Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados (Lineamiento 3).

- Aprobación del Anexo CME 12 Contenidos Mínimos Específicos de Estudios de Pre inversión a Nivel de Perfil de PIP en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud aprobado por Resolución Directoral N° 010-2012/63.01 que integra la metodologías desarrolladas para el cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales para el desarrollo de los componente de recursos incrementales de los estudios de pre inversión.

Las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos fueron:

Respaldo político del Gobierno Nacional (Ministerio de Salud) y Gobiernos Regionales.

- Soporte Técnico por parte de los Organismo de Cooperación Internacional: USAID/Perú/Políticas en Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Equipo Técnico del Área de Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Dirección de Gestión del Trabajo en Salud competente que permitió operacionalizar los modelos teóricos planteados.
- La metodología se integró a prioridades políticas de los del Gobiernos Nacional tales como la gestión de las inversiones, el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, Mejora de la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados.

Así mismo resulta necesario considerar sobre los problemas u obstáculos identificados básicamente relacionados, con la concertación con los gremios profesionales en especial para validar los tiempos estándares.

## VI. LECCIONES APRENDIDAS

- Que la estimación de brechas de recursos humanos es el proceso clave para la gestión del sistema de recursos humanos ya que da origen al mismo.
- Que es un proceso dinámico, multidisciplinario que solo genera valor metodológico y de dotación, cuando participa el equipo de las áreas asistencial, de gestión de servicios de salud, de planeamiento y de recursos humanos.

- Que es factible implementar un sistema nacional automatizado de cálculo de brechas de recursos humanos para los tres niveles de atención.
- Que todo proceso de cálculo de brechas esté alineado a prioridades nacionales prestacionales y de inversión para que no sea considerado como un proceso aislado.
- Resulta prioritario contar con respaldo político tanto del nivel nacional como regional.
- Es requisito contar con un buen equipo técnico que posibilite la operacionalización de las propuestas y tenga adecuadas competencias de concertación con los gremios profesionales

## 6. CONCLUSIONES

### 6.1 Conclusión de la experiencia metodológica según país miembro de la Sub-Región Andina

#### A. MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos, no cuentan con una metodología de aplicación nacional, las estimaciones se realizan de manera aislada en los servicios departamentales de salud, de acuerdo al crecimiento vegetativo y perfil epidemiológico.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo disponen de un software de Registro de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional el cual cuenta con información del subsector público de salud, administrado por el Sistema Nacional de Información en Salud.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Bolivia, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), aunque sí disponen de Lineamientos de Política de Desarrollo de RRHH en Salud, los cuales les daría la plataforma normativa para iniciar su desarrollo lo cual posibilitaría conocer

su valiosa experiencia en la gestión de brechas de RHUS para la medicina tradicional.

## B. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos en el marco de la planificación plurianual de RHUS, se han desarrollado los siguientes métodos de determinación: A. Para los Servicios de Salud, se realiza según criterios necesidades de personal surgidas en el marco del Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) para lo cual toman en cuenta el modelo de gestión, factores epidemiológicos, cartera de servicios, producción proyectada, equipamiento y rendimiento de estándares B. Para la prestación de la APS Municipal parten de identificar la población per cápita según grupos etáreos, asignada a Sistema Público de Salud (FONASA) y por el Instituto Nacional de Estadística (INE), para luego estimar la demanda de atenciones entregadas por grupo etáreo, realizando ajustes de dotación en función de los recursos financieros entregados para el funcionamiento de la misma (Mecanismos del Per Cápita), C. Estudios de Pre inversión Hospitalaria; cuyo componente de recursos humanos se basa en función de la cartera de inversiones, contemplando una proyección plurianual hasta la puesta en marcha del nuevo recinto. Adicionalmente disponen de un software para estimación Oferta y Distribución de Médicos en el Sector Público de Salud.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención cuenta con el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), y en relación a la atención primaria de la salud se encuentran en proceso de desarrollo del sistema de información de RHS de APS-SIRHAPS.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Chile, cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), el cual en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se perfeccionará al establecer criterios de dotación de recursos humanos adecuada, aplicables con sus respectivas especificidades tanto en la red asistencial, como en las instancias que cumplen funciones de salud pública.

## C. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos son utilizada básicamente por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) las cuales se establece según planes de beneficios, perfil epidemiológico, demanda histórica y nuevos roles; mas no se evidencio la existencia de criterios nacionales para determinar necesidades de RHUS.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS, se encuentran en proceso de implementación del Registro Único de Talento Humano en Salud – RETHUS, base de datos que soportaría la planeación y proyección de RHUS, permitiendo disponer de información sistemáticamente y facilitar el proceso de autorización del ejercicio del personal sanitario en el país.

Por lo tanto el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS),

#### D. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos se encuentran en proceso de aprobación de la Metodología para la planificación del Talento Humano en Salud en los establecimientos de Salud en los diferentes niveles de atención para la red pública integral en salud. En la cual para establecer el talento humano óptimo por establecimiento de salud según la tipología y el nivel de atención se estableció utilizar los siguientes criterios:

- Para el I nivel se definió estándares según la tipología poblacional.
- Para el II, III nivel y atención pre hospitalario se establece 3 metodologías en base a: A. Estándares de tiempos B. Estándares de capacidad instalada/ producción y C. Estándares de índices de atención.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo no disponen de un sistema de información nacional de Recursos Humanos en Salud; aunque se realizan reportes de disponibilidad por establecimiento de salud.

Por lo tanto el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, cuenta con un Sistema parcial de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), el cual se completaría con la implementación de un sistema de información de recursos humanos de alcance nacional.

#### E. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ:

Para la estimación de las brechas de recursos humanos en salud (RHUS) el Ministerio de Salud de Perú ha logrado aprobar, y se encuentra en proceso de implementación

de Guías Técnicas para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales de los tres Niveles de Atención.

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos se han identificado los siguientes criterios:

**I. Primer Nivel de Atención:** Estimación según el ámbito territorial de la microrred servicios de salud con programación local de la dotación por establecimiento de salud; responde a la demanda efectiva del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), actividades de salud no PEAS y actividades de gestión y capacitación por grupo ocupacional, considera la carga de trabajo; incorpora el criterio de dispersión poblacional como criterio de ajuste de la dotación y se realiza la estimación para toda la cartera de grupos ocupacionales del Primer Nivel de Atención..

**II. Segundo y Tercer Nivel de Atención:** Considera dos enfoques metodológicos A. Según demanda: El cual parte de estimar las necesidades de RHUS para la prestación de la demanda efectiva de servicios de salud, de la población de referencia del Establecimiento de Salud y la carga de trabajo. Es útil para los cálculos de programas de recursos humanos incrementales de los Proyecto de Inversión y en aquellos establecimientos que tengan adecuadamente limitado el ámbito de su población de referencia; y B. Según oferta: Es útil para aquellos establecimientos que no tienen adecuadamente definida su población de referencia posibilitando estimar las necesidades de recursos humanos que posibiliten el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) existentes.

Así mismo considera para el ajuste de las necesidades de RHUS, el porcentaje de actividad no asistencial y la prestación de los RHUS en los servicios críticos.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS, en este campo se ha implementado el Registro Nacional de Personal de la Salud, el cual se encuentra gestionado mediante una plataforma informática denominada INFORHUS, posibilitando tener información actualizada de la dotación de todos los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Perú, dispone de un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS) para los tres Niveles de Atención, el cual se encuentra en proceso de implementación y sustentado con el correspondiente marco normativo.

## F. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos no cuentan con una metodología de aplicación nacional, dentro de sus prioridades de políticas de gestión de recursos humanos, se encuentra la estimación de las necesidades de recursos humanos en salud por profesión y especialidad, en los próximos 10 años, según la estructura actual del sistema de salud y las proyecciones demográficas, epidemiológicas disponibles.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo no disponen de un sistema de información de recursos humanos razón por la cual se han propuesto conocer la oferta y distribución actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Venezuela, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS).

### 6.2. Conclusión General para la Sub-Región Andina:

En los países integrantes de la Región Andina se identificó variabilidad en el desarrollo e implementación de metodologías de estimación de brechas de Recursos Humanos. Evidenciándose un mayor avance en Chile, Ecuador y Perú. En tanto Bolivia, Colombia y Venezuela cuentan con experiencias, en el componente del sistema de información de recursos humanos.

En la revisión sistemática del presente estudio, se identifica coincidencias metodológicas que nos llevarían a inferir abordajes comunes como Sub Región Andina:

- Para el Primer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías con enfoque de demanda poblacional, que considere el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), la carga de trabajo por grupo ocupacional y permita integrar indicadores de ajuste de dotación en relación a la dispersión.
- Para la Segundo y Tercer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías que consideren el modelo de gestión y organización hospitalaria, la demanda efectiva proyectada según criterios epidemiológicos, capacidad de producción optimizada, cartera de servicios y la carga de trabajo

según grupo ocupacional; los cuales permitirán determinar las necesidades actuales y futuras de RHUS de los establecimientos hospitalarios.

Los países de la Sub Región cuenta registros de información de recursos humanos, identificándose países que han logrado avances importantes en su informatización, tales como Chile, Perú y Colombia; aspecto que podría facilitar el desarrollo tecnológico en los países que han logrado un avance menor sobre la base de compartir la experiencia existente, permitiendo en el mediano plazo integrar las metodologías de cálculo de brechas de recursos humanos dentro de los sistemas informáticos de los Ministerios de Salud.

## 7. LIMITACIONES

Si bien convergen diferentes modelos de atención de salud de los países de la Sub-Región; se recomienda establecer un conjunto mínimo de variables e indicadores comunes para los ejercicios de estimación de brechas de recursos humanos de salud.

Así mismo, dado que las Direcciones y Oficinas Generales de Gestión de Recursos Humanos de los países de la Sub-Región se encuentran en proceso de fortalecimiento, y están incorporándose nuevos equipos de gestión, es conveniente articular la formación de una masa crítica de profesionales que pueda sustentar los avances técnicos para la medición de brechas y estimaciones de cargas de trabajo en profesionales de la salud.

Finalmente existe avances en la implementación de Políticas Nacionales y Sub-Regionales de Recursos Humanos; sin embargo es necesario impulsar e implementar un fortalecido subcomponente subnacional de planificación operativa y programación de recursos humanos; considerando las diferentes experiencias metodologías para la determinación de brechas de recursos humanos; que se complementen e integre en el Sistema de Planificación Nacional y Regional de Recursos Humanos, como parte del Sistema Nacional de Salud de cada país.







## Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso

### CONTENIDO

---

1. Antecedentes
2. Propósito y objetivos
3. Alcance
4. Metodología
5. Revisión sobre incentivos para localizar y retener RHUS en zonas rurales y de difícil acceso
6. Esquemas de incentivos en países de la Subregión Andina
7. Esquemas de incentivos en otros países de la región de las Américas
8. Conclusiones y recomendaciones
9. Bibliografía

## 1. ANTECEDENTES

Los países andinos están desarrollando significativos esfuerzos para transformar sus sistemas de salud en sistemas integrados y basados en APS. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de RHUS, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con el personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de atención.

A pesar de los esfuerzos realizados por los países, se sigue identificando un conjunto de problemas persistentes, que coinciden con los visibilizados a partir de los planteamientos contenidos en el "Llamado a la Acción de Toronto" y, con posterioridad, a la definición de las "Metas Regionales de RHUS 2007 – 2015"<sup>(1)</sup>, entre los que cabe destacar:

- Brecha cualitativa de RHUS, especialmente respecto del conocimiento del modelo de atención y del enfoque de interculturalidad, aspecto que se transforma en una barrera de acceso para parte importante de la población originaria de la región andina.
- Insuficiente disponibilidad de personal de enfermería, quienes al igual que los otros integrantes del equipo de salud, evidencian insuficiente conocimiento respecto del modelo de atención.
- Distribución inequitativa del RHUS, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural, generando problemas críticos de retención en zonas rurales, marginales o aisladas y déficits significativos de RHUS en zonas de mayor vulnerabilidad social.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que estos sistemas debieran tener en un contexto de organización basado en sistemas integrados de servicios de salud.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas (inestabilidad, multiempleo, inseguridad y riesgos laborales), que afectan la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores del sector salud.
- Procesos de descentralización implementados sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generando un

debilitamiento de la gestión de RHS e impactando negativamente la capacidad de rectoría del sistema.

- Procesos de formación y esquemas de incentivos que privilegian visiones centradas en aspectos biomédicos, reforzando las opciones de los profesionales hacia especialidades médico/quirúrgicas, por sobre perfiles generalistas y de salud familiar.

Enfrentar estos desafíos demanda, una serie de esfuerzos de diversos actores del campo de recursos humanos de salud, así como también, requiere mejorar el conocimiento sobre políticas y estrategias utilizadas para enfrentar exitosamente los problemas señalados, siendo uno de los prioritarios, los problemas de atracción y retención de los equipos de salud, especialmente médicos y personal de enfermería, en áreas tradicionalmente desatendidas.

En este contexto los países andinos integrados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU) elaboraron y aprobaron mediante resolución REMSAA XXXIII/474 del 23 de Noviembre de 2012, la política andina de planificación y gestión de recursos humanos en salud y la implementación de su Plan de Acción 2013 – 2017<sup>(2)</sup>, el cual tiene siete objetivos estratégicos a saber:

1. Contribuir a la integración andina y americana en salud.
2. Fortalecer la red andina de vigilancia y respuesta en los ámbitos de frontera y articularla con la gestión de emergencia y desastres.
3. Promover y garantizar el acceso universal a medicamentos.
4. Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de recursos humanos en salud.
5. Determinantes sociales como eje de las políticas públicas y programas de salud en la Subregión Andina.
6. Promover sistemas que garanticen el acceso universal a la salud.
7. Fortalecer el sistema de gestión por resultados del ORAS-CONHU.

Es en el cuarto objetivo entonces que se sitúa la presente consultoría dado que uno de los resultados esperados es promover el desarrollo de la inteligencia colectiva en RHUS, a través de la generación y disseminación de conocimiento en temas críticos de la gestión de los RHUS, especialmente aquellos vinculados con los problemas de disponibilidad de personal sanitario en zonas desatendidas, considerando además la priorización hecha por los países, en el proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA).

Cabe destacar entonces que este esfuerzo colectivo forma parte del Plan Andino de Recursos Humanos 2008-2015, el cual está alineado con las metas regionales suscritas por los países miembros de OPS<sup>(1)</sup>, donde la mayoría de los países de la región implementan los observatorios nacionales de recursos humanos y convergen en espacios de integración como UNASUR que viene implementando en paralelo importantes iniciativas, a partir de la constitución del Grupo Técnico de Desarrollo de RHUS, que dentro de sus mandatos tiene: “promover sistemas de información estratégica para la toma de decisiones sobre desarrollo y gestión de RHUS a partir de los sistemas existentes, con un enfoque subregional y parámetros comunes y comparables”<sup>(3)</sup>.

Para un adecuado abordaje metodológico el presente estudio utilizó como marco teórico, el documento OMS: “Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención: recomendaciones mundiales de política”<sup>(4)</sup>, en el cual los dominios involucrados en la decisión del RHUS de desplazarse y permanecer en zonas remotas y/o rurales se resumen en la siguiente figura:

Figura 1: Factores que influyen en la decisión de desplazarse a zonas remotas o rurales, permanecer en ellas o emigrar.



- Origen y valores personales: existiría una mayor apertura al ejercicio rural en profesionales que provienen de la ruralidad o bien tienen un interés particular derivado de su sistema valórico en especial el altruismo, evocado por la situación de inequidad, en contraposición al origen urbano donde existiría una menor empatía por la realidad rural o remota. En resumen, no se debe olvidar que hay un ámbito del problema que deriva de la historia personal de cada uno de los profesionales, y que va más allá de los sistemas de incentivos.
- Aspectos familiares y comunitarios: sería un factor relevante la presencia de escuelas donde poder educar a los propios hijos en un entorno favorable al crecimiento familiar propio, que depende igualmente del tejido social de esas comunidades, expresado en la presencia de instituciones comunitarias en las cuales poder desarrollar un espíritu comunitario, no solo del profesional, sino que también de su grupo familiar cuyo bienestar dependerá del ámbito descrito.
- Condiciones de vida y trabajo: la presencia de condiciones de infraestructura y recursos e insumos adecuados para un correcto ejercicio de la profesión, acompañados de un clima laboral apropiado, son factores que condicionan la decisión del desempeño en ruralidad, al igual que las características propias de la localidad tales como: disponibilidad de vivienda o desarrollo de espacios públicos.
- Razones profesionales: es particularmente relevante que el profesional no sienta el aislamiento o abandono del sistema sanitario, sino que se mantenga en permanente interacción con niveles de mayor complejidad, accediendo a espacios de formación, perfeccionamiento y supervisión con retroalimentación respecto del trabajo realizado. Igualmente importante es la posibilidad de acceder a mejores posiciones laborales del punto de vista jerárquico.
- Aspectos económicos: sin duda el hecho de desempeñarse en ambientes rurales o remotos requiere incentivos potentes que compensen los mayores costos asociados a vivir y trabajar en esas zonas, tanto para el profesional como para su familia, los que deben ser proporcionales a los grados de dificultad e incluir acceso a prestaciones similares a las que obtendrían en zonas urbanas.
- Contrato o servicio obligatorio: obviamente el hecho de estar obligado al ejercicio en ruralidad pudiera asegurar el desplazamiento hacia estas zonas, pero no necesariamente la permanencia, debiendo entonces sopesar ambos fenómenos y generar incentivos para que una vez que se cumpla el periodo obligatorio, existan los incentivos para seguir desempeñándose en zonas remotas o rurales.

Un esquema de incentivos deberá entonces tomar en consideración el conjunto de factores condicionantes de la decisión de los profesionales por ejercer en la ruralidad, existiendo según revisaremos más adelante, diferencias en el peso que puede tener cada uno de estos dominios del problema, según la presencia de estas mismas variables en las personas involucradas.

Asimismo, respecto de las intervenciones para las cuales existe evidencia y por tanto son recomendadas por OMS, se pondrá especial atención en cuatro conjuntos de medidas: aquellas que abordan la formación del RHUS con foco hacia la ruralidad, ámbitos regulatorios que incentiven el ejercicio profesional en estas zonas, estímulos económicos que compensen las condiciones laborales asociadas a estas localidades, y los sistemas de soporte tanto profesional como personal, existiendo entonces para cada grupo intervenciones específicas que se enumeran a continuación:

Cuadro 1: Intervenciones para mejorar la captación, contratación y permanencia del personal sanitario en las zonas remotas o rurales, según categoría.

<b>A. Formación</b>	A1 Estudiantes procedentes de zonas rurales
	A2 Escuelas de formación en disciplinas sanitarias fuera de las principales ciudades
	A3 Prácticas clínicas rotatorias en zonas rurales durante los estudios
	A4 Programa de estudio que incorpore temas de salud en zonas rurales
	A5 Formación profesional continua de los agentes de salud rurales
<b>B. Regulación</b>	B1 Ampliación del ámbito de ejercicio profesional
	B2 Categorías diferentes de agentes de salud
	B3 Servicio obligatorio
	B4 Formación subsidiada a cambio de la prestación de servicios
<b>C. Incentivos económicos</b>	C1 Incentivos económicos apropiados
<b>D. Apoyo profesional y personal</b>	D1 Mejores condiciones de vida
	D2 Entorno laboral propicio y seguro
	D3 Apoyo periférico
	D4 Programas de promoción profesional
	D5 Redes de profesionales
	D6 Medidas para lograr reconocimiento público

En el ámbito de la formación, las intervenciones incluyen distintas formas de lograr empatía hacia el ejercicio rural, ya sea incentivando el origen rural de los estudiantes, o bien exponiéndolos al mismo, ubicando algunas escuelas de formación fuera de las grandes ciudades o bien, incluyendo contenidos asociados a esta práctica o, realizando periodos de entrenamiento en zonas rurales. Igualmente este tipo de intervenciones abarcan las políticas de formación continua hacia quienes ya están ejerciendo sus profesiones en ruralidad.

Respecto a la regulación, las intervenciones incluyen financiar formación para asegurar el ejercicio rural o simplemente, sistemas de servicio obligatorio, así como también la ampliación del ámbito de acción de ciertas profesiones estableciendo distintas categorías de agentes según las realidades locales.

Finalmente el apoyo profesional implica intervenciones tendientes a asegurar condiciones laborales adecuadas para el ejercicio profesional accediendo a la integración con redes de salud y de profesionales, así como al desarrollo continuo, no olvidando las condiciones de vida del profesional y su familia, poniendo especial atención en el reconocimiento público del trabajo que realizan estos profesionales tanto por parte del sistema sanitario, como de la comunidad en que están insertos.

## 2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

### Objetivo general:

Sistematizar y analizar las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Subregión Andina.

### Objetivos específicos:

- Identificar, en base a revisión bibliográfica, tipos de incentivos aplicados en el sector salud, especialmente aquellos orientados a la localización del personal.
- Identificar y documentar los esquemas de incentivos utilizados por los países de la Subregión Andina en el marco de la implementación de las políticas de RHUS, considerando aspectos tales como:
  - Definición del incentivo.
  - Condiciones previas requeridas para su aplicación.

- Población objetivo.
  - Naturaleza del incentivo (económico y/o no económico).
  - Impacto esperado con su aplicación.
  - Nivel de implementación logrado.
  - Impacto real logrado.
- Identificar y documentar los esquemas de incentivos utilizados por otros países de la Región de las Américas (a lo menos 3), específicamente aquellos orientados a la atracción y retención del personal en zonas desatendidas.

### 3. ALCANCE

Esta consultoría involucra a los países andinos, es decir Perú, Ecuador, Colombia, Chile, Bolivia y Venezuela; en el contexto del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA) que forma parte a su vez, del Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue 2013-2017.

### 4. METODOLOGÍA

La presente consultoría es un estudio de caso, sobre políticas públicas en recursos humanos en salud, y fue desarrollada en función de los objetivos específicos detallados en los términos de referencia (TDR), a través de los siguientes componentes:

- Scoping review: metodología de revisión de literatura(5) que incluye las bases de datos de uso frecuente (Pubmed, Cochrane, Lilacs, etc.) y la literatura gris compuesta por informes de organismos técnicos, contenido de páginas web oficiales de gobiernos de los países andinos y de la Región de las Américas, así como agencias de cooperación internacional relacionadas con los RHUS. Todo esto con el objeto de consolidar información sobre esquemas de incentivos tanto a nivel de la subregión como de la Región de las Américas y en el resto del globo, para luego complementar con información recabada directamente a través de las contrapartes técnicas de los países andinos como informantes clave. En esta revisión se solicitó a las contrapartes técnicas de los países

andinos que enviaran todo aquel documento de política de RHUS atingente al presente estudio, para ser incorporado en la revisión y análisis, recibiendo solo información parcial. No obstante, se analizaron los esquemas de incentivos según los puntos definidos a priori en los TDR:

- Definición del incentivo.
  - Condiciones previas requeridas para su aplicación.
  - Población objetivo.
  - Naturaleza del incentivo (económico y/o no económico).
  - Impacto esperado con su aplicación.
  - Nivel de implementación logrado.
  - Impacto real logrado.
- Las fuentes de información fueron principalmente secundarias a través de la revisión de literatura ya descrita y complementada luego con fuentes primarias, es decir proveniente de la información entregada por contrapartes técnicas de los países andinos. Cabe destacar que por limitaciones del estudio no se pudo contar con la información de dichas contrapartes de los países, a excepción de aportes parciales de Perú y Chile, por tanto se utilizó para el presente informe mayoritariamente las fuentes secundarias.

## 5. REVISIÓN SOBRE INCENTIVOS PARA LOCALIZAR Y RETENER RHUS EN ZONAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Los Recursos Humanos en Salud (RHUS) son claves en la organización de los sistemas de salud y en su desempeño. OMS en el año 2000 declaraba que los RHUS son el recurso más importante a considerar en la provisión de servicios, ya que de su calidad, competencias y motivación, depende el nivel que pueden alcanzar los servicios sanitarios, que un determinado país entrega a su población<sup>(6)</sup>. Es así que, indicadores como la mortalidad materno-infantil mejoran en la medida que los países presentan mayor densidad de RHUS calificado (médicos, enfermeras y matronas), por lo que aumentar su disponibilidad es sin duda, un desafío global toda vez que el 40% de la población vive en países que no alcanzan los 2.28 trabajadores sanitarios por 1.000 habitantes, recomendados por OMS y que se ha visto obtienen en general coberturas mayores al 80% en atención profesional del parto<sup>(7)</sup>.

Tal es la relevancia del problema que OMS en su Reporte Mundial de 2006: “Trabajando juntos por la salud”, alerta sobre la crisis de RHUS que enfrentan los países para asegurar una respuesta adecuada de los sistemas de salud. Asimismo, aclara que no existe consenso sobre cómo enfrentar el desafío, no obstante las fuerzas implicadas serían las necesidades de salud, los sistemas sanitarios y el contexto que cada país tiene en este ámbito, lo que en su conjunto da origen a los principales retos en RHUS: su número, distribución, competencias y condiciones de desempeño<sup>(7)</sup>.

La crisis de los RHUS tiene como uno de sus principales desafíos la distribución de estos recursos donde las zonas rurales y aisladas o remotas significan el principal desafío para las autoridades de un país, dado que involucran una serie de factores económicos y no económicos que pudiesen marcar tendencia en la decisión de migrar desde zonas urbanas, donde habitualmente se ubican las Facultades o Universidades donde se forman estos RHUS y luego se especializan.

La OMS generó recomendaciones al respecto en distintos ámbitos, o dominios del problema, a partir del trabajo de un grupo de expertos<sup>(4)</sup>, a saber:

#### • **Recomendaciones en el ámbito de la formación:**

1. Emplear políticas de admisión de estudiantes procedentes de zonas rurales en los programas de formación de las distintas disciplinas sanitarias, con el fin de aumentar la probabilidad de que los titulados ejerzan en zonas rurales.
2. Situar las escuelas profesionales de salud, los campus universitarios y los programas de residencia en medicina de familia fuera de las capitales y ciudades importantes, ya que es más probable que los titulados en estas escuelas y programas trabajen en zonas rurales.
3. Ofrecer a los estudiantes universitarios de distintas disciplinas sanitarias la oportunidad de adquirir experiencia y realizar prácticas rotatorias en comunidades rurales, lo cual puede ser positivo para atraer personal sanitario a las zonas rurales y lograr su contratación.
4. Modificar los planes de estudio universitarios y de posgrado para incorporar temas de salud relacionados con el entorno rural y mejorar así las aptitudes de los profesionales sanitarios que trabajan en ese ámbito y, por consiguiente, aumentar la satisfacción y la permanencia en el empleo.
5. Diseñar programas de formación continua y desarrollo profesional accesibles desde el lugar de residencia o de trabajo, con el fin de satisfacer las necesidades del personal sanitario rural y favorecer su permanencia.

• **Recomendaciones normativas:**

1. Establecer y regular ámbitos de ejercicio profesional más favorables en las zonas rurales y remotas para aumentar las posibilidades de satisfacción en el empleo y, con ello, favorecer la contratación y la retención.
2. Introducir diferentes categorías de profesionales sanitarios con formación adecuada, así como normativas adaptadas al ejercicio en el ámbito rural, a fin de incrementar el número de trabajadores sanitarios que desempeñan su labor en zonas rurales y remotas.
3. Velar por que los requisitos de los servicios obligatorios en las zonas rurales y remotas contengan medidas de apoyo adecuadas e incentivos para mejorar la contratación y la posterior permanencia de los profesionales sanitarios en dichas zonas.
4. Ofrecer becas, ayudas y otras subvenciones para la educación, con el compromiso posterior de ejercer en zonas rurales o remotas, a fin de aumentar la contratación de personal sanitario en estas áreas.

• **Recomendaciones para los incentivos económicos:**

1. Utilizar una combinación de incentivos económicos sostenibles fiscalmente (por ejemplo, prestaciones por condiciones de vida difíciles, ayudas para la vivienda, transporte gratuito, vacaciones pagadas, etc.) que sean suficientes para compensar los costos de oportunidad asociados al ejercicio en zonas rurales (desde la perspectiva del personal sanitario), para así mejorar la permanencia del personal en esas zonas.

• **Recomendaciones para el apoyo personal y profesional:**

1. Mejorar las condiciones de vida del personal sanitario y de sus familias e invertir en infraestructura y servicios (saneamiento, electricidad, telecomunicaciones, escuelas, etcétera), todos ellos factores que influyen considerablemente en la decisión del trabajador de establecerse y permanecer en las zonas rurales.
2. Proporcionar un entorno de trabajo seguro y de calidad (incluido equipo y suministros adecuados, supervisión y asesoramiento de apoyo) con el fin de lograr que estos puestos de trabajo sean atractivos profesionalmente y, por consiguiente, se incremente la contratación y la permanencia de personal sanitario en las zonas remotas y rurales.

3. Determinar y llevar a cabo las actividades de divulgación pertinentes para facilitar la colaboración entre los profesionales sanitarios procedentes de zonas mejor atendidas y los ubicados en áreas sub-atendidas y, de ser posible, utilizar la telemedicina para ofrecer apoyo adicional al personal sanitario de las zonas remotas y rurales.
4. Crear y apoyar programas de promoción profesional y ofrecer puestos de categoría superior en áreas rurales, de manera que el personal sanitario tenga la oportunidad de ascender en su trayectoria profesional gracias a su experiencia, educación y capacitación, sin necesidad de abandonar esas zonas.
5. Apoyar la creación de redes profesionales, asociaciones de profesionales sanitarios y revistas sanitarias de ámbito rural, entre otros, con el objetivo de mejorar el estado de ánimo y el estatus del personal rural y, con ello, reducir el sentimiento de aislamiento profesional.
6. Adoptar medidas destinadas a lograr el reconocimiento público, tales como la celebración de días de la salud en zonas rurales o la concesión de premios o distinciones a nivel local, nacional e internacional para dar más relieve a la labor desempeñada en las zonas rurales. Estas medidas generan condiciones que mejoran la motivación intrínseca y, por lo tanto, contribuyen a la retención del personal sanitario de zonas rurales.

Otra de las conclusiones de dicho trabajo es que en especial en países de ingresos medios y bajos no existe investigación que otorgue medios probatorios más sólidos, existiendo entonces muchas recomendaciones que se basan más en el contexto que en datos duros.

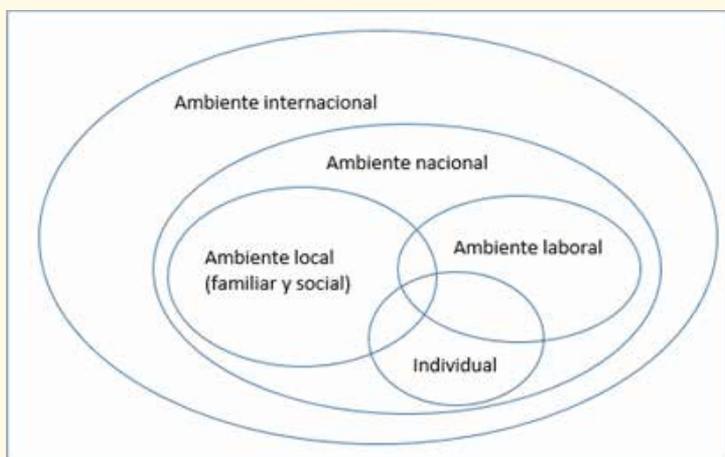
De la revisión de la literatura respecto al tema destaca el hecho de que la evidencia proviene de gran cantidad de estudios cualitativos y algunas revisiones sistemáticas de política pública, donde en general es muy complejo evaluar impacto. No obstante, igualmente surgen algunas otras conclusiones que aportan a estas recomendaciones o agregan algunos otros tópicos a considerar a la hora de referirse a este tipo de esquemas de incentivos.

El ámbito o contexto del problema es amplio y no solo involucra al país en análisis<sup>(8)</sup>, es así como en muchos países existe una parte importante de la fuerza laboral en zonas rurales o remotas que proviene de otro país, por tanto los esquemas de incentivos no pueden dejar de lado el hecho de que su éxito depende de incorporar la realidad migratoria de los RHUS, tanto desde y hacia otros países<sup>(9)</sup>; como dentro del mismo país, entre regiones urbanas y rurales; e incluso dentro de las mismas áreas rurales

que pueden eventualmente competir con sistemas de incentivos diferentes, en el caso de administraciones de RHUS descentralizadas.

Asimismo, existen elementos del ambiente local no bien estudiados que definitivamente influyen en especial en la retención, y que tienen que ver con el rol de la comunidad en su interacción con los profesionales, o el soporte que estos tienen para el desarrollo social y familiar en esos territorios.

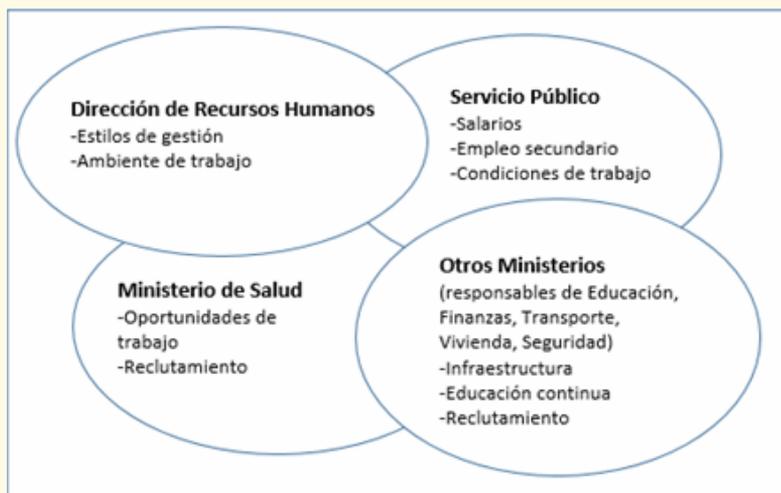
Figura 2: Ambientes o entornos que impactan en atracción y retención (\*)<sup>(8)</sup>



\*<sup>(8)</sup> Traducción libre por autor desde la referencia.

La responsabilidad de generar los sistemas de incentivos en general está recayendo en el sector público en su conjunto, y las decisiones entonces están en manos de distintos actores, que forman parte de los gobiernos, los cuales pueden estar más o menos alineados respecto de la importancia de establecer políticas de reclutamiento y retención del RHUS en estas zonas. No obstante el sector privado también influye y puede provocar sendos desbalances en la distribución del RHUS entre los puestos de trabajo del sector público y el privado, en especial en sistemas de salud mixtos con RHUS empleados tanto en sistema público como privado, donde inevitablemente se genera una competencia por los escasos profesionales disponibles en los países<sup>(10)</sup>.

Figura 3: Actores en la toma de decisiones en políticas de atracción y retención (\*)<sup>(8)</sup>



\*<sup>(8)</sup>Traducción libre por autor desde la referencia.

Ante este escenario es fundamental entonces que los esquemas de incentivos sean relevados como políticas de Estado, para de esa forma lograr que todos estos actores obren en consecuencia y se estructuren paquetes de incentivos en los distintos ámbitos recomendados por OMS, donde la sinergia logre el éxito en la atracción, y luego en la retención de los RHUS.

Como se mencionó el tema migratorio debe ser considerado como un factor relevante, tal como indica el estudio migraciones desde la Subregión Andina hacia la Unión Europea<sup>(9)</sup> que refleja un problema global entre varias regiones del mundo, cuya magnitud es tal que la OMS acordó a partir de la resolución WHA63.16 de 2010<sup>(11)</sup> un código de prácticas de alcance global sobre contratación internacional de personal de salud, siendo uno de sus objetivos principales establecer y promover principios y prácticas de carácter voluntario en relación a la contratación internacional ética de personal de salud, tomando en consideración los derechos, las obligaciones y las expectativas tanto de los países de origen, como de los países de destino, así como también del personal de salud que emigra, con especial foco en la situación asimétrica que enfrentan los países de ingresos medios y bajos, respecto de países con ingresos altos.

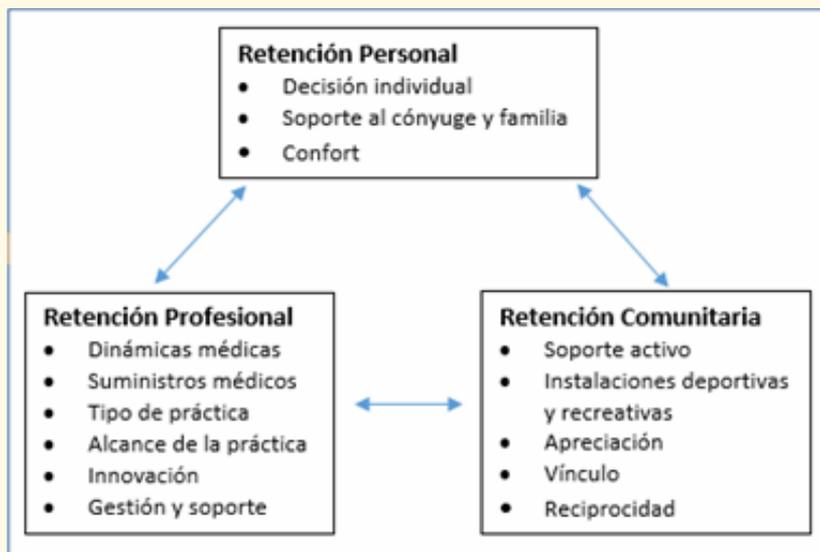
La decisión entonces de migrar desde las zonas urbanas a las rurales, como ya describió la OMS<sup>(4)</sup> es multifactorial e incluye:

- i. Origen y valores personales, existiendo evidencia que el origen rural sería un factor a considerar en especial en los sistemas de ingreso o becas para la formación de profesionales.
- ii. Aspectos familiares y comunitarios, donde el género masculino y la ausencia de hijos pudiera facilitar la decisión, aunque luego al existir familia pudiera condicionar la migración inversa después de unos años, en la medida que esa localidad no ofrezca un nivel mínimo de desarrollo para los hijos de esos profesionales.
- iii. Condiciones de vida y trabajo, especialmente respecto de los elementos con que se cuenta para ejercer la profesión, la posibilidad de hacer equipo con otros profesionales y el contacto con otros establecimientos y universidades, que evite la sensación de aislamiento profesional, así como también la calidad del vínculo contractual, siendo esperable contar con una posición laboral fija de mejores remuneraciones que una plaza de trabajo similar en áreas urbanas.
- iv. Razones profesionales, destacando la posibilidad de que a través del ejercicio en zonas rurales o remotas, se logre escalar en la carrera funcionaria optando por ejemplo a alguna especialización futura subsidiada o becada por el empleador estatal.
- v. Aspectos económicos, estando claramente establecido que es muy difícil atraer y luego retener los RHUS sin un incentivo claro en el ámbito financiero, logrando cambios con al menos un 50% más de salario que en un puesto de trabajo urbano.
- vi. Contrato o servicio obligatorio, que ha logrado otorgar cobertura por periodos muy acotados pero sin mayor impacto en la retención, toda vez que los servicios obligatorios tienen escasa efectividad en prolongar luego esos contratos en forma permanente, ya sea por problemas estructurales (falta de recursos para ofrecer contratos) o por los escasos incentivos para continuar en esas zonas, a menos que existan intervenciones focales para lograr la retención, luego de la obligatoriedad de laborar en ese ambiente.

Y como ya se revisó todos estos factores no dependen exclusivamente de la autoridad en salud, existiendo entonces otros actores que deben involucrarse. Por otra parte existen variaciones entre distintos tipos de profesionales, siendo mucho más marcado por ejemplo en el caso de los Médicos, aquellos que dicen relación

con el ámbito profesional aunque igualmente factores personales y comunitarios tienen su peso específico, siendo muy importante el nexo que logran los Médicos con sus comunidades, en el fenómeno de la retención de ese profesional, en especial respecto del reconocimiento público y por tanto la apreciación y reciprocidad de esa comunidad para con sus profesionales.

Figura 4: Tres dominios en la retención de médicos en comunidades rurales (\*)<sup>(12)</sup>



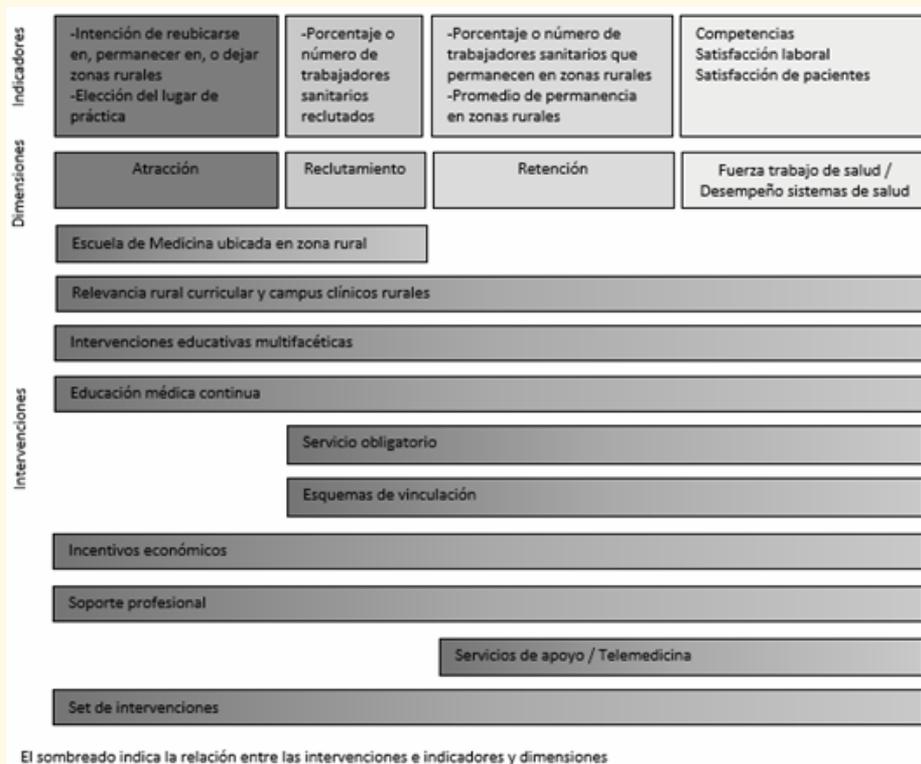
\*<sup>(12)</sup> Traducción libre por autor desde la referencia

La gestión de los establecimientos rurales también es un factor a considerar, toda vez que la escasez de recursos es la máxima común, y muchas veces la administración de estos centros recae en los mismo profesionales aumentando los niveles de responsabilidad y eventualmente de frustración, en la medida que no se puede innovar y mejorar el desempeño de esos centros de salud.

Existe escasa evidencia respecto de las demás profesiones de la salud, por tanto es necesario generar investigación tanto en los tipos de incentivos, como en la forma en que operan según el tipo de trabajador sanitario.

Respecto de los incentivos específicos y que ya habían sido recomendados por OMS, podemos comentar que se ha continuado estudiando su capacidad real de lograr los resultados esperados, en términos de atracción, reclutamiento, y retención de RHUS en el medio rural, así como del desempeño de los sistemas de salud en dichas zonas, pudiendo en la siguiente figura observar el resumen de una revisión realizada por muchos de los integrantes del grupo de expertos que realizó las recomendaciones OMS ya citadas previamente.

Figura N° 5: Mapeo de intervenciones efectivas en retención rural respecto de dimensiones de impacto e indicadores reportados (\*)<sup>(13)</sup>



\*<sup>(13)</sup> Traducción libre por autor desde la referencia

En el ámbito de la retención las principales intervenciones con cierto nivel de evidencia tienen que ver con el soporte profesional, a través por ejemplo de la Telemedicina, la posibilidad de educación continua, el contacto con la formación de otros RHUS, todo ello relacionado a la presencia de campus clínicos o facultades de salud situadas en zonas rurales y obviamente los incentivos económicos. Los servicios obligatorios siguen siendo una intervención a considerar en la medida que se combine con esquemas de incentivos para permanecer en zonas rurales una vez finalizado el periodo de desempeño obligatorio, en especial si ello implica acceso a especialización.

Asimismo en el ámbito de la mejor distribución de los RHUS, es decir en la atracción y reclutamiento hacia zonas rurales o remotas, podemos observar lo siguiente:

Cuadro 2: Estrategias y políticas para reducir brecha urbano-rural y tópicos para futura investigación (\*)<sup>(14)</sup>

Nivel político		Características de la Política	
Gobierno		Determinantes clave del éxito incluyen: tiempo que se mantiene como prioridad nacional en la agenda, compromiso político de largo plazo e integración de esfuerzos entre factores propios del sector y otros sectores como educación y servicio público.	
Escuela de Medicina		Existe un foco claro en materias de salud rural y comunidades desatendidas, en la declaración de sus objetivos institucionales.	
Estrategias para implementar y seguir evaluando - tópicos ordenados de acuerdo a la evidencia disponible			
Necesarias de implementar	Necesarias de implementar y seguir investigando	Necesarias de seguir investigando	
Evidencia fuerte	Evidencia moderada	Evidencia débil o ausente	
Políticas de selección (incluye perfil de selección). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Origen rural (escuela rural primaria o secundaria).</li> <li>- Intención de práctica (práctica rural).</li> <li>- Género (masculino).</li> </ul> Desarrollo de más escuelas de medicina en zonas rurales o bien más campus clínicos rurales satélites.	Exposición rural durante la formación práctica. Becas con convenios de servicio rural. Servicios de apoyo rurales.	Selección según etnia. Desarrollo de modelos de trabajo óptimos. Políticas coercitivas como servicio comunitario o reclutamiento de profesionales extranjero.	

\*<sup>(14)</sup> Traducción libre por autor desde la referencia.

Existe evidencia consistente de que el origen rural de quienes se forman para ser RHUS influye en su probabilidad de trabajar en estos medios, así como la exposición a lo largo de su vida laboral a ese mismo ambiente. También habría indicios potentes de que el género masculino se inclina más por la práctica en zonas rurales y remotas.

Como ya se mencionó en el ámbito de la educación, la presencia de escuelas de medicina en estas zonas, o al menos algunos campus clínicos, influiría igualmente en el desempeño de esos RHUS en este tipo de territorios, siendo incluso las prácticas rurales un factor que influye cuando esas escuelas no están en zonas rurales, pero al menos se somete a los estudiantes a prácticas de ese tipo.

Los programas de incentivos financieros para el desempeño rural son una de las pocas intervenciones con evidencia concluyente, que mejoran la distribución de los recursos humanos en salud. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha son de los EE.UU. y sólo un estudio reporta los resultados de un país en desarrollo.

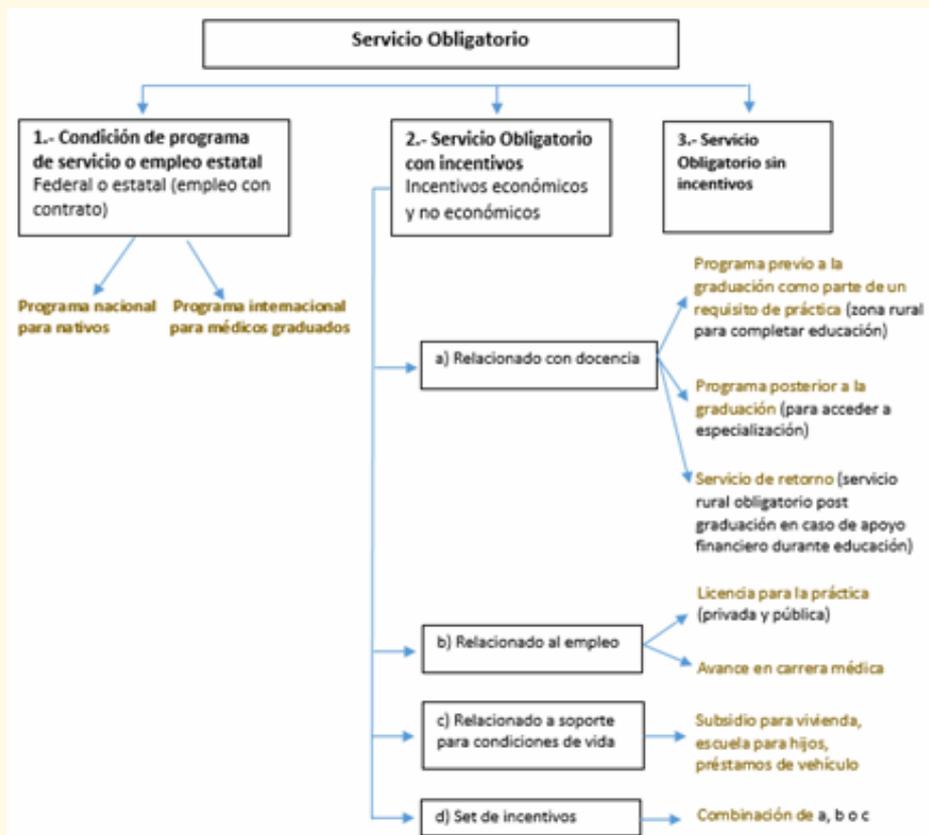
Los estudios existentes muestran que los programas de incentivos financieros colocan un número considerable de trabajadores de la salud en las zonas marginadas y que los participantes en dichos programas son más propensos que los no participantes, a trabajar en zonas rurales en el largo plazo, a pesar de que eran menos propensos a permanecer en su sitio de colocación original.

Como en ninguno de los estudios existentes se puede descartar totalmente que las diferencias observadas entre los participantes y no participantes se deben a los efectos de selección, la evidencia hasta la fecha no permite la inferencia de que los programas han causado aumentos en la oferta de trabajadores de la salud a las zonas marginadas<sup>(15)</sup>.

Con el fin de mejorar el alcance de la evidencia sobre los programas de incentivos financieros, los estudios futuros deben evaluar los programas a partir de un conjunto más diverso de países, en particular aquellos en vías de desarrollo. En estos estudios, los investigadores deben tratar de controlar los sesgos de selección tan rigurosamente como sea posible, a través del uso de modelos de selección en estudios observacionales y ensayos aleatorios, donde los financiadores y responsables políticos estén dispuestos a apoyar este tipo de experimentos controlados.

El desempeño obligatorio en zonas rurales también ha sido motivo de estudio y aunque la evidencia es débil, muchos países tienen sistemas de este tipo, para al menos asegurar cobertura, aunque con alta rotación dada la duración escasa de estos servicios:

Figura 6: Clasificación de tipos de servicio obligatorio (\*)<sup>(16)</sup>



\*<sup>(16)</sup> Traducción libre por autor desde la referencia

Como se puede apreciar existen varios tipos de estrategia: algunas como parte de programas de servicio estatales de aplicación nacional o federal, y otras incluyen servicios obligatorios con o sin incentivos para la permanencia en dichos territorios, a través del vínculo con posiciones estables de trabajo, o posibilidades de educación, o apoyo en las condiciones de vida, o una mezcla de ellas. Afortunadamente la mayoría

de los países tienen servicios obligatorios con algún tipo de incentivo, por lo que finalmente sigue siendo recomendable como estrategia en la medida que se vaya fortaleciendo con medidas que promuevan la permanencia y la retención posterior, dado que son profesionales que han sido expuestos a esta práctica y constituyen entonces un grupo donde se deben enfocar los incentivos ya comentados previamente.

Cuadro 3: Ejemplos de países que tienen programas de servicios obligatorios con incentivos (\*)(16)

País	Puesto	Años de servicio	Deuda	Incentivos para incentivar desplazamiento rural o retención
Australia	Médico	6	No	Becas en pregrado, licencia para la práctica (número de registro para seguro médico)
Bolivia (Estado plurinacional de)	Médico	1	Si	Salario graduado, licencia para práctica
Ecuador	Médico, Dentista, Enfermera	1		Salario graduado, licencia para práctica, preferencia para postgrados, avance en carrera
Etiopía	Médico	2-4	Si	Salario graduado, preferencia para postgrados, grado, libros, computadores, servicio duración variable
Ghana	Médico Enfermera Técnico	1-3 3 3	Si <sup>a</sup>	Preferencia y becas postgrado de especialización Preferencia para postgrados Preferencia para postgrados
India (Meghalaya)	Médico	3	No	Auspicio para pregrado, becas de pregrado, vivienda
India (Orissa)	Médico	1	No	Preferencia para postgrado de especialización
India (Tamil Nadu)	Médico	3	Si <sup>b</sup>	Preferencia para postgrado de especialización, con mejor opción por cada 2 años de servicio en áreas tribales
	Especialista	5	Si <sup>b</sup>	Servicio de retorno por postgrado de especialización
Indonesia	Médico	<1-5		Salario graduado, preferencia para postgrados de especialización, avance en carrera
Kenia	Médico, Enfermera	3		Licencia para práctica, preferencia y becas para postgrados de especialización, avance en carrera, otros según localidad
Lesoto	Médico	1/año entrenamiento	No	Servicio de retorno por entrenamiento fuera del país, salario graduado, vivienda
Malawi	Tutor de Enfermera	2		Beca para pre/postgrado, vivienda, seguro médico
Mozambique	Todos	2		Vivienda, avance en carrera
Mongolia	Médico	2		Grado
Myanmar	Médico, Enfermera	3	No	Salario graduado, licencia para práctica, vivienda, preferencia para postgrado de especialización
Namibia	Médico	2		Salario graduado, preferencia para beca de postgrado
Nepal	Médico			Licencia para práctica
Nigeria	Todos	1	No	Licencia para práctica, preferencia para postgrado de especialización, avance en carrera
Noruega	Mayoría	1,5	No	Licencia para práctica
Pakistán	Médico	1		Preferencia para entrenamiento de postgrado luego de 3 años en zona rural
Peru	Médico	1	Si <sup>c</sup>	Licencia para práctica en sector público, preferencia y beca para postgrado de especialización, avance en carrera
Sudáfrica	Médico, Dentista, Farmacéutico	1	Si	Salario graduado, licencia para práctica en sector privado
Tailandia	Médico	3	Si	Salario graduado, preferencia para postgrado de especialización, vivienda, avance en carrera
Turquía	Médico	2-4		Salario graduado, servicio de duración variable
Vietnam	Médico	5		Grado
Zambia	Médico	3		Salario graduado, vivienda, educación para hijos, préstamos, preferencia y becas para postgrado de especialización
Zimbabwe	Médico	3		Licencia para práctica, preferencia para postgrado de especialización

<sup>a</sup> Sistema de retención de pago con cheque en Ghana, para personal que no cumple sería equivalente a deuda en que el trabajador de salud no acepta salario

<sup>b</sup> Multa forzada de 1 millón de rupias (aproximadamente USD 21.000) que solo es asequible para algunos

<sup>c</sup> Trabajadores de salud pueden optar a mantener toda su carrera fuera del sector público peruano, por ejemplo emigrando después de la graduación

\* (16) Traducción libre por autor desde la referencia.

Uno de los apoyos profesionales relevantes para las condiciones de trabajo, ha sido la implementación de la Telemedicina, que cada vez más países adoptan para el desempeño rural y remoto, que permite contactar estos centros de salud con aquellos ubicados en las zonas urbanas más especializadas, con impacto positivo en varios ámbitos que se pueden observar en el siguiente cuadro:

Cuadro 4: Priorización de factores en que la Telemedicina parece tener impacto (\*)<sup>(17)</sup>

Tipo de impacto
<p><b>Significativamente negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento en la complejidad de los casos, al evitar traslados de pacientes</li> </ul> <p><b>Negativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reemplazo de viajes a eventos de educación médica continua</li> </ul> <p><b>Significativamente positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Provisión de segunda opinión en caso de dudas</li> <li>- Dar a especialistas rurales y remotos la oportunidad de transmitir mayor información a sus colegas en la discusión de casos complejos</li> <li>- Disminuir la sensación de aislamiento</li> <li>- Soporte para las decisiones clínicas</li> <li>- Extender disponibilidad de mayor variedad de servicios a regiones remotas</li> <li>- Ofrecer un servicio complementario, dejando más aliviados a los especialistas rurales y remotos</li> <li>- Mantenimiento de las redes profesionales naturales entre médicos</li> <li>- Incremento de la sensación de seguridad</li> <li>- Reforzar la confianza entre médico y paciente</li> </ul> <p><b>Positivo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incremento del soporte a los colegas</li> <li>- Creación de un ambiente laboral estimulante</li> <li>- Facilidades para el contacto entre pares</li> <li>- Incremento en la complejidad de los casos, al evitar traslados de pacientes</li> <li>- Permite actualización del conocimiento</li> <li>- Mejora la continuidad del cuidado con la presencia del médico tratante durante la consulta del paciente con el especialista</li> <li>- Permite el contacto con centros universitarios</li> </ul>
<p>* Asumiendo que un consenso superior al 75% da cuenta de un impacto significativo</p>

\*<sup>(17)</sup>Traducción libre por autor desde la referencia.

Como se puede apreciar la estrategia de telemedicina ha contribuido a que los profesionales no se sientan aislados profesionalmente, y mejoren su capacidad resolutive y sus competencias a través de la discusión y contacto con otros colegas especialistas, estableciendo redes profesionales e incrementando su propia seguridad en lo que hacen, lo que impacta en la relación con sus pacientes y comunidades. En menor medida contribuye también a mantenerlos actualizados y en contacto con los centros universitarios, lo que redundo en un ambiente laboral más estimulante.

## 6. ESQUEMAS DE INCENTIVOS EN PAÍSES DE LA SUBREGIÓN ANDINA

A continuación revisaremos los esquemas utilizados por los países de la subregión, utilizando nuevamente el esquema y recomendaciones propuesto por la OMS, respecto del tipo de intervenciones. Cabe destacar que la información proviene de una revisión del Consultor tanto en literatura biomédica como en las páginas web oficiales de los países involucrados, no pudiendo en el desarrollo del presente Informe contar con información de los países de la Subregión.

### Perú

Perú es uno de los países que más ha avanzado en los últimos años en cuanto a RHUS se refiere; primero estableciendo una Dirección de RHUS estructurada y con capacidad instalada para planificar su personal sanitario a mediano y largo plazo, que es una de las primeras recomendaciones que hiciera la OMS; y es en ese contexto que desde años cuenta con el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud), que es un sistema de desempeño obligatorio de un año en zonas rurales o marginales para quienes deseen acceder a cargos públicos permanentes o formación financiada por el Estado. Involucra a profesionales de la salud tales como: médicos, odontólogos, enfermeras, matronas, químico - farmacéuticos, nutricionistas, tecnólogos médicos, asistentes sociales, biólogos, psicólogos, médicos veterinarios e ingenieros sanitarios;<sup>(18,19)</sup> y ha ido evolucionando paulatinamente desde unas pocas plazas remuneradas, que se sorteaban entre las categorías de establecimientos definidas por altura geográfica, presencia de caminos y distancia a centros de mayor desarrollo, las cuales además recibían bonificaciones según esos mismos criterios; hasta la situación actual donde las plazas son numerosas y dan cuenta del 89% de los distritos más vulnerables<sup>(20)</sup>, siendo entonces ahora un concurso por mérito asignando plazas con criterio de pobreza en los territorios beneficiados, manteniendo la bonificación descrita y aumentándola en especial para optar a programas de residencia. Se trata entonces de una intervención que combina el ámbito normativo con los incentivos económicos y el apoyo profesional y personal, toda vez que se incluye un seguro de salud general y ocupacional de cargo del empleador, el que paulatinamente ha ido mejorando al igual que su cobertura<sup>(21)</sup>.

Recientemente el Ministerio de Salud ha iniciado además el Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud (PROSALUD) que busca garantizar la disponibilidad de trabajadores de salud en las zonas más pobres e inaccesibles, mejorar sus condiciones de trabajo y fortalecer sus capacidades. Los incentivos del programa incluyen: pagos diferenciados

por quintil de pobreza y accesibilidad geográfica; puntaje adicional en los concursos públicos para plazas y becas; una estrategia de formación permanente y un programa de residencia en salud familiar y comunitaria<sup>(22)</sup>. Cabe destacar que los incentivos económicos involucrados han sido formalizados por la vía legal, existiendo entonces claridad en la magnitud del incentivo, así como también en cuáles son los requisitos que se deben cumplir para obtenerlo y cuáles son los establecimientos a los que les corresponde percibir estas asignaciones en función de los criterios de asignación; todos ellos definidos a través de decretos y resoluciones, que se detallan a continuación:

Decreto Legislativo 1153/2013: que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Incluye una compensación por zona alejada o de frontera, zona de emergencia, y atención primaria de salud para todos los profesionales de la salud; define claramente cuáles son los tipos de compensaciones y cuando corresponde percibir las y su ámbito de aplicación incluye a todos los Ministerios y organismos públicos que tienen vínculos contractuales con personal de salud. Reconoce además que existen compensaciones no económicas, aunque no las especifica claramente pero define que son aquellas que se utilizan para motivar o reconocer el desempeño de los profesionales en el ejercicio de su trabajo<sup>(23)</sup>.

Decreto Supremo 15/2014: que define criterios técnicos para calificar un establecimiento como zona alejada o de frontera. Además define cuáles serán los poblados rurales en función del porcentaje de su población dedicada a actividades primarias (mayor a 25%), más del 50% de sus viviendas sin acceso al menos a tres de los cuatro servicios básicos (electricidad, agua potable, alcantarillado, y telefonía), y distante al menos dos horas de un centro poblado no rural o una ciudad. Las zonas alejadas entonces serán aquellas a más de 6 horas de estos poblados rurales o que su ubiquen sobre los 3.800 msnm.<sup>(24)</sup>

Decreto Supremo 226/2014 y Resolución Ministerial 544/2014: que definen respectivamente los montos de las compensaciones por zona alejada o de frontera para los distintos profesionales de la salud; y cuáles son los establecimientos cuyos profesionales serán beneficiados<sup>(25)</sup>.

PROSALUD es una política en plena implementación que destaca como un sistema de incentivos que abarca los cuatro ámbitos, en especial aquel que como hemos revisado, da cuenta del principal factor para retener los RHUS en zonas rurales y aisladas, es decir el financiero, con reglas claras y sustentadas en regulaciones explícitas de nivel nacional. Para el futuro entonces el desafío es evaluar como la combinación de los SERUMS con PROSALUD dan cuenta de la cobertura universal y el desafío de implementar un modelo basado en APS, con enfoque familiar.

Se pudo observar además evidencia local en la literatura de que por medio de un estudio cuantitativo del tipo *“discrete choice experiment”*, se evaluó en una muestra de 200 enfermeras y matronas que trabajaban contratadas recientemente en establecimientos urbanos (100 profesionales) y rurales (100 profesionales), seleccionados al azar, respecto de los distintos factores que habían condicionado la elección de un puesto de trabajo rural por sobre un urbano. Se pudo demostrar entonces que la opción por un trabajo rural efectivamente aumenta en función de mejores salarios y la posibilidad de acceder a becas para especialización, de hecho la probabilidad sube de 36% a 60% si la opción por una plaza rural incluye un 75% más de salario acompañado de una beca para cursar una especialización<sup>(26)</sup>. Misma situación ocurre en el caso de los médicos donde en un estudio con la misma metodología se exploró los mismos factores para 102 médicos, donde la probabilidad de tomar un puesto rural, sube de un 21% a un 77% si dicha opción incluye un incremento de 75% en salario y se acompaña igualmente de una beca para una residencia y un contrato permanente en no más de dos años<sup>(27)</sup>. Esto reafirma la necesidad de políticas que incluyan incentivos de diversos ámbitos tal como lo ha estado haciendo Perú, lo que se traduce en mejoras en la cobertura de zonas rurales y remotas en los últimos años.

Esta evidencia es valiosa ya que sustenta el camino que ha tomado Perú respecto de incentivos económicos estandarizados para todos los profesionales de la salud independiente de cuál es el ministerio del gobierno que sea el empleador, y que significan en la práctica alrededor de un 75% de mejor salario en puestos rurales respecto de los urbanos.

Finalmente en el ámbito de la formación, destacan ciertas iniciativas como programas de internado rural, donde en los últimos años de las carreras en Universidades de Cusco y Lima, se expone a médicos, enfermeras y odontólogos, a prácticas en ámbitos rurales, que buscan reforzar los conocimientos y realizar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud<sup>(28)</sup>; intervención que también presenta evidencia positiva para mejorar la probabilidad de desempeño posterior en este tipo de zonas, una vez graduados.

Cuadro 5: Resumen Incentivos Perú

	SERUMS	PROSALUD
<b>Definición del incentivo</b>	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público.	Sistema de gestión de RHUS para el aseguramiento universal en salud.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Profesionales recién titulados en universidades peruanas.	Profesionales previamente vinculados al sector público con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque familiar.
<b>Población objetivo</b>	Todas las profesiones de la salud.	Todas las profesiones de la salud, en especial equipos básicos (médico, enfermera y matrona).
<b>Naturaleza del incentivo</b>	Económico y no económico.	Económico y no económico
<b>Impacto esperado</b>	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso.	Cobertura universal en salud a todo el territorio peruano con enfoque de riesgo y vulnerabilidad.
<b>Nivel implementación logrado</b>	Implementación total pero aún en proceso de expansión.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.
<b>Impacto real logrado</b>	Presencia del programa en 89% de zonas vulnerables.	Se desconocen datos oficiales.

## Bolivia

Bolivia es un país donde se está desarrollando una reforma alineada con el mandato de la OMS de asegurar Cobertura Universal en Salud (CUS), y es así como en su Plan Estratégico 2006-2010 definió el establecimiento de un sistema único, intercultural y comunitario de salud que es la universalización del acceso haciendo uso del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural, lo que resulta fundamental si se considera que un 62% de población declara pertenecer a un pueblo originario, incluidos los RHUS y por tanto, con la necesidad de que convivan múltiples concepciones del proceso salud-enfermedad con sus respectivos sistemas médicos, que deben ser tomados seriamente en consideración a fin de construir un verdadero modelo de atención intercultural.

Es así como se ha definido un Programa de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA) que tiene como objetivo ampliar la cobertura en zonas rurales. Este programa en particular funciona con base en Brigadas Móviles de Salud (BRISAS) que

trabajan de manera coordinada con los agentes comunitarios de salud. De acuerdo con el Banco Mundial (BM), este programa llegó en 2006 a alrededor de 400.000 personas, en su mayoría indígenas, en cerca de 3.000 comunidades<sup>(29)</sup>.

En la misma línea existe como sistema de incentivo un Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (SSSRO) que forma parte del internado rotatorio de las carreras de medicina, odontología y enfermería de todas las facultades de ciencias de salud de universidades públicas y privadas del país con duración de tres meses, siendo ad-honorem y recayendo la supervisión y seguimiento del proceso de implementación de esta modalidad en una comisión conjunta, constituida por la Universidad Boliviana, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud y Previsión Social <sup>(30)</sup>.

Finalmente a contar del año 2008, Bolivia en concordancia con su declaración de estado plurinacional, crea el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)<sup>(31)</sup>, cuyo objetivo es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia, comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. En la práctica a través de esta política se ha establecido un convenio de capacitación continua hacia profesionales de salud y puestos de trabajo para residencias médicas en medicina familiar, en el contexto de un convenio docente asistencial de alcance nacional entre el Estado y la Universidad Boliviana.

Cuadro 6: Resumen Incentivos Bolivia

	SSSRO	EXTENSA	SAFCI
<b>Definición del incentivo</b>	Servicio obligatorio no remunerado sin incentivos para retención en sector público, realizado antes de egresar los estudiantes de salud.	Programa para extender cobertura a zonas rurales como parte del aseguramiento universal en salud.	Programa de residencias médicas y capacitación de profesionales en medicina familiar.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Estudiantes justo antes de titularse en universidades bolivianas.	Profesionales con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.	Profesionales con interés en desempeño en modelo de atención integral con enfoque intercultural.
<b>Población objetivo</b>	Médicos, odontólogos y enfermeras.	Todas las profesiones de la salud, en especial equipos básicos (médico, enfermera y matrona).	Médicos, enfermeras y nutricionistas.
<b>Naturaleza del incentivo</b>	No económico.	Económico y no económico	Económico y no económico
<b>Impacto esperado</b>	Exponer a futuros profesionales a la práctica rural.	Cobertura universal en salud a todo el territorio boliviano con enfoque de riesgo y vulnerabilidad.	Mejorar cobertura del modelo SAFCI.
<b>Nivel implementación logrado</b>	Implementación total pero aún en proceso de expansión.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.	En proceso de implementación, sin evaluación de impacto disponible.
<b>Impacto real logrado</b>	Sin datos.	Se desconocen datos oficiales	Se desconocen datos oficiales.

## Colombia

Colombia al igual que otros países de la Subregión se ha involucrado en los últimos años en una reforma, cuyo fin es mejorar la cobertura sanitaria implementando un sistema de aseguramiento universal, el que a través de seguros públicos y privados tiene la obligación de otorgar un plan básico de prestación de servicios en zonas tanto urbanas como rurales, con una mejoría en el acceso a profesionales, y por ende, a las prestaciones de salud; significando un incentivo del punto de vista de empleabilidad al encontrarse los seguros obligados a suscribir convenios con prestadores en zonas rurales y aisladas para dar cumplimiento al plan de salud garantizado universal, el que sin embargo, es otorgado en dichas zonas principalmente por prestadores públicos. A

pesar de ello una reciente evaluación indica que las zonas rurales y el quintil más pobre de la población, serían los mayormente beneficiados con el aumento de cobertura del seguro<sup>(32)</sup>.

Existe además el Servicio Social Obligatorio (SSO), que es un programa orientado a la contribución que hacen los profesionales de la salud, una vez que han obtenido el título profesional, como retribución a la sociedad por su formación superior, mediante el desempeño, entre seis meses y un año, de funciones y actividades específicas en proyectos, programas y acciones de salud en localidades con plazas habilitadas para tal fin, y que respondan a las necesidades en salud de la población. Es un requisito indispensable y previo para obtener la refrendación del título profesional sin el cual el profesional, o el egresado del programa de salud, no puede establecer vínculo laboral o contractual con ningún organismo del Estado para ejercer la profesión de Medicina, Enfermería, Odontología, Microbiología, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Nutrición y Dietética. Constituye además un requisito para acceder al programa de becas crédito del Ministerio de la Protección Social<sup>(33)</sup>.

Claramente es una intervención valiosa ya que si se logra además de este ámbito normativo, ampliar hacia la formación y los incentivos financieros para mantener RHUS en zonas rurales o aisladas, debiese consolidarse la mejora descrita, considerando que aún no existe una política específica en este sentido, lo que responde por una parte a la falta de definiciones nacionales, y por otro lado, a la complejidad de los distintos vínculos de los RHUS con la mixtura público privada existente tanto en la prestación de servicios, como en el aseguramiento.

Cuadro 7: Resumen Incentivos Colombia

	SSO
<b>Definición del incentivo</b>	Servicio obligatorio remunerado en sector público y posterior acceso a programa de residencia en el caso de los Médicos.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Profesionales recién titulados en universidades colombianas.
<b>Población objetivo</b>	Todas las profesiones de la salud.
<b>Naturaleza del incentivo</b>	Económico y no económico.
<b>Impacto esperado</b>	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y exponer a profesionales jóvenes a la práctica rural.
<b>Nivel implementación logrado</b>	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
<b>Impacto real logrado</b>	Sin datos.

## Ecuador

Ecuador es un país que ha sufrido gravemente el fenómeno de migraciones hacia otros países de la región, y principalmente a Europa<sup>(9)</sup>, encontrándose desde hace unos años en un proceso de Reforma para potenciar los RHUS y lograr que los profesionales titulados, en especial los médicos, se queden en su país. En este ámbito existe un Servicio de Salud Rural (SSR) regulado a través del Decreto Ejecutivo 1516/2010, que define un año de desempeño obligatorio previo a la inscripción de títulos y ejercicio profesional para las carreras de Medicina, Odontología, Obstetricia y Enfermería. El programa incluye derecho a los estipendios corregidos por ruralidad y marginalidad; y derecho a capacitación, así como también vivienda o asignación para su pago<sup>(34)</sup>. Al término del año de servicio tienen prioridad para adjudicarse una plaza en sistema de contrataciones para déficit en salud rural, cuyos cupos están en plena expansión.

Es una intervención que involucra un set de incentivos tanto normativos, como de formación y apoyo profesional; así como definiciones explícitas de incentivos financieros que se enmarcan en un fortalecimiento de la gestión del RHUS a nivel de Ministerio de Salud, y que busca retener especialmente en las zonas desatendidas, habiendo declarado como prioritaria la descentralización en las coberturas y desarrollo del sistema sanitario.

Cuadro 8: Resumen Incentivos Ecuador

	SSR
<b>Definición del incentivo</b>	Servicio obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público, así como para habilitación de títulos.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Profesionales recién titulados en universidades ecuatorianas.
<b>Población objetivo</b>	Médicos, odontólogos, matronas y enfermeras.
<b>Naturaleza del incentivo</b>	Económico y no económico.
<b>Impacto esperado</b>	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y exponer a profesionales jóvenes a la práctica rural.
<b>Nivel implementación logrado</b>	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
<b>Impacto real logrado</b>	Sin datos.

## Chile

Chile cuenta con intervenciones de larga data en este ámbito, principalmente en los profesionales médicos a través de su programa de Médicos Generales de Zona (MGZ), que se constituye como un set de incentivos financieros y no financieros que permite dar cobertura a zonas rurales y remotas<sup>(35)</sup>, así como también en el último tiempo a territorios marginales. Su alcance es de nivel nacional, a través del reclutamiento de médicos recién titulados que ejercen entre tres y seis años en este tipo de territorios, con el incentivo de una beca para formación de especialidad una vez concluido dicho periodo en el nivel primario de atención.

El set incluye remuneraciones diferenciadas según ruralidad y nivel de dificultad del desempeño, así como vivienda, costos de instalación y traslado, derecho a capacitación y formación continua entre otros, definidos explícitamente en la Ley 19664/2000<sup>(36,37)</sup>, que a su vez norma la carrera sanitaria médica en los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención, así como una parte importante del primer nivel, incluidos los hospitales rurales o comunitarios, que son los establecimientos donde mayoritariamente este tipo de médicos labora.

En el último tiempo y dada la reforma en salud implementada desde el año 2005, la obligatoriedad de ofrecer ciertas prestaciones en todo el territorio ha traído consigo un aumento de estos profesionales en zonas rurales, ya no solo en hospitales sino que

en consultorios y postas rurales del primer nivel de atención, donde se ha logrado reclutar y retener por al menos seis años a estos médicos adscribiéndolos a este sistema de incentivos.

Lamentablemente no existe un sistema similar con las profesiones no médicas, y solo se pueden identificar ciertos incentivos financieros en la salud de dependencia municipal a través de la Ley 19378/1995<sup>(38)</sup> mediante la compensación según ruralidad, desempeño difícil y zonas extremas; y a su vez en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud existe una asignación económica asociada a la ruralidad y difícil acceso, llamada asignación de zona, de carácter mensual y variable según el nivel de aislamiento, y una asignación de zona extrema de monto fijo trimestral. Ambas asignaciones aplican a todo el personal de la salud de los niveles secundario y terciario. Adicionalmente, en los establecimientos pertenecientes a estos niveles de atención ubicados en la Región de Atacama, se incorporó una bonificación para todo el personal de salud con excepción del estamento médico. En materia de incentivos no económicos, el personal de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud de regiones extremas tiene 5 días adicionales de vacaciones. En la actualidad el Ministerio de Salud se encuentra en un proceso de evaluación del sistema de incentivos cuyo propósito es permitir la construcción de un modelo de captación, contratación y permanencia de profesionales, enfocado en las zonas rurales y vulnerables.

En esta misma línea se ha declarado para el periodo 2014-2018 la inyección de 210 nuevas plazas para médicos en zonas rurales o aisladas, con el fin de mejorar coberturas en las comunas más desatendidas y con índices de desarrollo humano más bajos<sup>(39)</sup>. La decisión del gobierno ha sido justamente que estos nuevos profesionales se inserten también en este programa MGZ, dado el éxito que ha tenido, que se grafica en un 100% de plazas ocupadas a lo largo del país.

Existen también los internados rurales en varias universidades que tienen programas de prácticas que en un lapso de uno a dos meses, los alumnos se exponen a escenarios de desempeño rural, que luego en el caso de los médicos, otorga puntajes diferenciales al postular a plazas del programa médico general de zona.

En el ámbito de las profesiones no médicas no existe entonces un set de incentivos o una intervención específica para desempeñarse en zonas rurales, excepto ciertas compensaciones económicas en comparación a puestos de trabajo en zonas urbanas.

Tampoco existen incentivos para que estos médicos laboren en zonas rurales más allá de los seis años que como máximo pueden mantenerse en esos lugares, siendo el diseño de tal manera, que el 100% toma una residencia de especialidad lo que significa que no retorna más a zonas rurales, incluidos aquellos que se forman como

médico familiar, los que aún no disponen de plazas en el primer nivel de atención rural, que permita implementar adecuadamente el modelo de salud familiar en este tipo de establecimientos.

Han existido en el tiempo experiencias pilotos para establecer un programa de Enfermería Rural con incentivos similares al sistema MGZ, sin continuidad en el tiempo a pesar de la brecha existente de este tipo de profesional en el ámbito rural.

Por último, cabe destacar el impulso fuerte desde el Ministerio de Salud de la instalación de Telemedicina en gran parte del país, beneficiando en especial a zonas rurales y aisladas, que logran acceso a atención de especialidad desde establecimientos de salud remotos. Para el periodo 2014-2018, el actual gobierno ha declarado igualmente una fuerte inversión para potenciar aún más dicha estrategia<sup>(39)</sup>.

Cuadro 9: Resumen Incentivos Chile

	<b>MGZ</b>
<b>Definición del incentivo</b>	Programa de servicio profesional no obligatorio remunerado con incentivos para retención en sector público, y beca para cursar residencia.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Profesionales recién titulados en Universidades chilenas.
<b>Población objetivo</b>	Médicos, odontólogos.
<b>Naturaleza del incentivo</b>	Económico y no económico.
<b>Impacto esperado</b>	Mejorar cobertura en zonas rurales y de difícil acceso, y potenciar sector público a través de especialistas que han sido expuestos a la práctica rural
<b>Nivel implementación logrado</b>	Implementación total pero aún en proceso de expansión.
<b>Impacto real logrado</b>	Cobertura del 95% en comunas rurales y aisladas de Chile.

## Venezuela

Desde hace años y en concordancia con el sistema político imperante se ha implementado el programa Misión Barrio Adentro (MBA), que involucra tanto a zonas urbanas como rurales y que considera que equipos multidisciplinarios mejoren el acceso y calidad de servicios, a través de ampliar cobertura con apoyo mayoritario de profesionales cubanos (dada la oposición de la federación médica venezolana), en un modelo de medicina social donde se insertan en la comunidad que es co-responsable del nivel de salud. No se encontró evidencia de incentivos específicos para los profesionales venezolanos, pero claramente es una intervención que involucra incentivos en los ámbitos normativos, y de apoyo profesional y personal toda vez que se incluye inserción laboral y comunitaria de estos profesionales en zonas rurales.

Este sistema es altamente valorado por las comunidades venezolanas y al parecer la horizontalización en la relación entre profesionales y habitantes ha logrado que ambas partes se sientan responsables de su sistema<sup>(40)</sup>, lo que en sí mismo representa un incentivo para la retención de esos mismos profesionales más allá del contexto político particular de Venezuela.

Cuadro 10: Resumen Incentivos Venezuela

	MBA
<b>Definición del incentivo</b>	Convenio con Cuba de servicio profesional remunerado, a través de modelo de medicina social.
<b>Condiciones previas requeridas para su aplicación</b>	Profesionales que han suscrito el convenio.
<b>Población objetivo</b>	Médicos mayoritariamente cubanos.
<b>Naturaleza del incentivo</b>	Económico y no económico.
<b>Impacto esperado</b>	Mejorar cobertura en zonas urbanas y rurales por medio de un modelo de inclusión del profesional en las comunidades.
<b>Nivel implementación logrado</b>	Sin datos oficiales.
<b>Impacto real logrado</b>	Sin datos oficiales.

## 7. ESQUEMAS DE INCENTIVOS EN OTROS PAÍSES DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

### Canadá

A pesar de que es un país de muy altos ingresos, la dispersión geográfica y el aislamiento de algunas zonas hace interesante revisar como este país ha enfrentado la problemática de reclutar y luego retener profesionales de la salud en sus territorios. Especial atención pondremos en Ontario y Saskatchewan, dos regiones que tienen sistemas de salud con desarrollos de varios años en políticas de recursos humanos, especialmente para zonas rurales que significan para ellos un problema relevante dada la proporción de población que habita estas zonas.

Para el caso de Ontario<sup>(41)</sup>, el sistema de incentivos se basa en ciertos pilares fundamentales, a saber:

- Incentivos financieros consistentes en becas, desde la época de estudiantes especialmente a los médicos.
- Aplicación de técnicas de marketing en el reclutamiento.
- Utilización de prestadores no médicos como las enfermeras/os donde los médicos no están disponibles, en especial en control de enfermedades crónicas.
- Educación y entrenamiento médico con énfasis en la práctica rural.
- Mejorar la práctica médica para hacerla más atractiva en términos de resolutivez.
- Mejorar los servicios de ciertas localidades para hacer más fácil la vida en esos lugares.
- Asistencia para viajes de pacientes, para hacer más fácil la referencia a centros lejanos más especializados y facilitar la práctica médica.
- Desarrollo de la Telemedicina.
- Desarrollo de la investigación en ambientes rurales, para mejorar la práctica y además nutrir de datos la planificación futura de los RHUS para esas zonas.

Todo esto se traduce en una serie de iniciativas que buscan retener profesionales especialmente médicos y enfermeras, a través de:

- Iniciativa de retención de médicos generales, y especialistas en medicina de familia así como de enfermeras, que incluye incentivos financieros y no financieros (salario más bonificación anual por permanencia, más un monto en capacitación continua).
- Red de Telemedicina de Ontario, que otorga cobertura a todo el territorio, y todo tipo de establecimientos de salud, pudiendo los profesionales contactarse a distancia con cualquier especialista tanto para la referencia de pacientes, como para educación continua.
- Programa de zonas desatendidas, que incluye un set de incentivos para que habitantes de estas zonas estudien carreras de la salud, con becas y otros beneficios, con el compromiso de desempeñarse al menos cuatro años en esas mismas zonas.
- Presencia de la facultad de medicina de Ontario del Norte, situada en una zona aislada y que tiene un perfil de formación de profesionales para las zonas rurales, con incentivos tanto para alumnos como profesores para el desempeño en la ruralidad.

En el caso de Saskatchewan existe un plan de recursos humanos<sup>(42)</sup> cuyos pilares son:

- Profesionales de la salud centrados en el paciente y su familia.
- Prácticas interprofesionales y colaborativas, con equipos de salud que entregan continuidad en el cuidado.
- Ambientes de trabajo positivos, productivos y seguros con una atención de excelencia.
- Un número suficiente y balanceado de cada integrante del equipo de salud.

Que se traduce para el desempeño rural<sup>(43)</sup> en iniciativas que buscan retener profesionales a través de:

- Exposición rural en la formación de estudiantes y residentes, así como formación continua.
- Contratos de médicos en la atención primaria estandarizados con condiciones similares provinciales.

- Plan de desarrollo de infraestructura en establecimientos rurales, incluyendo tecnología para comunicación electrónica entre profesionales y pacientes, así como una Red de Telemedicina.

## Brasil

Acogiendo el mandato de cobertura universal en salud, y ante los problemas de distribución que existían en el país, donde los médicos brasileños prefieren quedarse en zonas desarrolladas y urbanas; y las universidades no tienen un perfil de egreso que se ajuste a las necesidades de salud de la población, con la subsecuente desigualdad en el acceso, es que se ha venido implementando en los últimos años el programa “Mais Médicos”<sup>(44)</sup> que surge de la discusión entre cuatro Ministerios del Estado como son Salud, Educación, Protección Social y Trabajo; cuyo objetivo y pilares fundamentales para el Sistema Único de Salud (SUS), con base en la Constitución Política de Brasil, son <sup>(45)</sup>:

- Disminuir las brechas de médicos en zonas vulnerables, incluidas las rurales, aisladas y marginales.
- Fortalecer la atención primaria de salud en el país.
- Reformar la formación médica de tal forma que signifique una mayor experiencia en la práctica.
- Ampliar la inserción del médico en formación en los establecimientos del SUS, mejorando sus conocimientos en la realidad de salud de la población brasileña.
- Fortalecer las políticas de formación continua en el lugar de desempeño de los profesionales con supervisión académica a través de las universidades.
- Promover el intercambio de experiencias entre los profesionales de salud brasileños y médicos formados en instituciones extranjeras.
- Capacitar a los médicos en gestión de políticas públicas en salud para el país, así como en la organización y administración del SUS.
- Estimular la realización de investigación aplicada en el SUS.

Las acciones entonces que involucra el programa dan cuenta de estos objetivos y tienden principalmente a medidas de largo plazo en el ámbito educativo, en distintos niveles:

- Reordenamiento de la oferta de programas de medicina y residencias médicas priorizando aquellas regiones más desatendidas y con condiciones de ofertar campos clínicos de calidad para los estudiantes.
- Establecimiento de un nuevo perfil de formación médica para el país, que dé cuenta de las necesidades de la población, y que ha sido definido conjuntamente entre el Ministerio de Salud, y Educación, siendo exigible su adopción, para aquellas Universidades financiadas por el Estado.
- Promoción de programa de formación en medicina de familia para regiones prioritarias integrando academia y SUS, incluso por medio de intercambio internacional.

Asimismo, incluye una oferta de plazas de trabajo para lograr las coberturas deseadas, abriendo las postulaciones a médicos extranjeros, por periodos acotados de tiempo (tres años), toda vez que se estimó que la fuerza laboral brasilera no sería capaz en los primeros años de cubrir la demanda por profesionales en los territorios priorizados. Estas plazas incluyen incentivos financieros (salario estandarizado) y no financieros con posibilidad de formación financiada como médico de familia para seguir desempeñándose en el SUS, en las regiones priorizadas.

## Uruguay

En relación a la instalación de un gobierno con un enfoque social patente es que en 2010 se inicia un proceso de definición de un plan nacional de salud rural, cuyos ejes principales<sup>(46)</sup> incluyen:

- Mejorar acceso a servicios y fortalecer el primer nivel de atención.
- Lograr una eficiente coordinación de recursos existentes para realizar una atención de salud integral, brindada por un equipo de salud interdisciplinario con elevado nivel de capacitación y compromiso.
- Atención planificada, en el contexto de una red integrada de servicios de salud que asegure la continuidad de atención basada en la estrategia de atención primaria de salud y la estrategia de promoción de la salud con un enfoque familiar, comunitario, epidemiológico, productivo y social.

Esto se pretende lograr a través de varios componentes que incluyen: organización de la atención integral en la salud rural, fortalecimiento de los equipos de salud en las pequeñas localidades y zonas rurales del país, fortalecimiento de acciones intersectoriales y participación comunitaria, y el fomento de la investigación en salud rural.

Y considera un esquema de incentivos para contar con los RHUS adecuados para la implementación del plan, cuyas principales intervenciones son:

- Sistema de compensación salarial diferencial para equipos de áreas rurales, utilizando criterios de áreas de necesidad de equipos de salud y distancias de la capital nacional y departamental.
- Otorgamiento en zonas de máxima necesidad de RHUS de beneficios extendidos (préstamo de vivienda, acceso a teléfono, internet, becas de estudio para los hijos, etc.) para favorecer la radicación en dichas zonas.
- Normativa sobre organización y condiciones de trabajo de los equipos de salud del área rural, régimen de licencia, capacitación, definición de carrera funcionaria y puntaje de méritos diferencial para los integrantes del equipo de salud radicados y que trabajan en zonas rurales.
- Definición de un manual de estándares de calidad de RHUS para los servicios de salud del área rural.
- Desarrollo de un módulo de capacitación específico para los RHUS que trabajan en zona rural, como tema obligatorio.
- Convenio con Universidad de la República del Uruguay (UDELAR) para un diploma en salud rural dirigida a las disciplinas que integran el área salud de la Universidad, así como inclusión en el currículo de grado y posgrado de temáticas específicas vinculadas a la salud rural.
- Programa de educación permanente de salud rural en coordinación con el área salud de la UDELAR, así como la creación de unidades docentes asistenciales rurales con equipos interdisciplinarios.

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Habiendo analizado los tres componentes de la presente consultoría podemos concluir que las recomendaciones OMS siguen vigentes en términos de que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipos de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es lejos el que más ha demostrado impacto en la retención, según la evidencia internacional sistematizada por OMS<sup>(4)</sup>, aunque a nivel subregional aún no existe investigación consistente con dicha afirmación.

Los servicios obligatorios previos o inmediatamente posteriores a la graduación, a pesar de que siguen aplicándose en los países de la Subregión, y son responsables en gran medida de la cobertura lograda en la atención de las zonas más desatendidas, si no se acompañan de incentivos para permanecer en las plazas de trabajo rurales, no lograrán la retención dado que en ningún caso el periodo de desempeño supera un año y habitualmente aun existiendo el interés, no hay suficientes plazas de trabajo. Es necesario que los países observen con detención las experiencias de Perú y Chile, que han focalizado los esfuerzos en políticas de incentivos de más largo plazo, que permiten además continuar la carrera funcionaria y lograr en el mediano plazo una especialización, en el caso de los médicos.

Se debe poner especial atención también en el rol de las universidades ya sea ubicando campus de formación en zonas rurales, o apoyando la formación continua de los profesionales que ahí laboran, así como también generando según la realidad de cada país, incentivos para seleccionar futuros estudiantes que provengan de zonas rurales o aisladas.

Hay que seguir avanzando también en el mejoramiento de la infraestructura, en especial el equipamiento médico que a través de la Telemedicina, estrategia que contribuye a vencer los límites que impone el aislamiento, al tomar contacto con los centros más urbanos y especializados; mejora la resolutivez de la atención, y aumenta la autoestima profesional y el reconocimiento de los pares, así como la relación médico-paciente en las comunidades donde estos profesionales laboran. Claramente los países en que la estrategia se ha desarrollado en un contexto de redes integradas de salud, su desempeño impacta notablemente en el acceso a atención especializada y la formación continua del RHUS en el primer nivel de atención.

Es interesante igualmente revisar los esquemas aplicados por otros países de las Américas, que también han desarrollado esquemas compuestos donde los pilares

siempre son los mejores salarios acompañados de buenas condiciones de trabajo y formación continua.

Es importante para la retención en zonas rurales o aisladas, que los países adopten la salud rural como política de Estado, como lo ha hecho Uruguay y especialmente Brasil, para así trascender los cambios de gobierno y dar sustentabilidad a las intervenciones que buscan incentivar la retención del RHUS en estas zonas. La necesidad de recurrir a RHUS de otros países como es el caso de Brasil y Venezuela, debe ser revisada, dado que la migración de RHUS en esta Subregión ha sido de una magnitud importante agudizando la crisis de disponibilidad de profesionales para los países, y con mayor razón para las zonas rurales. Asimismo, este tipo de políticas no tiene sustentabilidad en el tiempo, a menos que se acompañe de un desarrollo local acorde al mandato de cobertura universal en salud.

Países de mayor riqueza como Canadá, igualmente han debido combinar esfuerzos toda vez, que se demuestra que los incentivos salariales aunque importantes, no explican todo el problema, por tanto es recomendable observar qué otros incentivos han ido implementando en regiones con alta ruralidad.

Se requiere generar además mayor cantidad de programas e incentivos focalizados en las profesiones no médicas, ya que la gran mayoría de los países de las Américas han puesto todos sus esfuerzos en asegurar solo cobertura de atención médica sin considerar que la atención integral con enfoque familiar y comunitario es una estrategia a cargo de un equipo de salud, donde se suman acciones y competencias de los distintos profesionales, para lograr el fin último, que es mantener poblaciones más sanas.

Finalmente una necesidad transversal a toda la región y el globo es generar investigación en este ámbito que por una parte, permita seguir evaluando cuales de éstos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHUS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto de si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la subregión.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. OPS. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario, Canada: VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; 4-7 Oct 2005.
2. Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU). Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud. Bogotá, Colombia: Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina; 23 nov 2012.
- 3.- Consejo de Salud Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Acuerdo sobre funciones de Grupo Técnico de Desarrollo de RHUS. Guayaquil, Ecuador: Res. N°4; 24 nov 2009.
4. Dolea, C. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas o rurales mejorando la retención. Geneva, Switzerland: OMS Recomendaciones mundiales de política; 2010.
5. Hidalgo L and cols. Evidence Based Scoping Reviews. The Electronic Journal Information Systems Evaluation. 14 (1) 2011, (p46-52).
6. WHO. The world health report 2000: The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2000.
7. WHO. The world health report 2006: working together for Health. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2006.
8. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008 Jan 23; 8:19.
9. Organización Panamericana de la Salud. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectiva en los países de la región andina. Lima: OPS, 2013.
10. Guillou M, Carabantes J, Bustos V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile 2011; 139: 559-570.

11. Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA63.16 aprueba el Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de la salud. Ginebra, Suiza 2010.
12. Cameron PJ, Este DC, Worthington CA. Professional, personal and community: 3 domains of physician retention in rural communities. *Can J Rural Med.* 2012 Spring; 17(2):47-55.
13. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5):379-385. doi:10.2471/BLT.09.070607.
14. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural and Remote Health* 9: 1060. (Online), 2009. Available from: <http://www.rrh.org.au>
15. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2009 May 29; 9:86.
16. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization* 2010; 88(5):364-370. doi:10.2471/BLT.09.071605.
17. Duplantie J, Gagnon MP, Fortin JP, Landry R. Telehealth and the recruitment and retention of physicians in rural and remote regions: a Delphi study. *Can J Rural Med.* 2007 Winter; 12(1):30-6.
18. Presidencia de la República del Perú. Ley N° 23330/1981 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
19. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 005/1997 reglamento de la Ley N° 23330 del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud.
20. Núñez M. Presentación de la Dirección General del Desarrollo de los RHUS, MINSA, Perú. Recursos Humanos para el aseguramiento universal. 2010.
21. Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM, Espinoza KG, Quezada-Osoria C. Deficiente cobertura de aseguramiento en médicos durante el servicio rural y urbano-marginal en salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2013; 30(2):220-3.
22. Huicho L, Díez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Pública.* 2012 April; 28(4): 729–739.

23. Presidencia de la República del Perú. Decreto Legislativo N° 1153/2013 que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado.
24. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 15/2014 que aprueba criterios técnicos para identificar los establecimientos de salud ubicados en zonas alejadas o de frontera.
25. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo N° 226/2014 que aprueba montos de valorizaciones priorizadas por zona alejada o de frontera.
26. Huicho L, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, et al. (2012) Job Preferences of Nurses and Midwives for Taking Up a Rural Job in Peru: A Discrete Choice Experiment. PLoS ONE 7(12): e50315. doi:10.1371/journal.pone.0050315.
27. Miranda JJ, Diez-Canseco F, Lema C, Lescano AG, Lagarde M, et al. (2012) Stated Preferences of Doctors for Choosing a Job in Rural Areas of Peru: A Discrete Choice Experiment. PLoSONE7(12):e50567.doi:10.1371/journal.pone.0050567.
28. Vásquez-Sullca RR, Saco-Méndez S, Pereira-Victorio CJ. El internado rural como acercamiento a la atención primaria en salud, la experiencia de una universidad de Cusco, Perú [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013; 30(2):344-5.
29. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S109-S119.
30. Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia. Decreto Supremo N° 26217/2001 reglamento del Servicio Social de Salud Rural obligatorio.
31. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Decreto Supremo N°29601/2008 nuevo modelo sanitario de Bolivia (SAFCI)
32. Giedion U, Villar Uribe M. Colombia's Universal Health Insurance System. Health Affairs, 28, no.3 (2009):853-863 doi: 10.1377/hlthaff.28.3.853.
33. Universidad de Antioquia y Ministerio de la Protección Social de Colombia. Servicio Social Obligatorio y Becas Crédito. 2006
34. Presidencia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo N° 1516/2001 reglamento de profesionales en el año de servicios de medicina rural.
35. Peña S, Ramirez J, Becerra C, Carabantes J, Arteaga O. The Chilean Rural Practitioner Programme: a multidimensional strategy to attract and retain doctors in rural areas. Bull World Health Organ 2010; 88:371–378 doi:10.2471/BLT.09.072769.

36. Ministerio de Salud Chile. Ley N° 19664/2000 establece normas especiales para profesionales médicos funcionarios que indica de los servicios de salud.
37. Ministerio de Salud Chile. Decreto Supremo N° 847/2001 reglamento para la concesión de la asignación de estímulo.
38. Ministerio de Salud Chile. Ley N° 19378/ 1995 que establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
39. Ministerio de Salud Chile. Presentación del Plan de formación de especialistas 2014-2018. Santiago, 2014.
40. Briggs C, Mantini-Briggs C. Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela. *Am J Public Health*. 2009; 99:3 549–555. doi:10.2105/AJPH.2007.129130.
41. Strasser R, Marsh D, Remtulla K. Recruitment and Retention of Health Care Providers in Remote Rural areas: Status Report for Northern Ontario, Canada. 2012. 42. Ministry of Health and Healthcare System, Government of Saskatchewan. Saskatchewan's Health Human Resources Plan. 2011
43. Ministry of Health and Healthcare System, Government of Saskatchewan. Plan for 2014-2015.
44. Jurberg C. Funding, flexible management needed for Brazil's health worker gaps. *Bull World Health Organ* 2013; 91:806–807.
45. Presidencia de la República del Brasil. Ley N° 12781/2013 instauro el Programa "Mais Médicos". Brasil 2013
46. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Plan Nacional de Salud Rural. 2011.



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud

ORGANISMO REGIONAL PARA LAS Américas