

## Marco de referencia para la construcción de una Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud en el Ecuador

Milton Gross Albornoz

### 1. Introducción

Arroyo<sup>1</sup> caracteriza a la situación de los recursos humanos en la Región como ubicada en “un tránsito inconcluso y muy inicial a la nueva situación de los recursos humanos, definida por los postulados de las reformas sectoriales” y define al Ecuador “como un país con una muy lenta asimilación de los cambios reformistas, persistencia del modelo previo y fuerte resistencia gremial a los cambios”. Califica al modelo de gestión sectorial del recurso humano resultante, luego de una década de reforma, como una mixtura, que superpone el patrimonialismo, el burocratismo y el gerencialismo.

Este esquema dinámico de varios modelos de gestión en continua pugna y articulación, según el autor, tiene más capacidad explicativa y potencia interventora que el esquema bipolar “situación nueva” vs. “situación anterior” como el marco explicativo de la situación de los recursos humanos en salud en la región y particularmente en el Ecuador.

En la lógica de la pugna y articulación de los modelos de gestión de los diferentes procesos de Reforma del sector se puede observar el conjunto de efectos/impactos en el tema de los recursos humanos:

**Patrimonialismo**

**Burocratismo**

**Gerencialismo**

A la situación nueva resultante de los diversos procesos reformistas junto a sus correspondientes modelos de gestión, le endilga Arroyo la “desestabilización y desregulación del régimen laboral burocrático y del modelo burocrático-estatal, indicando que como corolario de la discusión sustentada en el esquema bipolar de análisis “situación nueva” vs. “situación anterior” se ha producido una condición paradójica en el campo de los recursos humanos en la última década, señalada por

---

<sup>1</sup> Arroyo Laguna Juan. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000. Universidad Cayetano Heredia. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 63, N° 3 - 2002.

Brito<sup>2</sup> quien menciona que se quiere “cambiar radicalmente los servicios sin contemplar una inversión institucional, para acrecentar su máximo valor, los recursos humanos. La nueva ideología del trabajo es la eficiencia, pero la nueva doctrina salarial y laboral no ha resuelto los desafíos de los incentivos y la motivación. En realidad, el nuevo programa de recursos humanos en la reforma necesita resolver algunos puntos anotados por la experiencia de la década de los 90, para adquirir claridad y dejar de ser contradictorio. Lo que denominamos “nueva gestión pública” en Latinoamérica cobija muchas cosas, desde el microfordismo en los procesos de trabajo hasta la aplicación indiscriminada o deforme de la teoría principal-agente, pasando por un constructivismo peculiar en los enfoques formativos”.

“De ahí que la década de los 90 deje la sensación de la falta de una direccionalidad clara capaz de ordenar la transición. Con variaciones menores, se mantienen casi todos los problemas clásicos de los recursos humanos en salud de hace quince años: baja disponibilidad, concentración urbana, formación biológica, enfoque pedagógico tradicional, régimen laboral desincentivador, niveles salariales bajos, escalafón “flexibilizado” por el clientelaje, baja productividad, alta conflictividad sindical y difícil regulación. No se puede decir que estos problemas hayan desaparecido”.

Algunos se han modificado, pero la mayoría persiste. La revisión hecha revela que los nuevos problemas son la multiplicación de las entidades educativas privadas, la superación de la baja disponibilidad -pero aún no de la concentración urbana de los profesionales de salud-, la saturación del mercado en ciertas áreas y la mayor visibilidad del desempleo laboral, la desregulación y desorden en la formación en salud, la superposición del biologismo clínico con el ascenso del gerencialismo en los postgrados, la implantación germinal de un nuevo régimen laboral flexible y la continuidad de la débil rectoría en el campo de los recursos humanos”.

Granda, Brito, Padilla y Rigoli<sup>3</sup> por su parte identifican cinco tendencias fundamentales de los mercados laborales como resultante de los procesos de Reforma sectorial en la Región y que son inherentes al Ecuador:

1. *De informales a formales:* durante los últimos años el trabajo informal ha aumentado en casi todos los países de la Región, llegando en algunos de ellos a constituir el 85% del empleo. De cada diez nuevos puestos de trabajo creados en los últimos diecisiete años, ocho pertenecen al sector no estructurado de la economía.
2. *De bienes a servicios:* ochenta por ciento de los nuevos empleos se han creado en el sector de los servicios, mientras el Estado sigue siendo una fuente de empleo importante en América Latina.
3. *De baja a alta calificación:* a diferencia de lo que ha venido ocurriendo en las últimas décadas, se aprecia una mayor demanda de mano de obra calificada.

---

<sup>2</sup> Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 8(1-2): 43-54.

<sup>3</sup> Pedro Brito, Mónica Padilla y Félix Rigoli. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. Revista Cubana de Educación Médica Superior 2002;16(4)

4. *Hacia una mayor flexibilidad en las relaciones de trabajo:* se aprecia un incremento de formas atípicas de contratación conjuntamente con una tendencia hacia la inestabilidad de las antiguas modalidades de nombramiento y de contratación.
5. *Hacia la autorregulación de las relaciones colectivas:* se ha presionado por el retiro del Estado de la regulación de las formas de trabajo y la sustitución por procesos regulatorios propios del mercado. Lo que se ve hasta ahora es que no aparecen las formas de regulación mercantiles y también se han des-regulado aquellas anteriormente existentes.

Se refieren también a que junto a estas tendencias de los mercados laborales se han generado cambios en las relaciones con las instituciones de formación fundamentalmente en torno a la regulación de la apertura de escuelas y programas de educación, reformas de educación superior con el apareamiento de nuevas leyes universitarias, cambios en las relaciones de financiamiento por parte del Estado hacia las universidades.

Adicionalmente a estas reflexiones, los autores precisan cinco problemas fundamentales en el tema de los recursos humanos que constan en el Observatorio de Recursos Humanos:

- *Calidad del empleo y régimen laboral:* insuficiencia de disponibilidad e inadecuada distribución del personal de salud; flujos intrasectoriales no regulados de personal; tendencia a la flexibilización laboral sin protección; emigración descontrolada; retraso normativo y legal.
- *Productividad del trabajo y calidad de los servicios:* desempeño deficiente sin evaluación adecuada, inexistencia, insuficiencia y/o carencia de sustentabilidad de sistemas de incentivos.
- *Formación de Recursos Humanos:* déficit de educación permanente en los servicios; baja calidad de educación en salud; falta de mecanismos regulatorios para mejorar la calidad y la eficiencia de la educación en salud; educación para perfiles profesionales inadecuados; necesidad de reconversión de prácticas de personal.
- *Gobernabilidad y conflictividad sectorial:* persistente conflictividad corporativa; conflictividad institucional; baja capacidad para la gestión de conflictos; inexistencia de concertación de políticas; inexistencia de gestión participante.
- *Desfase en la gestión de recursos humanos:* incapacidad para interpretar las nuevas condiciones del momento; insuficiencia en la gestión y evaluación del desempeño; gestión ineficaz de los sistemas de compensación e incentivos; retraso y rigidez normativa; debilidad técnica; escasa visibilidad y prioridad política del campo.

En este marco de impactos producidos por las corrientes y modelos reformistas así como por la persistencia y agravamiento de problemas clásicos y emergentes se ubica ocho temas pendientes o desafíos<sup>4</sup> a ser abordados en el campo de los recursos

---

<sup>4</sup> Arroyo Laguna Juan. Situación y desafíos en el campo de los recursos humanos en salud en el Área Andina en los albores de los 2000. Universidad Cayetano Heredia. Anales de la Facultad de Medicina Vol. 63, N° 3 - 2002.

humanos dentro de esta noción reafirmada de “nueva gestión pública”: 1) el paso de la baja disponibilidad a la sobreoferta urbana; 2) el desafío irresuelto del nuevo régimen laboral, en pleno tránsito de los nombramientos a las contrataciones; 3) el empobrecimiento de los salarios, el doble régimen salarial usando los proyectos de cooperación y la necesaria reinversión de la carrera pública; 4) el difícil balance entre costos y calidad, con el desplazamiento del arte clínico a la medicina gerenciada; 5) la paradójica disminución del mercado laboral y a la vez el incremento de la demanda educativa, poniendo en relieve la formación de calidad y la acreditación; 6) el paso de la formación clásica universitaria a la educación continua y permanente, y a la recertificación profesional; 7) la renovación pedagógica en salud, con los nuevos enfoques educativos; y 8) el tránsito en el campo de los recursos humanos de la débil regulación a la desregulación, con el consiguiente debilitamiento de la gobernabilidad de los procesos que afectan más directamente a los recursos humanos en salud (Arroyo 2002).

## **2 Situación de los recursos humanos en Salud en el Ecuador<sup>5</sup>**

### ***2.1 Disponibilidad, distribución y tendencia***

Para el año 2.002. Según el INEC existían 70.831 personas (profesionales, técnicos y auxiliares) trabajando en establecimientos de salud tanto públicos como privados. De estos, el 70% lo hacían en el sector público. Del total de personal que trabajaba en 2002 en establecimientos públicos de salud, más de la mitad lo hacía en el Ministerio de Salud Pública (59.2%), le sigue el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS con sus servicios de atención médica (16.9%), Ministerio de Defensa con 6.2%, Sociedad de Lucha contra el Cáncer con 3.0%, Ministerio de Gobierno con 2.1%, Municipios con 1.8% y otras instituciones con 10,8%<sup>[6]</sup>. La tendencia a la concentración del personal a nivel urbano es obvia conforme se puede ver en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1  
Distribución urbano-rural de profesionales de salud

<i>Profesionales</i>	<i>Zona Urbana</i>	<i>Zona Rural</i>
<i>Médicos</i>	92%	8%
<i>Odontólogos</i>	95%	5%
<i>Enfermeras</i>	93%	7%
<i>Obstetrices</i>	85%	15%
<i>Personal Adm. -Estadística</i>	98%	2%

Tomado de: Sacoto Fernando y col. Estabilidad y Remuneraciones. El personal de Salud del Ecuador a inicios del Siglo XXI. Quito: CONARHUS - OPS, 2004.

<sup>5</sup> En este acápite se presenta textualmente la información constante en la ponencia del Dr. Edmundo Granda Ugalde “SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS Y EL ECUADOR: ALGUNOS DATOS Y REFLEXIONES” presentada en el “Simposio Atención Primaria y Políticas de Salud” FLACSO. Quito, Noviembre 2007. A efectos de su utilización se ha omitido algunos gráficos y tablas. El Dr. Edmundo Granda es Profesional Nacional en Recursos Humanos, Investigación y Bioética de la Representación de la OPS/OMS en el Ecuador.

<sup>[6]</sup> Merino Cristina. Empleo de los Recursos Humaos de Salud en Instituciones del Sector Público. Quito: CONARHUS - MODERSA, 2004.

La tendencia del personal de salud que labora en establecimientos de salud es al incremento en los últimos veinte años, pero las diferencias entre los sectores público y privado son obvias. “El sector público prácticamente no crece en los últimos años, se estabiliza y en los años 2000 y 2001, incluso desciende, mientras que el crecimiento del privado es constante”<sup>[7]</sup>. Este hecho es aún mas impactante si se hace un estudio comparativo entre la tendencia de las variaciones porcentuales en los médicos pertenecientes a las instituciones públicas y privadas, conforme es ratificado por Fernando Sacoto y col. “En la década de 1990 al 2000...el crecimiento mayor se registra en el sector privado, con un incremento de casi un 50%, mientras que el sector público lo hace en un 10%. Se mantiene invariable el predominio de personal de salud en establecimientos con internación (80% del total) y en zonas urbanas (93% del total)”<sup>[8]</sup>, ver cuadro No. 2. Sacoto y col., indican además “... el crecimiento de profesionales médicos en la última década se ha registrado claramente a expensas del sector privado; efectivamente mientras en 1991 el sector público empleaba a 8.182 médicos, en el año 2.000 tal número ascendió a 9.733, con un incremento porcentual de 19%. En el mismo período el empleo médico en el sector privado pasó de 4.023 a 8.602, correspondiendo a un crecimiento porcentual de 214%”<sup>[9]</sup>.

Cuadro No. 2  
Crecimiento de personal de salud público/privado 1991 - 2000

Profesionales	Sector Público		Crecimiento Público	Sector Privado		Crecimiento Privado
	1991	2000	%	1991	2000	%
			Sector Público			Sector Privado
<i>Médicos</i>	8,182	9,733	19%	4,023	8,602	114%
<i>Enfermeras</i>	3,382	5,326	57%	523	994	90%
<i>Odontólogos</i>	1,594	1,913	20%	63	149	137%
<i>Obstetrices</i>	490	844	72%	83	193	133%
<i>Bioquímicos-Farmacéuticos</i>	197	283	44%	60	204	240%
<i>Auxiliar de Enfermería</i>	11,260	10,902	-3%	1,701	2,327	37%
<i>Personal de Servicios</i>	8,370	7,968	-5%	1,270	2,103	66%

Tomado de: Sacoto Fernando. Estabilidad y Remuneraciones. El personal de Salud del Ecuador a inicios del Siglo XXI. Quito, CONARHUS - OPS, 2004.

## 2.2 Distribución del personal de salud por nivel de complejidad de los establecimientos<sup>[10]</sup>

Los hospitales generales y las clínicas particulares, son los establecimientos que en el 2003 concentraron más de la mitad (53%) del personal que laboró en establecimientos de salud en el Ecuador.

[7] *Ibíd.*, p.7.

[8] Sacoto Fernando y col. Estabilidad y Remuneraciones. El Personal de Salud del Ecuador a Inicio del Siglo XXI. Quito. OPS, 2004.

[9] *Ibíd.*

[10] Tomado de: Merino, Cristina. Empleo de los Recursos Humanos de Salud en Instituciones del Sector Público. Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud del Ecuador. Quito: CONASA-CONARHUS-ORHUS-ECU No. 3. 2006.

Cuando se analiza cada uno de los tipos de personal que labora en el sector salud se tiene que las clínicas y los hospitales generales agrupan los mayores porcentajes de médicos (63.0%). En cambio, los servicios de atención ambulatoria que brindan atención primaria, sólo tienen una cuarta parte (24.9%) del total de médicos que laboran en los establecimientos de salud.

Pero, en el caso de los odontólogos, son los Subcentros de Salud seguidos por los dispensarios médicos, los que presentan porcentajes más elevados. Así, entre los dos servicios concentran a más de la mitad (63.5%) de los citados profesionales.

Lo contrario ocurre con las enfermeras, quienes mayoritariamente se ubican en los hospitales generales (43.4%) y luego, con una diferencia de 32 puntos porcentuales hacia abajo, en los Subcentros de Salud.

Al igual que los odontólogos, a las obstetras se las encuentra principalmente en los Subcentros (39.0%) y luego en los centros de salud. Obviamente, los hospitales son los que menos demandan este tipo de personal, muchas veces por la especificidad de sus funciones y su nivel de atención; mientras que lo que si requieren son tecnólogos médicos. De ahí que al 44.2% de estos profesionales se lo encuentra en los hospitales generales y al 20.9% en las clínicas particulares. Una ubicación similar presentan los estudiantes internos como se puede apreciar en el siguiente cuadro, donde las dos terceras partes de ellos (67.0%) aparecen distribuidos entre el hospital general y las clínicas.

Otro cálculo que permite afirmar que existe una mala distribución de los profesionales según los niveles de complejidad de los establecimientos de salud, es el cálculo del promedio de cada uno de los tipos de profesionales.

Es así como, los promedios más elevados son los de médicos que se encuentran en los hospitales agudos (71 médicos por hospital especializado en agudos) y 54 médicos por hospital general. Algo similar sucede con los promedios de enfermeras (51 y 40 enfermeras por hospital de agudos y por hospital general, respectivamente) y de tecnólogos médicos, aunque éstos últimos presentan promedios más bajos. En cambio, los auxiliares de enfermería tienen promedios más elevados en los hospitales de agudos (105), seguidos por hospitales generales (53) y hospitales de crónicos (42).

### ***2.3 Tendencia de contratación de personal de salud 1997 -2003***

Si se analiza la forma de incorporación del personal de salud a las instituciones públicas durante el período 1997 al 2003, a nivel general se tiene que, al menos con los datos disponibles, menos de la tercera parte (27.9%) corresponde a nombramientos y el porcentaje restante a contratos. Para estos cálculos no se consideró a los médicos residentes, por su condición de personal aún en formación y siempre contratado<sup>[11]</sup>.

Pero, cuando este problema se analiza por tendencias se puede apreciar que en 1997 todavía existía un mayor número de nombramientos que contratos, pero ya al siguiente año hay un entrecruce de cifras y son los contratos los que superan a los nombramientos y desde ahí en adelante la distancia que los separa aumenta. Esta disminución de nombramientos y/o sustitución por contratos (sea de servicios profesionales o de riesgo compartido) lleva a pensar, entre otros aspectos, que el personal de salud podría enfrentar, en algunas instituciones, una serie de problemas

---

[11] Merino, Cristina. Empleo de los Recursos Humanos... Óp. Cit., pp. 47 a 64.

derivados de esta clase de contratación como opciones de estabilidad cada vez menores, no tienen algunos beneficios de ley (décimos, antigüedad, vacaciones, etc.).

Es importante indicar que del total de incorporaciones, el 58.0% son mujeres, lo que concuerda con esa tendencia a la feminización del ámbito de la salud.

## **2. 4 Salarios<sup>[12]</sup>**

La administración salarial del personal en salud en el Ecuador en instituciones públicas de salud comprende variedad de regímenes de empleo y multiplicidad de conceptos, con numerosas variaciones cuali-cuantitativas y distintas denominaciones de puestos similares de trabajo, dentro y entre instituciones.

En el sector público, especialmente el Ministerio de Salud, las determinaciones salariales, en general, se desencadenan por demandas de grupos de trabajadores, con frecuencia influenciados por conquistas obtenidas por otros grupos. La aplicación relativamente reciente de leyes y sistemas escalafonarios proporciona elementos para revisiones periódicas de salarios, aunque se dan periódicas negociaciones por valorizaciones de factores básicos. Los trabajadores protegidos por contratos colectivos negocian su salario cada 2 años. En general, en las organizaciones del sector privado no lucrativo, existen revisiones anuales de remuneraciones.

Siempre en el sector público (incluido el IESS) el criterio determinante para la promoción salarial es la antigüedad, existiendo notables variaciones en las instituciones para su valoración. Otros aspectos que se toman en cuenta tienen relación con parámetros poco relacionados con la productividad institucional, como asistencia a eventos de capacitación, de muy diverso ámbito y naturaleza o “evaluaciones” procedimentales sin relación con el logro de resultados de mejoramiento de la atención a usuarios de los servicios.

Frente al notable deterioro de la situación salarial general en el país, en 1999 y 2000, años de intensa crisis - que conllevó la desestabilización del gobierno electo en 1998 - el gobierno que lo sucedió, al culminar su período el año 2002, aprobó importantes elevaciones para el sector público. Tales aumentos, sin embargo, han tenido como contraparte la elevación de la canasta básica.

En línea con la desigualdad que caracteriza a la sociedad ecuatoriana (en la que el 10% más rico percibe más del 40% del ingreso, mientras el 10% más pobre obtiene solamente el 1%) la distribución de salarios en el sector salud mantiene similar tendencia.

Efectivamente, instituciones públicas “económico-productivas” o autónomas presentadas, a manera demostrativa por un estudio desarrollado por Sacoto y Col.[13] (Petroecuador y Ministerio de Economía y Finanzas) reconocen salarios muy por encima de la media a sus trabajadores, entre ellos personal de salud.

El IESS alcanza mejores niveles de remuneración entre instituciones del sector, probablemente como resultado/requisito de acciones iniciales de reforma derivadas

---

[12] Este acápite sobre *salarios* se basa en: Sacoto Fernando y col. Estabilidad y Remuneraciones. El personal de Salud del Ecuador a Inicios del Siglo XXI. Quito: Iniciativa Regional para la Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe, CONARHUS-CONASA, OPS/OMS. 2004.

[13] Estabilidad y Remuneraciones. El personal de Salud del Ecuador a Inicios del Siglo XXI. Op. Cit.

de la nueva Ley de Seguridad Social y de mejores fuentes de financiamiento resultantes también de la aplicación de la ley.

Los servicios de SOLCA presentan también aceptables niveles remunerativos, sin diferencias extremas entre funcionarios. No obstante las bondades generales de dicha política, parecería que pueden generarse condiciones desestimulantes para personal médico.

Los empleados con relación de dependencia de instituciones privadas lucrativas registran los salarios mas bajos del sector, no obstante de que se enmarcan en el cumplimiento de la ley, situándose, casi siempre sobre los valores mínimos establecidos en las respectivas tablas salariales sectoriales aprobadas año a año por el Ministerio del Trabajo.

En las instituciones no lucrativas las remuneraciones de empleados dependientes se ubican por encima del sector privado lucrativo pero por debajo del sector público. En estas organizaciones, pero también en instancias desconcentradas del MSP, en cambio, se exploran y desarrollan experiencias de trabajo por producto con profesionales y técnicos. En cualquier caso es importante adoptar esquemas regulatorios que, por un lado, eviten la precarización de la práctica médica y por otro aseguren procesos de auditoría permanentes que garanticen calidad en la atención.

La comparación entre profesionales deja ver una clara ventaja para médicos tratantes de 4 horas diarias de labor, en instituciones donde se aplica la ley de escalafón médico, con sus recientes reformas. En función de un resquicio jurídico de vieja data, los odontólogos han logrado equiparar sus remuneraciones con las de los médicos obteniendo importantes mejoras. El IESS ha equiparado salarios también a químico-farmacéuticos quedando la duda de la sustentación técnica de dicha decisión por responsabilidades y requisitos de formación diferenciales.

Las enfermeras constituyen un grupo profesional que, en general, presentan salarios más bajos que el resto de profesionales a pesar de sus innegables potencialidades e importante valor agregado en funciones de cuidado directo de pacientes, prevención de enfermedad/promoción de salud y gestión de servicios de salud.

En el Ministerio de Salud la valoración de profesionales en función técnico-directiva es poco estimulante y discriminatoria en comparación con los médicos tratantes lo que demuestra el poco interés institucional por profesionalizar la función directiva en el Ministerio de Salud, propiciando mas bien una permanente politización y obligada rotación que atenta contra su desarrollo institucional. También resulta discriminatorio el trato que la ley de escalafón médica otorga a médicos de tiempo completo en función administrativa. En el IESS existe una configuración salarial mas acorde con las responsabilidades de puestos de dirección.

## **2.5 Migración**

No se dispone de información amplia y definida sobre migración pero existe un consenso generalizado que la emigración de profesionales de la salud es un hecho de importancia en el país.

En un estudio desarrollado por Cristina Merino<sup>[14]</sup> se encontró como datos relevantes que aproximadamente un 10% de profesionales con 3 años de graduación habían salido fuera del país; en el caso de los médicos 63% fueron hombres y el 37% restante

---

[14] Merino Cristina. Migración de médicos y enfermeras recién graduados en ciudades seleccionadas del Ecuador 2003-2004. Quito: CONARHUS-CONASA, 2005.



mujeres. La frecuencia más alta de movilización se dio en Cuenca (16.2%) el doble en relación a Quito. El destino más frecuente fue Estados Unidos (7), seguido por México y Chile (4), España (3), Argentina e Italia (2) y Bélgica, Canadá, Colombia y Rusia (1).

El motivo de viaje, según los familiares que contestaron la encuesta, en 17 casos fue el estudiar un postgrado o en busca de la especialización, 4 manifestaron que fue por razones familiares, 2 a trabajar, 1 para buscar mejoras económicas y uno por turismo (3 no especificaron).

A las personas que aún permanecen en el país se les consultó sobre sus planes de viajar en un futuro cercano, más de la tercera parte tiene planeado emigrar, en algunos casos incluso expresaron el país de destino, la fecha de viaje, etc. (lo que no estaba dentro de las expectativas de la encuesta). *Esto hace suponer que si se sigue a este grupo de profesionales en el tiempo, el porcentaje de personas que abandonarían el país sería mucho mayor y muy próximamente*, afirma la autora.

Fernando Sacoto, en una investigación sobre la emigración de médicos ecuatorianos a Chile<sup>[15]</sup>, concluye lo siguiente: *En la medida que la demanda de empleo médico foráneo en Chile está estrechamente relacionada con la atención básica de salud en establecimientos de primer nivel, el perfil de médico(a) migrante es de un(a) profesional joven, con pocos años de egresamiento, sin especialidad, soltero(a) o en estadio inicial de conformación familiar. El mecanismo de obtención de información sobre la posibilidad de migrar se obtiene a través de redes de amistad y el viaje se realiza en períodos cortos, en condición de turista, para legalizar después su situación en Chile.*

*Es claro que un aspecto que ha favorecido el desplazamiento de profesionales a Chile es la existencia de un convenio de reconocimiento de títulos profesionales expedido en Ecuador, lo que facilita notablemente el traslado.*

*Del estudio parece desprenderse que una alta proporción de médicos que viajan no retornan al país; de hecho el supuesto que se podían haber encontrado sistemáticamente en el estudio profesionales en tal condición no se cumplió. La situación parece explicarse por las favorables condiciones de estabilidad, salario y reconocimiento en su trabajo en Chile, claramente favorables en relación con lo que podrían tener en Ecuador, donde es alta la probabilidad de desempleo o subempleo, con formas de precarización o trabajo en negro que han caracterizado a una desregulada oferta privada que se ha disparado en los últimos 15 años en el país.*

*Efectivamente, el estudio documentó la tendencia del empleo médico en Ecuador, desde 1980, habiéndose encontrado un estancamiento evidente del empleo público, de mano con concepciones dominantes de reducción del tamaño del Estado, impulsadas por organismos financieros internacionales. Se registró también el mantenimiento de un enfoque hospitalario, que limita grandemente las posibilidades de empleo médico, con limitada inversión en atención primaria de salud, salvo un período de inusual estabilidad ministerial, entre 1988-1992, cuando se impulsó fuertemente un modelo de salud familiar y comunitaria integral que posteriormente se discontinuó.*

*En línea con lo anotado, se documentó una tendencia creciente sostenida hacia una desordenada y no planificada especialización y subespecialización médica - con*

---

[15] Sacoto Fernando y col. Estudio de Migración de Médicos Ecuatorianos a Chile. Quito: FESALUD, OPS/OMS, CONARHUS, 2007 (en prensa).

*costos e incertidumbres asociadas - frente a las cuales resultaba atractiva la opción de ejercer profesionalmente en Chile.*

## **2.6 La formación de recursos humanos**

Pedro Brito, analiza el impacto de las reformas sectoriales sobre la educación identificando fundamentalmente a aquellos impactos relacionados con los cambios de regulación en torno a la apertura de escuelas y programas de educación en materia de salud, las reformas en la educación superior (en algunos casos mediante nuevas leyes universitarias), y las nuevas relaciones entre el Estado y la universidad pública (que apuntan a redefinir el financiamiento y la función de la institución en la sociedad y en la economía), lo que ha generado cambios importantes en la política educacional y en la gestión institucional que afectan a la formación profesional y técnica.

El mismo autor, al referirse a los aspectos de regulación en los procesos de reforma, los ubica como aspectos relativamente nuevos “que son, por lo general, el resultado del poder, de los recursos y de la habilidad y oportunidad de los actores que participan en al provisión de servicios de salud”.

La regulación de la formación de los profesionales de la salud plantea una situación crítica. Por un lado, hay una divergencia, que en ocasiones puede ser conflictiva, entre las competencias de los ministerios de salud y educación en casi todos los países. El resultado es una regulación insuficiente de la educación en sus diversos niveles (técnico, profesional y superior). La situación se complica aun más en aquellos casos en que los Ministerios de Salud han visto deteriorarse sus unidades de desarrollo de recursos humanos y desaparecer los mecanismos reguladores (comisiones de residencias médicas, por ejemplo), la capacidad de negociación, o las instancias de concertación con las corporaciones que se había logrado generar.

Cuando el autor aborda los impactos de las reformas en el campo educativo, fundamentalmente recalca sus efectos sobre las dos facetas principales del aspecto educativo: la educación para la preparación de profesionales y técnicos, y la educación para el desempeño del personal en activo. “Ambas han sufrido cambios muy notables como consecuencia de las reformas del sector y a su vez han tenido un impacto en dichas reformas. La formación educativa del personal profesional y técnico se definió unánimemente en términos de la inadecuación de los perfiles de salida ante los requerimientos sociales y epidemiológicos y de los servicios de salud. Actualmente, estos no requieren protoespecialistas sino personal generalista para extender la cobertura o crear nuevos modelos de atención”.... Ante la tendencia de las escuelas profesionales a modificar los planes de estudio como su principal estrategia de cambio, otros actores se expresan a favor de evaluar y mejorar la calidad de la educación, regular la oferta educacional, y reforzar el compromiso institucional de observar los requisitos de educación continua y su articulación con mecanismos de regulación, como la certificación y recertificación, recalificación o formación profesional, a fin de mejorar el desempeño del personal auxiliar y técnico en activo.

La educación del personal en activo ha sufrido grandes modificaciones a consecuencia de las reformas del sector y de los proyectos de inversión que los financian en casi todos los países. Con miras a apoyar la descentralización y la instalación de nuevas formas de organización y de gestión, se generan proyectos (o componentes de proyectos) de desarrollo institucional que respondan a nuevos perfiles ocupacionales o a la inclusión de nuevas competencias en los perfiles

actuales. Estos proyectos han requerido la adopción de nuevos paradigmas educacionales y de nuevos estilos de gestión de programas y proyectos, generando un activo mercado de capacitación.

La gestión educacional regida por criterios de mercado, con cobertura en masa, impacto local y prácticas basadas en sistemas descentralizados y nuevos modelos de atención, plantea enormes desafíos para las unidades tradicionales de capacitación del sector público. Surgen así nuevas modalidades de gestión educacional, como los fondos concursables (Chile, Costa Rica, Perú), las redes académicas como agentes de apoyo a los proyectos (Brasil, Perú), las licitaciones internacionales y nacionales, y nuevas modalidades educativas, como la educación a distancia y por encuentros.

Estos aspectos de desregulación y discrecionalidad se observan cuando analizamos los aspectos vinculados al tema de la formación de RHUS en el Ecuador<sup>6</sup>.

### ***2.6.1 Instituciones universitarias de formación de personal profesional***

A inicios del 2001, el Ecuador según el CONESUP, contaba con 20 universidades debidamente registradas que ofertaban carreras en salud y, para la fecha han aumentado 13 que brindan estas carreras. Este incremento se dá principalmente en la Sierra (8), en menor proporción en la Costa ya que aumentan 5 y en el Oriente aparece una. La ciudad que afronta el mayor incremento es Quito, llegando a tener 9 universidades que ofrecen una o más de las carreras en estudio. Ecuador vive, entonces, la eclosión de entidades de formación superior, lo cual es especialmente notorio en el ámbito de la formación de personal de salud.

En relación a las ciudades que en el 2001 se identificaron como espacio geográfico en donde se localizaban centros universitarios se tiene que, éstas casi se han duplicado, en seis últimos años. Esto obedece principalmente a la creación de extensiones universitarias y en menor proporción por la constitución de nuevas universidades como es el caso de la Universidad Estatal del Sur de Manabí y la Estatal de Milagro que se crean, según el CONESUP, en el 2001, pero también porque universidades creadas hace algún tiempo atrás, en estos últimos años incursionan en el ámbito de la salud. Por tanto, además de Ambato, Babahoyo, Cuenca, Guaranda, Guayaquil, Ibarra, Loja, Machala, Manta, Portoviejo, Quito, y Riobamba que ya tenían instituciones de formación de cuarto nivel en salud en el 2001, ahora también se suman: Azoguez, Cañar, Bahía de Caráquez, Chone, El Carmen, Esmeraldas, Jipijapa, Latacunga, Macas, Milagro, Puyo, Quevedo, San Miguel, Santo Domingo de los Colorados, Sucumbios, Tena, Ventanas, Yantzatza, Zamora y Zaruma (20 nuevas).

El incremento es más notorio cuando se analizan las carreras, excepto en el caso de obstetricia, pues en ésta se mantienen las 3 universidades que forman a este personal. En el caso de medicina el aumento es de 10 a 22 (incluye la extensión de Azoguez); en odontología el aumento es de 7 a 14 con la sede Santo Domingo de los Colorados de la U. Cooperativa de Colombia en el Ecuador, en enfermería el aumento es mayor 15 a 42 (implica 19 extensiones y 3 sedes), finalmente en tecnología médica aumentan de 9 a 24 (incluye 3 extensiones y 2 sedes).

---

<sup>6</sup>] Para el desarrollo de este acápite se tomó la información producida por: Merino Cristina. *El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio* (II Edición corregida y actualizada). Quito: OPS/OMS-CONASA (En prensa).

### **2.6.2 Distribución de matriculados y graduados en salud**

Respecto del comportamiento de los matriculados en primer año de las carreras de medicina, odontología, enfermería, obstetricia y tecnología médica, a nivel nacional, durante la década de los 80, se produce una ojiva que traduce tanto el incremento dado en los primeros años de la década como el posterior descenso que se mantiene por algunos años hasta el 2000. A partir del 2001 el aumento es significativo. Es así que, hasta el 2000 el promedio anual de alumnos matriculados en primer año es de 8.577 pero desde el 2001 hasta el 2006 este promedio llega a 14.561. Por otro lado, si se compara el número de ingresos a primer año del 2001 con el 2006 la diferencia es de un 76.1% dada principalmente por el ingreso semestral de alumnos a la universidad. La Sierra es la región que más aporta y, a partir de 1999 el oriente entra en la escena en el ámbito de la formación de profesionales en salud.

En el sector privado la tendencia lineal de matriculados en primer año de las carreras seleccionadas va en aumento, esta tendencia en los graduados también es ascendente, mientras que en el sector público, hasta el 2001 estas tendencias (matriculados y graduados) eran decrecientes pero con el aporte de los últimos años estas tendencias se revierten. Sin embargo, el sector privado porcentualmente aumenta cada vez más en relación al público (4.9% en 1981 a 21.1% en 2006).

El ámbito de salud es mayoritariamente femenino, tanto porque está constituido por carreras tradicionalmente femeninas como enfermería y obstetricia como porque en las carreras (medicina) en la que los hombres eran mayoría ahora sucede lo contrario. Por tanto, existe una propensión a la feminización del sector salud cada vez mayor.

Las carreras seleccionadas en este estudio, presentan diferencias por región y sexo, es así que, tanto en la Sierra como en la Costa hay más mujeres que se matriculan en estas carreras. Además, el número total de matriculados es menor en la Costa, por lo que, en definitiva son los hombres en la Costa los que menos se matriculan.

## **3. PROPUESTAS PARA ENFRENTAR LA PROBLEMÁTICA**

### **3.1 La respuesta Regional a los problemas en el área de Recursos Humanos en Salud**

Como hemos dicho, prácticamente todos los países de las Américas, se enfrentan a los retos de una serie compleja de problemas de recursos humanos: insuficiencia grave o sistemática de personal sanitario de determinadas categorías; falta de relación entre la oferta y el mercado de trabajo; carencia de recursos humanos que atiendan las necesidades de salud de grandes sectores de la población; movilidad constante de la fuerza laboral entre las diferentes partes del sector de la salud; disposiciones y condiciones precarias de trabajo; escasa motivación y baja productividad del personal de salud; ineficiencia en la asignación de los recursos; desequilibrios profundos en la composición y distribución de la fuerza laboral; conflictividad laboral; emigración de personal de salud desde algunos países con servicios de salud más deteriorados hacia otros con mayores y mejores disponibilidades, entre otros problemas.

Hacia finales de los años noventa del anterior siglo, estos problemas -algunos de los cuales son parte de la agenda inconclusa, dada su persistencia con el transcurso del tiempo, y otros han surgido en el contexto de las reformas del sector salud promovidas por las agencias financiadoras internacionales- recibieron

progresivamente mayor atención de la Organización Panamericana de la Salud y sus Estados miembros. La repercusión de las reformas en la gestión de la fuerza laboral de salud se convirtió en un motivo cada día mayor de preocupación ante la multiplicación de los conflictos laborales en la Región, algunos con consecuencias desastrosas para la población<sup>[17]</sup>. En 1999, la OPS respondió con el lanzamiento de la Iniciativa Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, en Santiago de Chile, con el objetivo inicial explícito de vigilar la repercusión de las reformas del sector de la salud en su fuerza laboral.

En septiembre de 2001, el 43 Consejo Directivo aprobó una resolución sobre el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos de salud, por la cual instó a los Estados Miembros a otorgar carácter prioritario a las políticas para la formación de recursos humanos en sus procesos de reforma sectorial y a participar activamente en la iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos. El 45° Consejo Directivo (2004) aprobó la resolución CD45.R9 por la cual solicitó a los Estados Miembros que lideraran eficazmente el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos que respaldasen la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública y que explorasen maneras de abordar mejor la contratación activa de profesionales de la salud provenientes de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada.

En respuesta a estos mandatos, la Organización realizó en 2005 una consulta para caracterizar los retos fundamentales a los que se enfrentan los países de la Región en el ámbito de los recursos humanos. Los cinco retos fundamentales identificados se convirtieron en la plataforma común del Llamado a la Acción para una Década de Recursos Humanos de la Salud, durante la Séptima Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en Octubre de 2005<sup>[18]</sup>. Aprovechando el *Llamado a la Acción*, muchos países iniciaron o intensificaron el proceso de formulación de planes de acción nacional y subregional con perspectiva a 10 años. Los avances logrados se compartieron con los 31 países participantes en la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Lima en noviembre de 2006<sup>[19]</sup>. La VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud abordó el tema de la migración de los trabajadores de la salud en la reunión celebrada en Colonia del Sacramento (Uruguay), en octubre de 2006. La XXII Reunión del Sector de la Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), celebrada en la Ciudad de Guatemala en septiembre de 2006, reconoció la urgente necesidad de aprobar medidas y establecer un observatorio subregional. En marzo de 2007, en La Paz, la Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSA) estuvo de acuerdo con la formulación de un plan de acción a 10 años.

Por último, cabe destacar que la crisis mundial de los recursos humanos ha sido objeto de debates e iniciativas importantes en otras regiones del mundo y a nivel

---

[17] Scavino J. La conflictividad de alcance nacional en el sector salud en la región de las Américas. <http://observatorisp.org>.

[18] Llamado a la acción de Toronto, *Hacia una década de recursos humanos para la salud en la Américas*, OPS, Salud Canadá y el Ministerio de Salud de Notario y *Long Term Care*. Toronto, Canadá, octubre de 2005.

[19] *Planes decenales de recursos humanos en salud: Hacia una visión común*. VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, OPS y el Ministerio de Salud de Perú, Lima, noviembre de 2006.

mundial, como quedó reflejado en la Iniciativa de aprendizaje Conjunto *Recursos Humanos para la Salud: Superemos la Crisis*; el Foro de alto nivel sobre los ODM y los recursos humanos para la salud; el Informe sobre la salud en el mundo de 2006, *Colaboremos por la salud*; y, la creación reciente de la *Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario*, para mencionar algunos de los más importantes.

La 27.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió en octubre de 2007 impulsar el desarrollo de las *Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015*, las mismas que están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la *Agenda de Salud para las Américas* y el *Llamado a la Acción de Toronto* y que sin lugar a dudas constituye una propuesta de gran importancia para enfrentar los problemas analizados y para superar los mismos

### **3.1.1 Orientaciones estratégicas de la política de recursos humanos para la salud**

Claramente la magnitud de la oferta de recursos humanos de salud repercute positivamente en el estado de salud de la población, en particular con respecto a la mortalidad materna e infantil, un resultado compatible con los datos de las investigaciones actuales sobre el terreno. Si bien esta cifra de 25 por 10.000 no es absoluta, proporciona un punto de referencia y permite formarse una idea de la magnitud relativa de las dificultades. La relación entre los recursos humanos de salud y la situación de la salud está mediada por la organización de los servicios de salud, y la combinación óptima de aptitudes y personal en un contexto dado [20].

Se ha aducido que el factor determinante más importante del desempeño de un sistema de salud es el rendimiento de los agentes de salud [21].

El concepto básico que apuntala el marco de relación entre la intervención de los recursos humanos para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y lograr los resultados de salud deseados es estratégico. Ello implica que la política de recursos humanos debe evolucionar dinámicamente con los objetivos del sistema de salud a fin de responder apropiadamente a un ambiente sociodemográfico y epidemiológico en rápido cambio. Algunos aspectos relacionados con la suficiencia numérica y la composición, necesitan varios años para producir los resultados deseados. Por consiguiente, en la política de recursos humanos se debe contemplar una combinación de intervenciones a corto, medio y largo plazo. Por último los problemas complejos que caracterizan el incremento, la distribución, la composición y el desempeño de la fuerza laboral exigen enfoques integrales y ponen en entredicho el establecimiento de compartimentos estancos y la actuación aislada.

Se reconoce que el desarrollo exitoso de los recursos humanos para la salud requiere planificación y formulación de políticas que resulten del esfuerzo multisectorial, especialmente de Salud, Educación, Trabajo y Finanzas y que promueva la articulación de actores gubernamentales y no gubernamentales.

La magnitud de los retos fundamentales en materia de recursos humanos a los que se enfrentan los países de la Región exige cambios radicales e intervenciones innovadoras. A su vez, estos últimos serán más probables y sostenibles si la autoridad sanitaria nacional asume un liderazgo fuerte y elabora los planes de acción

---

[20] Macinko, J. et al. Evaluation of the impact of the family health programs in infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60: 13-19, 2006.

[21] Dussault G. Improving the performance of the health workforce: from advocacy to action. Presentación ante el 47 Consejo Directivo de la OPS, Septiembre de 2006.

colaborativos que corresponda. A fin de lograr la máxima repercusión en los resultados de salud, estos planes deben centrarse esencialmente en el desarrollo de sistemas de salud basados en atención primaria y fortalecimiento de las infraestructuras de salud pública.

### **3. 2 La respuesta nacional a los problemas en el área de Recursos Humanos en Salud**

Si analizamos las potencialidades nacionales para dar respuesta a los problemas existentes en el área de recursos humanos en salud a la luz de los cinco desafíos críticos mencionados en la *Agenda de Salud para las Américas* y el *Llamado a la Acción de Toronto*, es posible decir que el país ha creado algunos mecanismos que pretenden dar cuenta de los problemas existentes, pero que todavía se requiere mucho trabajo en este campo:

#### ***Desafío A:***

*Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de manera tal que se adapte a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar mejor la capacidad institucional para definir estas políticas y revisarlas periódicamente.*

Uno de los logros más importantes en este campo está representado por la conformación de la Comisión Nacional de Recursos Humanos, CONARHUS del Consejo Nacional de Salud, con la representación de los actores más importantes en este campo: gremios profesionales y sindicatos de trabajadores de la salud; servicios de salud; AFEME como representante de las entidades formadoras en salud; y, SENRES y CONESUP. La CONARHUS constituye el espacio fundamental donde se debaten los problemas más importantes en el campo de los recursos humanos y se propone medidas de solución. La CONARHUS sustenta, por otro lado el Observatorio de Recursos Humanos que entrega y actualiza la información en este campo.

El Ecuador dispone, entonces, de una *unidad 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, niveles de gobierno e interesados directos*, conforme recomienda la Meta 1, pero no ha impulsado la elaboración de una política de recursos humanos en salud que ponga las bases para la acción en este campo, tampoco ha definido una clara política relacionada con la formación y acción en atención primaria de salud conforme recomiendan las Metas 2 y 3. Han incrementado grandemente las instituciones de formación de enfermería, de 15 en el 2001 a 42 en el 2006, pero todavía estamos muy lejos de la *razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos de 1:1* recomendada por Meta 4. Actualmente la razón es de 3:1. Esta situación puede empeorar ante la emigración de profesionales enfermeras a otros países. La relación recomendada por la Meta 1 es bastante próxima ya que el país tiene actualmente 23 médicos + enfermeras + obstétricas por 10.000 habitantes pero con razones bastante inadecuadas.

#### ***Desafío B:***

*Ubicar a las personas adecuadas en los lugares adecuados mediante el despliegue del personal indicado a los cargos pertinentes y en los ámbitos más apropiados de los países, de manera de lograr una distribución equitativa de la cantidad y la combinación de aptitudes del personal sanitario en las diferentes regiones para que estén al nivel de las necesidades de salud específicas de esas poblaciones.*

Las brechas de distribución de personal entre zonas urbanas y rurales, entre provincias con mayor desarrollo relativo y zonas más deprimidas y entre servicios de salud de mayor complejidad y de menor complejidad son grandes en el país. Para dar cuenta de esta limitación la CONARHUS ha venido impulsando la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, a través de la cual intenta encontrar un instrumento que ayude a dar mayor fuerza y coherencia a la distribución de personal, a la selección, trabajo y retiro del personal de salud. Sin lugar a dudas este instrumento legal posibilitaría alcanzar la meta 6 *reducción de la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales*.

No existen en el Ecuador en la actualidad claras políticas para dar cuenta de las Metas 7, 8 y 9.

*Meta 7:* Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.

*Meta 8:* 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

*Meta 9:* El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.

Al respecto, Ecuador requiere impulsar una estrategia para el desarrollo de un programa amplio y serio de cambio del modelo de atención hacia la salud familiar, atención primaria e interculturalidad que englobe tanto a los servicios de salud, cuanto a las entidades de formación de personal.

#### ***Desafío C:***

*Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países en desarrollo conserven a su personal sanitario y eviten carencias en su dotación.*

Ecuador tiene políticas para el reconocimiento de profesionales formados en el extranjero, lo cual hace referencia a la Meta 12, pero no se establecen todavía acuerdos con otros países para tratar la problemática de la migración -constantes en las Metas 10 y 11-, la misma que cada día es más preocupante.

#### ***Desafío D:***

*Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación de ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.*

Las Metas 13 y 14 han sido enfrentadas a través de la propuesta de Carrera Sanitaria: corregir el trabajo precario y elevar la política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud.

Las universidades del país están dando una importante respuesta para alcanzar la meta La Meta 15: *Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético* a través de los cursos de postgrado en salud pública y gestión en salud. Mientras que el anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria propone



mecanismos importantes para *prevenir, mitigar o resolver los conflictos del trabajo*, constante en la Meta 16. Al respecto, la CONARHUS conjuntamente con la Universidad Central, el Ministerio de Salud Pública, la OPS/OMS y el Gobierno del Brasil, se encuentran desarrollando una estrategia de formación de recursos humanos en gestión y políticas de recursos humanos.

***Desafío E:***

*Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.*

Todas las metas relacionadas con este desafío deben ser trabajadas con cuidado y fuerza en el Ecuador, esto es: requerimos encontrar vías para ejercer una reforma educativa fuerte que posibilite *reorientar la formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria* y para la *incorporación de estrategias para la formación interprofesional*, conforme recomienda la Meta 17. Igualmente, la propuesta que aparece en la Meta 18: *las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas*, debe ser operacionalizada conjuntamente con las instituciones de educación superior.

La *Ley del Sistema Nacional de Salud* establece en su artículo 6 que

*El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención, con énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, en procesos continuos y coordinados de atención a las personas y su entorno, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicina alternativa* <sup>[22]</sup>.

Mientras que la *Política Nacional de Salud* reconoce en el numeral 4.3.2 la necesidad de

*Formar multidisciplinariamente el talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule la medicina tradicional y otras medicinas alternativas y complementarias con la práctica de los servicios de salud.*

Tanto la Ley del Sistema cuanto la Política de Salud reconoce la necesidad de formar recursos humanos *generalistas* y con un enfoque multicultural que puedan dar cuenta de los problemas de salud, cuyo abordaje requieren de una propuesta amplia y un tanto diversa a la tradicional. La Universidad Ecuatoriana se encuentra también convocada a estudiar esta problemática con miras a dar una respuesta diversa; sin su participación será imposible avanzar en las propuestas de cambio en el modelo de atención y gestión que se quiere implementar en el país.

La disminución de tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería, que propone la Meta 19 y la acreditación de las Facultades de Ciencias Médicas y Cursos

---

<sup>(22)</sup> Consejo Nacional de Salud. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. En: Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador. Quito: CONASA-MSP. 1992.

de Salud Pública (Meta 20), son preocupaciones de la CONARHUS que deben ser impulsadas.

La cuestión de la *recertificación profesional* ha sido levantada por el CONARHUS en coordinación con las universidades y los gremios profesionales.

#### **4. ALGUNAS IDEAS FINALES**

El campo de los recursos humanos en general y de salud en particular es sumamente complejo y requiere el trabajo mancomunado de todos los actores. Los cambios en las formas de engarce en el trabajo por parte de los de los profesionales y trabajadores de la salud requieren de urgentes acciones, tales como: un nuevo concepto sobre el recurso humano en salud, una teoría sobre el trabajo en salud distinta donde la universidad tiene la batuta, un cambio en la gestión de los recursos humanos en los servicios, una actualización de las normas en este campo, donde el Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria tiene una especial importancia, una acción interrelacionada entre las instituciones y en el concierto de países para facilitar el trabajo mancomunado entre los mismos.

En el Ecuador, la forja de una propuesta coherente que pretenda dar cuenta de la compleja problemática enunciada, requiere del esfuerzo conjunto de múltiples actores que colijan en un espacio donde puedan analizar la situación actual de los recursos humanos en salud, elaborar propuestas y encaminar acciones dirigidas a superar los problemas enunciados. Eso es lo que representa la Comisión Nacional de Recursos Humanos del CONASA, CONARHUS, instancia a la que debemos apoyar y fortalecer porque en ella se instalan los actores que representan a la educación, los servicios, los gremios y sindicatos, el ámbito regulador y la sociedad civil. En este nivel se viene dando forma al Observatorio de Recursos Humanos como un espacio de información y debate sobre los aspectos importantes en este campo. El fortalecimiento del Proceso de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y de sus unidades provinciales es indispensable. Es esencial fortalecer el trabajo solidario y representativo de la voluntad común universitaria en salud, es decir, lo que representa AFEME y las asociaciones de escuelas y facultades de enfermería, odontología, obstetricia, tecnología. El fortalecimiento de nuestras instituciones constituye la única forma de participar con autonomía y fuerza en este mundo global.