

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

POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

SERIE DE ESTUDIOS
MULTIPAÍS N°1

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

Serie de estudios
multipaís N°1



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

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

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: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dr. Manuel Núñez Vergara

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

Consultoría realizada por Manuel Núñez Vergara

Colaboración y Revisión: Dr. 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: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dra. Verónica Bustos F.

Colaboradores países andinos:

Perú: Dra. Yessenia Huarcaya C.

Chile: Dra. Natalia Oltra Hidalgo

CONTENIDO GENERAL



Prólogo

Presentación

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





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

Fortalecer 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 del ORAS-CONHU

Dr. José Francisco Garcia
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)¹. 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.

¹Los 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"> - Las necesidades poblacionales (1) - Al modelo de atención (1) - A las características del sistema de salud (1) 	
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"> - la legislación laboral (1) - y el empleo digno (estable) (1) 	
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)
3. Existencia de Instancias de dirección estratégica de RHUS (2)			
4. Instancias de gestión del RHUS que efectúan: (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)			
TOTAL 15/ 15 - 100%			

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"> - Experiencias de educación en el trabajo para personal que ya labora en instituciones de salud con énfasis en APS y primeros niveles de atención. - 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. - 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. 		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)			
Total: 6- 100%			

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)			
Total	100%	0%	
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)			
TOTAL: 15/15: 100%			

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).		
	Si	No
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 sistemas 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>- Diagnóstico de necesidades educativas anuales 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>Planificación educativa 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 del método de enseñanza aprendizaje de adultos en el trabajo (2).</p>			
<p>Programas de inducción al trabajo 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>Que integre al horario de trabajo semanal los espacios de la educación (2).</p>			
<p>Monitoreo del número, tipo, personal y calidad del proceso de educación en el trabajo (2).</p>			
<p>TOTAL: 16/16. 100%</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).		
TOTAL 8/8- 100%		

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).			
TOTAL 12/12 /100%			

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).			
TOTAL 12/12 /100%			
	Información	No existe información	
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
Subtotal /13	5.20/13
2. Aplican la política de RHUS para todo el sector salud liderada por el Ministerio de Salud (5) (Parcial solo MSP : 2.5)	2
TOTAL 18/ 18 - 100%	7.2/18 = 40%

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)
3. Existencia de Instancias de dirección estratégica de RHUS (2)	2		
4. Instancias de gestión del RHUS que efectúan: (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 Postgrado 1 1		
TOTAL 15/ 15 - 100%	10.5/15-70%		

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>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.</p> <p>Contestar para el país.</p>	<p>49</p> <p>37 - 77% Mujeres</p> <p>12 - 13% Hombres</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 curriculum de formación (2).		0.5	
10. Uso para evaluar la gestión del personal que labora en el sector salud (2).		2	0
Total: 6- 100%	4.5/6 75%		

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		
Total: 6/6	6/6- 100%	0%	
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 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).		0-5(Solo Permiten datos del Censo 2010)	
15. Existencia en cada país de un sistema de información organizado sobre la migración de personal profesional en salud que permita su monitoreo (4).			X
16. 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).			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		
TOTAL: 15/15: 100%	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 sistemas 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: -Diagnóstico de necesidades educativas anuales 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	
-Planificación educativa 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 método de enseñanza aprendizaje de adultos en el trabajo (2).		0	
-Que utilice multimedios educativos presenciales, no presenciales, uso de redes de información y comunicación, oferta de postgrados por parte de universidades (2).		0.25	
-Programas de inducción al trabajo 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	
-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).			
-Que integre al horario de trabajo semanal los espacios de la educación (2).			
-Monitoreo del número, tipo, personal y calidad del proceso de educación en el trabajo (2).			
TOTAL: 18/18. 100%		1/18 - 5.5 %	

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	
TOTAL 8/8- 100%	8/8 - 100%	

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)			
TOTAL 12/12 /100%			

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
TOTAL 4/4 /100%	0		0
	Información	No existe información	
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.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

ORGANISMO REGIONAL PARA LAS Américas