

**INFORME DE LA  
CONSULTORIA PARA APOYAR  
EL MONITOREO DE LOS  
PLANES DE ACCION DE  
RECURSOS HUMANOS EN  
SALUD**

**Lcda. Margarita Velasco Abad. MPA  
Alexandra Escobar**

**Noviembre, 2007**

## CONTENIDOS

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Antecedentes</b> .....   | 3  |
| <b>2. Objetivos</b> .....  | 3  |
| <b>3. Metodología para el monitoreo de las metas</b> .....   | 4  |
| <b>4. Las metas se convierten en indicadores</b> .....   | 5  |
| 4.1. Los indicadores sociales: elementos conceptuales .....  | 9  |
| 4.2. Definición de los indicadores .....   | 12 |
| <b>5. Identificar fuentes de información y analizar su validez</b> .....   | 16 |
| 5.1. Censos .....  | 16 |
| 5.2. Encuestas .....   | 16 |
| 5.3. Registros administrativos.....  | 16 |
| 5.4. Entrevistas a informantes claves .....  | 16 |
| 5.5. Grupos focales.....   | 17 |
| 5.6. Investigaciones específicas.....  | 17 |
| 5.7. Identificar fuentes de información y analizar su validez.....   | 17 |
| <b>6. Línea de base de las metas del Plan Regional Andino de rhus de Ecuador para monitorear el cumplimiento de los Desafíos de Toronto en los próximos siete años (2007-2015)</b> ..... | 26 |
| <b>7. Porcentaje de cumplimiento de las metas en la línea de base de Ecuador</b> .....   | 33 |
| 7.1. Estrella 1 a construir con el cumplimiento de metas .....   | 35 |
| 7.2. Estrella 2 a construir con el cumplimiento de las metas 2015.....   | 36 |
| <b>8. Recomendaciones para lograr cumplir con las metas</b> .....  | 37 |
| <b>9. A manera de conclusiones: el taller de La Paz</b> .....  | 38 |
| <b>Bibliografía</b> .....  | 40 |
| <b>Anexos</b> .....  | 41 |

## **1. ANTECEDENTES**

La OPS/OMS definió un plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud para el período 2007-2015 en respuesta a una disposición de sus Estados Miembros de actuar y avanzar conjuntamente en respuesta a los desafíos que enfrentan los trabajadores de la salud<sup>1</sup>.

Este plan era una de las acciones fundamentales que devinieron de la definición de los cinco retos fundamentales identificados por los países de la Región sobre Recursos Humanos y que sirvieron de base para el Llamado a la Acción para una Década de los Recursos humanos en Salud en Toronto en octubre del 2005.

La Fundación Observatorio Social del Ecuador ejecutó una consultoría para sugerir un modelo de vigilancia de los compromisos de Toronto con indicadores y metas. Para ello elaboró un marco de referencia que sintetizaba las propuestas de los Observatorios de RHUS y la situación de las políticas y conocimiento sobre los recursos humanos en salud en la región andina.

Como resultado de esta primera consultoría se identificó vacíos en la definición de metas cuantitativas que permitieran construir una línea de base. Sin embargo, ejerció la capacidad del sistema de información de Ecuador, para aplicar la lógica del modelo que planteó. Logró construir indicadores que operativizaban el desafío dos de Toronto para el caso de Ecuador.

Este modelo fue presentado en varias reuniones en las que participó la oficina regional de OPS/OMS en diferentes países de América Latina. Se recabaron los comentarios para realizar los respectivos reajustes a la propuesta.

En junio del presente año, 2007, en la sesión 140 del Comité Ejecutivo de la OPS se presentaron metas operativas del Plan de acción Regional de Recursos Humanos para la Salud.

A partir de estas importantes definiciones y cuantificaciones sobre las metas a alcanzar, se encargó nuevamente a la Fundación Observatorio Social del Ecuador, un ejercicio de monitoreo del Plan utilizando al Ecuador como modelo para comprobar las posibilidades del seguimiento y comparatividad de los progresos que alcanzarían los países a la luz de las metas propuestas.

Este informe contiene la experiencia ecuatoriana respecto a la línea de base que permite operativizar las metas propuestas con indicadores de seguimiento.

## **2. OBJETIVOS**

---

<sup>1</sup> OPS-OMS. 140ava Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, 25 al 29 de junio del 2007.

La Consultoría se propuso los siguientes objetivos:

1. Construir una propuesta metodológica para levantar la línea de base del Plan Regional Andino de RHUS y a partir de ello, monitorear el estado de cumplimiento de los desafíos de Toronto en los próximos siete años (2007-2015)
2. Aplicar la metodología a Ecuador, para comprobar su la viabilidad
3. Plantear formas de visibilizar y comunicar avances o retrocesos en la situación de los recursos humanos en salud en el período definido

### **3. METODOLOGÍA PARA EL MONITOREO DE LAS METAS**

El seguimiento y evaluación de políticas públicas sigue un proceso en el que se identifican los siguientes momentos:

1. Definir metas concretas cuantitativas
2. Convertir las metas en indicadores
3. Definir los indicadores y sus fórmulas de cálculo
4. Identificar fuentes de información y analizar su validez.
5. Calcular los indicadores
6. Comparar los indicadores del presente con las metas planteadas
7. Identificar acciones de la política pública que deben ser ejecutadas para alcanzar las metas propuestas.

Esta secuencia define que el futuro, que son las metas a lograr, está ligado a la acción presente. Por tanto, la línea de base demuestra las incipiencias o el desarrollo que determinado aspecto de la meta tiene en el presente, e induce a gestionar las posibilidades de modificar la situación encontrada en el presente para poder alcanzar la meta.

El proceso arranca de la definición de metas concretas, en lo posible cuantitativas. Ello permitirá objetivamente medir a dónde se espera llegar. La meta es el futuro deseado y es por tanto, el máximo logro que se alcanzará si es que la trayectoria, es decir, las acciones son ejecutadas de manera acertada para acercarnos al objetivo planteado.

Las metas pueden ser utopías que se convierten en desafíos. Y pueden quedarse como tales, sin embargo, orientan el sentido, la direccionalidad de las acciones del presente.

La prueba de la objetividad de la meta o de su diseño utópico es la operatividad de ella en indicadores. Estos pueden ser tanto cualitativos como cuantitativos. Ambos pueden ser sintetizados en escalas numéricas o nominales.

La definición de los indicadores implica precisiones para facilitar su reproducción en otros contextos nacionales con el fin de compararlos entre

grupos de países. Los indicadores también sintetizan las comprensiones y alcances de las acciones de las metas.

Las fuentes de información en los países andinos son por lo general los censos, las encuestas de hogares, las encuestas de empleo, los registros administrativos y ciertas investigaciones específicas y puntuales. Las fuentes limitan las características y los aspectos diversos de la realidad que los indicadores quisieran captar en los datos. Por otro lado, hay diversidad en la calidad de la información y muchas de ellas no dan cuenta de toda la población en estudio sino de parte de ella.

La línea de base permite un registro presente de la situación de los recursos humanos en los aspectos circunscritos a las metas. Por ello es fundamental que las metas hayan sido acordadas y consensuadas por todos los países andinos, porque su modificación implicaría también cambiar los ámbitos de observación que se registran en los indicadores.

El juego entre meta y línea de base, descubre el déficit del presente y sugiere acciones concretas en la perspectiva del resultado final a lo largo de los 10 años planteados como el tiempo de logro de dichas metas.

#### **4. LAS METAS SE CONVIERTEN EN INDICADORES**

El Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud 2007-2013 en su última versión del 19 de junio del 2007, definió metas cuantitativas, en su gran mayoría, para cada uno de los Cinco Desafíos del Llamado a la Acción de Toronto.

Con estas definiciones se procedió convertir las metas en indicadores, tal y como se coloca en el Esquema número 1. En el cuadro se observan tres columnas. En la primera se ha colocado el Desafío de Toronto, en la segunda, las metas a alcanzar y en la tercera se señalan los indicadores que se proponen:

**Esquema No. 1**  
**DESAFIOS, METAS E INDICADORES PROPUESTOS**

| DESAFÍO Toronto  | METAS   | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>1. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de tal manera 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</b> | Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de RH de 25 x 10.000   | 1. Razón de médicos x 10.000 habitantes<br>2. Razón de enfermeras x 10.000 habitantes Nacional   |
|  | Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total  | 3. No médicos en centros de salud, dispensarios y subcentros/total de personal médico  |
|  | Todos los países habrán formado equipos de APS con amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad              | 4. Competencias de los equipos de salud<br><br>5. No de equipos de salud<br><br>6. No. De redes creadas para apoyar el trabajo de los equipos de salud<br><br>7. No. De agentes sanitarios incluidos en equipos de salud     |
|  | La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región   | 8. Razón médicos/enfermeras  |
|  | Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos | 9. Existencia o no de una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos |
|  | La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbana y rurales reducida a la mitad en el 2015   | 10. Brecha de personal de salud (médico-enfermera) urbano y rural  |
|  | Al menos el 70% de los trabajadores de APS tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables   | 11. Porcentaje de trabajadores de APS con competencias de salud pública e interculturales comprobadas  |

| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   |
|--|---|--|
| <b>2. Ubicar personas idóneas en los lugares adecuados</b>   | 70% de las enfermeras, auxiliares de enfermería los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionados sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones       | 12. Porcentaje de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de de la comunidad con aptitudes y competencias perfeccionadas a la luz de la complejidad de sus acciones |
|  | El 30% del personal sanitario en los entornos de APS se habrán reclutado de sus propias comunidades   | 13. Porcentaje de personal sanitario de APS reclutado de sus propias comunidades   |
| <b>3. Reglamentar las migraciones y desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que se proteja el acceso a la atención de salud de la población</b> | Todos los países de la región habrán adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.                                    | 14. Existencia del Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.   |
|  | Todos los países de la Región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHS  | 15. Existencia de una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHS   |
|  | Todas las subregiones habrán formulado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero   | 16. Existencia de mecanismos para reconocimiento de profesionales formados en el extranjero.   |
| <b>4. Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud con el fin de fomentar ambientes de trabajo saludables</b>        | La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países  | 17. Porcentaje de personal de salud (médico y enfermera) sin afiliación al seguro social<br>18. Porcentaje de personal de salud con contratos ocasionales y contratados a riesgo compartido              |
|  | El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo             | Existencia de una política de salud y seguridad para los trabajadores, que incluya programas para reducir las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo.  |
|  | 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                                 | 20. Porcentaje de gerentes que tienen requisitos satisfactorios, actitudes y ética para su trabajo   |
|  | El 100% de los países de la región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales, | 21. Existencia de Legislación que prevenga, mitigue y resuelva conflictos<br>Y que sancione paralizaciones y no accesibilidad a servicios de salud de la población por causas laborales                  |

| DESAFÍO Toronto  | METAS   | Indicador  |
|--|---|--|
| <b>5. Crear mecanismos de cooperación entre instituciones formadoras y de servicios para que sea posible adaptar la educación a un modelo universal y equitativo</b> | El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional        | 22. % del currículo de las escuelas de salud con orientación clínica y de APS  |
|  | El 80% de las escuelas de ciencias de la salud con orientación clínica habrán adoptados programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié en comunidades s poblaciones indígenas | 23. Existencia o no de programas que integran estudiantes indígenas  |
|  | Las tasas de abandono de las escuelas de enfermería y medicina no excederán del 20%   | 24. % de deserción/ no. De ingresos totales en las escuelas de medicina y enfermería   |
|  | El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán debidamente acreditadas por una entidad homologadota reconocida   | 25. No. De Facultades y/o Escuelas de Ciencias Médicas, Médicas, de Enfermería, Obstetricia. Odontología y Tecnología Médica acreditadas y reconocidas |

ELABORACIÓN: M. Velasco.

## 4.1. LOS INDICADORES SOCIALES: ELEMENTOS CONCEPTUALES

*“Los indicadores sociales son estadísticas con un significado y, frecuentemente, con un mensaje. Revelan la realidad detrás de los números. Al develar las diferencias o disparidades en esta realidad, pueden convertirse en herramientas útiles para diagnosticar esas desigualdades y seguir el progreso de su erradicación”*

Mayra Buvinic, (UNESCO) *Women and development: indicators of their changing role.* 1981.)

Los indicadores sociales son una aproximación a la realidad, como tal pueden no reflejar toda su complejidad. Bauer afirma que son una forma de evidencia que nos permite evaluar dónde *“nos encontramos y a dónde vamos con respecto a los valores y metas, y evaluar programas específicos y determinar su impacto.”* R. Bauer. *Social indicators.* 1966

Son una herramienta útil dirigida a apoyar tres momentos de la implementación de las políticas públicas:

(1) Diagnóstico (antes) cómo está hoy la situación de los RHUS  
Ejemplo: línea de base de las metas del Desafío de Toronto

(2) Monitoreo (proceso de cumplimiento)  
Ejemplo: en el año 2010 ¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento de la meta 1.1. relación médicos-enfermeras

(3) Evaluación (después, impactos y logros)  
Ejemplo: En el 2015 cuántas de las 20 metas se cumplieron de los 5 Desafíos de Toronto, cuál fue el más difícil de lograr y por qué

### ***¿Para qué sirven los indicadores?***

En la política pública sirven para medir el porcentaje de cumplimiento de los compromisos internacionales y nacionales del país con sus recursos humanos en salud. Los indicadores son elementos fundamentales para rendir cuentas a la población sobre el nivel que alcanzaron el cumplimiento de los objetivos que definieron en sus planes y programas. Se podría decir que son los instrumentos de las funciones de fiscalización y control internas del aparato público. Responden a una agenda política. En este caso responden al Plan de Acción Regional de Recursos Humanos para la Salud.

Los indicadores sociales son parte de una tecnología de gobierno que entiende la función de control, seguimientos y evaluación, como elemento fundamental de la gerencia social y pública. Los indicadores están relacionados con el análisis coyuntural y de política.

Los indicadores pueden demostrar inequidades en la distribución de los recursos sean éstos humanos o materiales. Es por ello que pueden ser útiles para tener constancias de la eficiencia y eficacia de la acción social.

Existen diversos indicadores de acuerdo a los marcos conceptuales que los generan y a la intencionalidad que poseen. No es lo mismo generar indicadores para describir situaciones o para analizarlas. Tampoco es lo mismo formular indicadores de cumplimiento de políticas o de ejecución de la gestión. Los indicadores deben responder a las necesidades de los usuarios, deben ayudar a dilucidar la forma de intervenir en problemas donde se requiere discutir las ideas que los sustentan. No se refieren a conceptos académicos: tienen que ver con la vida y aspiraciones de personas.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES SOCIALES**

### **1. Fácil interpretación**

Deben ser fáciles de usar y de interpretar. Las medidas que usan deben ser efectivas, entendibles y aceptadas por los usuarios, no solamente por especialistas.

Ejemplo: Porcentaje de deserción de estudiantes de medicina

### **2. Variedad temática**

Deben reflejar la variedad de dimensiones del problema: objetivas y subjetivas. Por tanto pueden construir medidas a partir de información cualitativa y cuantitativa. No existen medidas únicas. Deben, de manera ingeniosa, reflejar la variedad de facetas o temáticas de la vida social.

Ejemplo:

(1) Existencia o no de la dirección estratégica de RH en cada país Andino y lugar en el proceso decisorio estatal. (Información cualitativa)

(2) Razón de médicos por 10.000 habitantes

### **3. Oportunidad**

Si se trata de apoyar decisiones, la información debe permitir actuar a tiempo. Implica utilizar cabalmente la información disponible y/o crear nuevas fuentes. No es posible esperar obtener medidas "perfectas"

Ejemplo:

\* Porcentaje de médicos y enfermeras inmigrantes de otros países

\* Porcentaje de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad con aptitudes y competencias perfeccionadas a la luz de la complejidad de sus acciones

#### **4. Visión de futuro**

Las condiciones de vida no son estáticas ni cambian diariamente: se definen a mediano y largo plazo. Deben medirse con la periodicidad adecuada (series de tiempo) para ver cambios en el tiempo y alertar sobre riesgos.

Ejemplo:

Monitoreo de las metas del Plan Regional de RHUS 2007-2015

Año: 2007 Ecuador: 11,8 razón de médicos por cada 10.000 habitantes

Año 2010 Ecuador:

Año 2015 meta a lograr. Razón de médicos por cada 10.000 habitantes

#### **5. Sintetizan un gran cúmulo de datos**

El indicador es el resultado de una relación de dos fenómenos o más que se observan y se cuantifican. No son datos simples. Se comparan con algo.

Ejemplo:

Porcentaje de médicos en centros de salud, dispensarios y subcentros.  
Ecuador: 23%

Es la relación entre: (1) la suma del número de médicos que trabajan en centro + subcentro+ dispensario+puesto de salud en el año y (2) el número total de médicos en el mismo año de la observación

#### **6. Confiabilidad**

Un indicador es útil sólo si se puede confiar en lo que muestra. Debe partir de información primaria confiable. Confiabilidad no es lo mismo que precisión. Si no pueden ser exactos, deben sí ser una buena aproximación a lo que ocurre.

Ejemplo: Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin afiliación al seguro social. Ecuador: 23%

Fuente primaria de datos: INEC, Encuesta Nacional de Empleo, 2006

Confiabilidad de la Encuesta: 98% de confiabilidad (¿?¿?)

#### **7. Fiabilidad**

Todo indicador debe permitir su reproducción y análisis por parte de los usuarios. Es preciso documentar todos los pasos en su construcción. Toda manipulación de los datos debe ser explicada y fundamentada. Sólo así se reconocerán sus limitaciones.

Ejemplo:

### *Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin contrato fijo*

Definición del indicador: Se entiende por contrato fijo a la relación laboral formal mediada por un nombramiento y ratificada por la emisión de un número patronal del seguro social que testifica su pertenencia a una institución y la protección del empleado por las leyes laborales vigentes.

Fórmula de cálculo:  $((\text{Número de médicos afiliados al seguro social} + \text{número de enfermeras afiliadas al seguro social}) \times 100) / (\text{Total médicos} + \text{total enfermeras})$

Fuente: INEC, Encuesta de Empleo 2006, pregunta No. 56. II parte

## **8. Representatividad**

Los indicadores deben corresponder a las características o condiciones más generales del grupo o población objetivo. Es preciso evitar fuentes que se refieren a individuos específicos o grupos atípicos.

Ejemplo: Para el monitoreo de metas se definió como personal de salud a los médicos y enfermeras por ser el mayoritario.

De igual manera, los indicadores corresponden al nivel nacional.

## **9. Visibilizar las diferencias**

Deben permitir observar las diferencias al interior del grupo objetivo: por ejemplo, variedad geográfica (regiones, provincias, cantones y parroquias), residencial (urbana y rural), demográfica (sexo, edad) y sociocultural (pueblos y grupos étnicos).

Ejemplo: médicos y enfermeras

## **10. Comparabilidad internacional**

Deben ser consistentes con el repertorio internacional. Así se puede cotejar los logros del país con otros de similar desarrollo. Ello no obsta que se propongan medidas creativas y novedosas que den cuenta de las realidades del país.

Ejemplo:

indicadores de las metas del Desafío de Toronto utilizando indicadores ya existentes con las mismas definiciones para hacerlos comparables

## **4.2. DEFINICION DE LOS INDICADORES**

Se han identificado 25 indicadores para poder operativizar las metas. De ellos, 14 son factibles de ser medidos de acuerdo a la información disponible en Ecuador. 8 son cuantitativos, 6 cualitativos, a continuación, en el esquema No. 2 se define cada uno.

**Esquema No. 2 Indicadores del modelo ecuatoriano y su definición  
0001**

| <b>INDICADORES</b>   | <b>DEFINICIÓN</b>   |
|--|---|
| 1. Razón de médicos por 10.000 habitantes  | <p>Número de médicos generales (médicos graduados del pre-grado, sin especialización) y especialistas que ejercen su profesión y que por tanto se han registrado en el respectivo colegio profesional.</p> <p>La población se refiere al número de personas registradas por el último censo y/o a las proyecciones que sobre él se han hecho para el año de estudio.</p> <p>El indicador compara el número de médicos y los habitantes viviendo en el territorio nacional</p>                     |
| 2. Razón de enfermeras por 10.000 habitantes   | <p>Número de enfermeras profesionales, es decir que tienen título universitario, independientemente si son enfermeras generales, licenciadas o especialistas.</p> <p>La población se refiere al número de personas registradas por el último censo y/o a las proyecciones que sobre él se han hecho para el año de estudio.</p> <p>El indicador compara el número de enfermeras con las características descritas, y los habitantes viviendo en el territorio nacional en un año determinado,</p> |
| 3. Porcentaje de médicos en centros de salud, dispensarios y subcentro   | <p>Número de médicos capturados por el registro administrativo de la institución que trabajan en un centro, subcentro, dispensario y puesto de salud del sector público, incluidos los municipios, los diferentes ministerios, la seguridad social y la sanidad militar: o que laboren en o del sector privado con fines y sin fines de lucro expresado como porcentaje del total de médicos que se encuentran trabajando en instituciones con y sin internación</p>                              |
| 4. Razón médicos/enfermeras  | <p>Número de médicos en relación al número de enfermeras</p> <p>Nuevamente, cuando nos referimos a médicos se entiende por ello a los profesionales que tengan un título académico de una Universidad legalmente reconocida independientemente de si son especialistas o son médicos generales. En el caso de las enfermeras, aplica la definición ya anotada en el indicador 2.</p>  |
| 5. Existencia o no de una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos | <p>La unidad de RHUS es la autoridad sanitaria máxima para conducir de manera estratégica la formulación, seguimiento y evaluación de la política de RHUS. Incluye tanto acciones de administración de RHS como de gestión, negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos</p>  |

| INDICADORES   | DEFINICIÓN  |
|---|---|
| 6. Brecha de personal de salud (médico-enfermera) en la zona urbana y rural   | El Gini es la medida de la desigualdad entre áreas urbanas y rurales y cantones del país. Cuando llega a 0 se entiende que no existe desigualdad y se ha llegado a un equilibrio entre los datos negativos y los positivos. Se lo calcula sumando el número de médicos y enfermeras (de acuerdo a las definiciones ya anotadas sobre estos profesionales) que prestan servicios en cada uno de los 219 cantones del país y aplicando la medida del Gini para definir la desigualdad.  |
| 7. Existencia del Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.   | Código de Práctica global y normas éticas es el conjunto de principios y acuerdos consensuados a nivel internacional sobre el reclutamiento de trabajadores de la salud que tiene suficiente peso moral para lograr exigir que se cumplan sus fundamentos.  |
| 8. Existencia de una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHS   | Existencia de un inventario de RHS, tipo y características de los RHS y número que el país necesita, y regulación para la producción de RHS en acuerdo con las universidades.   |
| 9. Existencia de mecanismos para reconocimiento de profesionales formados en el extranjero.   | Existencia de una legislación que facilite la acreditación y reconocimiento de la titulación del personal de salud formado en el extranjero para que puedan ejercer su profesión  |
| 10. Porcentaje de personal de salud (médico y enfermera) sin afiliación al seguro social  | Para este indicador se define a personal de salud a los profesionales médicos y enfermeras, cuyas definiciones ya fueron antes señaladas, se suma el total de ellos que trabajan y se determina si ellos son o no afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y gozan de beneficios de jubilación, salud, mortuoria, préstamos. En el Ecuador, el seguro social cubre a solo el 18% de la población  |
| 11. Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin contrato fijo  | Personal de salud nuevamente es definido como se señaló en el anterior indicador. El contrato fijo de empleo, es la relación de trabajo con vínculos de dependencia con el patrono, lo que implica amparo de las leyes laborales: seguro social, estabilidad, derecho a vacaciones pagadas y licencias por enfermedad. Quien no tiene un contrato fijo no tiene ninguno de estos beneficios. La medida relaciona el número de personal de salud que tiene esta situación con el total del personal salud.   |
| 12. Legislación que prevenga, mitigue, resuelva conflictos y que sancione paralizaciones y no accesibilidad a servicios de salud de la población por causas laborales | La legislación se refiere a la base legal consignada en la Constitución del país, Leyes del Trabajo, Leyes de Arbitraje y Mediación; así como su cumplimiento y las acciones que se llevan a cabo para la prevención, mitigación y resolución de conflictos. El indicador también incluye las sanciones por el cierre o impedimento total o parcial de acceso a los usuarios y población a los servicios de salud, y por tanto, su utilización como forma de presión para el logro de las conquistas de las organizaciones de trabajadores de la salud. |

| INDICADORES   | DEFINICIÓN  |
|---|---|
| 13. Porcentaje de abandono de las Escuelas de Medicina  | En este caso abandono se entiende por estudiantes que se fueron de las carreras respectiva y no regresaron, por tanto no tiene que ver con la repitencia, sino que el indicador se dirige a contar el número de ingresos de estudiantes al primer año de la carrera de las escuelas de medicina y a restar el número de graduados de escuelas de medicina siete años más tarde, cuando se infiere que debían concluir su formación.   |
| 14. Porcentaje de escuelas de ciencias de la salud y de escuelas de salud pública acreditadas por una entidad homologadora reconocida | Cada país tiene instancias universitarias que acreditan a las escuelas o facultades de ciencias de la salud para lo cual cuentan con una serie de requisitos que deben ser llenados por estas universidades entre los que se encuentran dotación física y tecnológica, niveles de formación de docentes, su número, la producción científica de los mismos, entre otros elementos a ser considerados. Se busca <i>específicamente</i> averiguar si dentro de las Universidades están acreditadas las Facultades de Ciencias de la Salud y las Escuelas de Salud Pública, no basta con que la Universidad en la que ellas se insertan tengan dicha acreditación. |

## **5. IDENTIFICAR FUENTES DE INFORMACION y ANALIZAR SU VALIDEZ**

Por lo general los tipos de fuentes de información donde se puede encontrar los datos que permitan construir los indicadores provienen de: censos, registros administrativos, encuestas, entrevistas a informantes claves, grupos focales e investigaciones específicas.

### **5.1. CENSOS**

Los Censos cuentan características de todo el universo o población en estudio. Captan información en los hogares de todas las personas que viven en un país. Se realizan cada 10 años. Sus ventajas son la alta precisión de la información, y el hecho de que sus datos pueden ser desagregados hasta los niveles más mínimos de la organización geográfica o administrativa de un país. Su desventaja es el altísimo costo, que se incrementa con el volumen poblacional a registrar.

### **5.2. ENCUESTAS**

Estudios dirigidos a una muestra de la población en estudio diseñada de tal manera que contiene todas las variaciones posibles del universo en estudio

Entre sus ventajas están su costo, lo que las torna factibles de realizar y permiten ser una vía adecuada y directa para actualizar información logrando a su vez altos niveles de significación. Pueden ser diseñadas para captar percepciones de la población por lo que sirven tanto para investigaciones cualitativas como cuantitativas-

Entre sus desventajas es que no pueden desagregar territorialmente hasta los niveles censales. Su calidad está relacionada con la experticia del muestrista y el control del levantamiento de información. Depende del financiamiento su periodicidad. Deben ser replicadas cuidadosamente para poder conseguir comparabilidad de uno a otro año.

### **5.3. REGISTROS ADMINISTRATIVOS**

Son anotaciones periódicas de información en instituciones que ofrecen servicios sociales. Su ventaja es la periodicidad y actualidad de la información que recogen. Su desventaja es la información que depende del grado de entrenamiento uniforme del personal que la recoge ,lo que la puede alterar y restarle validez. Está circunscrita a las coberturas institucionales que no reflejan el universo poblacional

### **5.4. ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVES**

Este es un método cualitativo de recolección de información a través de una encuesta estructurada. Su ventaja es que permite profundizar en las causas y obstáculos de los temas investigados. Entre sus desventajas se anota el hecho de que se encuentran sujetos a la percepción del entrevistado por lo que se aconseja tomar por lo menos dos puntos de vista sobre el tema a indagar. Sin ninguna periodicidad garantizada.

## **5.5. GRUPOS FOCALES**

Grupos de entre 6 y 8 personas reclutadas a partir de una descripción de las características socioeconómicas y culturales de los grupos para testar percepciones y profundizarlas, tiene un facilitador que siguiendo una guía de preguntas previamente diseñada y discutida, recoge información colectiva. Su ventaja es el obtener información afinada que permite profundizar temas con diversidad de criterios y percepciones.

Entre las desventajas se señala las dificultades en el reclutamiento del grupo con las características que se requieren para lograr la diversidad de percepciones y causas de sus posicionamientos. No garantiza la periodicidad de la información.

## **5.6. INVESTIGACIONES ESPECIFICAS**

Es una indagación de un problema siguiendo los pasos del método científico. La ventajas es que permite profundizar en determinados temas sobre los cuales no existe información periódica. Su desventaja es el costo, tiempo y dificultades para el acceso permanente a información actualizada.

## **5.7. IDENTIFICAR FUENTES DE INFORMACIÓN Y ANALIZAR SU VALIDEZ**

Se inicia un proceso de aplicación e indagación de las fuentes de información que permitieran definir cuáles de los 26 indicadores definidos tenían la viabilidad de ser construidos e integrar la línea de base de Ecuador que serviría de modelo.

Como se puede observar en el esquema No. 3 muchos indicadores no pueden ser construidos debido a la ausencia de información sistemática, lo que se ha señalado al lado de cada indicador. Es por ello que el ejercicio de aplicación a la situación de Ecuador, se limita a la construcción de una línea de Base con 14 indicadores, quedando por fuera de este trabajo, los 12 indicadores hasta completar 26.

De igual manera, toda vez que el Instituto de Estadísticas y Censos ecuatoriano se convierte en la fuente más importante de datos, se procedió a sondear las posibilidades que otros Institutos Andinos de Estadísticas y Censos pudieran tener.

Se entrevistó al Director de Estadísticas Socio demográficas del INEC, Sociólogo Claudio Gallardo, quien nos suministró los nombres y direcciones electrónicas de varios institutos que señalamos a continuación. Solo el INEC Boliviano nos respondió (ver anexo) y el Colombiano señaló que el Director de Planificación del MSP tenía esta información.

### **Tabla No. 1 Informantes claves y direcciones de Institutos de Estadísticas y Censo Andinos.**

| Lista de Contactos INE Países Andinos |                     |  |
|---------------------------------------|---------------------|--|
| PAÍSES                                | NOMBRE              | CORREO ELECTRÓNICO   |
| VENEZUELA                             | Niurka Petit        | <a href="mailto:niurka.petit@gmail.com">niurka.petit@gmail.com</a>     |
| PERÚ                                  | Luz Mary Bastidas   | <a href="mailto:bluzma196@yahoo.es">bluzma196@yahoo.es</a>             |
| PERÚ                                  | María Ester Cutimbo | <a href="mailto:maria.cutimbo@INI.gob.pe">maria.cutimbo@INI.gob.pe</a> |
| COLOMBIA                              | Daniel Rodríguez    | <a href="mailto:droduiguez@dane.gov.co">droduiguez@dane.gov.co</a>     |
| CHILE                                 | Viviana Milosevic   | CEPAL  |
| BOLIVIA                               | Carmen Tapia        | <a href="mailto:ctapia@ine.gov.bo">ctapia@ine.gov.bo</a>               |

Se remitieron correos electrónicos a todos los contactos, para pedir que llenen la plantilla que aparece en el Esquema No. 3 colocado a continuación y en la que se sondean los siguientes aspectos:

1. Los insumos para construir el indicador, tanto su numerador como denominador.
2. Factibilidad para acceder a la información de manera periódica.
3. El tipo de fuente: registros administrativos, Encuestas de Hogares, Censos, con su respectiva fecha de última recolección y procesamiento de información.
4. Periodicidad con la que se cuenta con la información disponible (anual, mensual, bianual)

Solamente el INE Boliviano respondió y completó la plantilla de información que se coloca a continuación como parte del Esquema No. 3:

**ESQUEMA No. 3: FORMATO DE VERIFICACION DE INFORMACION EN INEC DE PAISES ANDINOS  
INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015**

|  | Ecuador   |              |   |                                 | Bolivia      |                                     |   |
|--|---|--------------|---|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|---|
| Indicador  | Insumos para el indicador   | Factibilidad | Fuente  | Periodicidad                    | Factibilidad | Fuente                              | Periodicidad  |
| Razón de médicos por 10.000 habitantes                             | Número de médicos en el año+ población estimada en el año   | Sí           | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 | Anual (con retraso de dos años) | SI *         | Ministerio de Salud y Deportes SNIS | Anual (sólo se cuenta con información de la gestión 2004) |
| Razón de enfermeras por 10.000 habitantes                          | Número de enfermeras en el año+ población estimada en el año  | Sí           | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 | Anual (con retraso de dos años) | SI *         | Ministerio de Salud y Deportes SNIS | Anual (sólo se cuenta con información de la gestión 2004) |
| Porcentaje de médicos en centros de salud, dispensario y subcentro | Número de médicos que trabajan en centro + subcentro+ dispensario+puesto de salud en el año y número total de médicos en el año | Sí           | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 | Anual (con retraso de dos años) | SI *         | Ministerio de Salud y Deportes SNIS | Anual (sólo se cuenta con información de la gestión 2004) |
| Razón médicos/enfermeras   | Número de médicos en el año y número total de enfermeras en el año  | Sí           | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 | Anual (con retraso de dos años) | SI *         | Ministerio de Salud y Deportes SNIS | Anual (sólo se cuenta con información de la gestión 2004) |

**ESQUEMA No. 3: FORMATO DE VERIFICACION DE INFORMACION EN INEC DE PAISES ANDINOS  
INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015**

|   | Ecuador   |              |   |                                 | Bolivia      |                                     |   |
|---|---|--------------|---|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|---|
| Indicador   | Insumos para el indicador   | Factibilidad | Fuente  | Periodicidad                    | Factibilidad | Fuente                              | Periodicidad  |
| Gini de la distribución geográfica (urbano y rural) de los recursos humanos de salud (médicos + enfermeras) | Número de médicos y enfermeras en el año por cantón y número total población en el año por cantón                               | Sí           | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 | Anual (con retraso de dos años) | SI **        | Ministerio de Salud y Deportes SNIS | Anual (sólo se cuenta con información de la gestión 2004) |
| Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin afiliación al seguro social                        | Número total de médicos + enfermeras con afiliación al seguro social en el año y número total de médicos y enfermeras en el año | Sí           | INEC, Encuesta de Empleo                                    | Anual                           | NO           |                                     |   |
| Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin contrato fijo                                      | Número total de médicos + enfermeras con contrato fijo en el año y número total de médicos y enfermeras en el año               | Sí           | INEC, Encuesta de Empleo                                    | Anual                           | NO           |                                     |   |

**Factibilidad:** Responda sí o no es posible calcular en base a la información oficial disponible del país.

**Fuente:** Cuál es la fuente de información oficial que reporta los datos.

**Periodicidad:** Cada cuánto tiempo se publica esta información oficial

\* La información del SNIS sólo cubre el sector de la salud pública, por lo tanto su cobertura no es total.

\*\* A la fecha no se cuenta con este indicador, pero se podría elaborar para los niveles requeridos.

NOTA.- A la fecha se encuentra en elaboración la información correspondiente a la gestión 2006

Las respuestas dadas por el Instituto de Estadísticas y Censos de Bolivia nos alertan sobre varios problemas en la recolección de información:

1. No está a disposición de Bolivia una encuesta de empleo periódica de la cual se pueda extraer cierto tipo de información sobre el personal de salud
2. La información se restringe solo a salud pública y no al sector privado.

Esta y varias otras dificultades se encontrarán en cada uno de los países, por ello es importante que se ubique expertos claves en cada uno de ellos con los cuales se pueda armar una red y en lo posible un taller de análisis sobre la calidad de la información que procesan.

En el Taller de indicadores para monitoreo de las metas del Plan decenal Andino, ejecutado en La Paz el 8 y 9 de noviembre, se pudo constatar que el personal del sector salud desconocía el detalle de la información producida por sus respectivos Institutos de Estadística y Censos, y que tendían a solicitar todo tipo de información, que probablemente estas instancias no recogen.

Por esto, una de las recomendaciones de este taller respecto a la información fue:

1. Que cada país proponga sus indicadores con sus definiciones en las que se detalle el alcance que cada país quiere darle a los mismos. En el caso de Ecuador la definición de los indicadores está basada no solo en los conceptos sobre recursos humanos en salud, sino en el profundo conocimiento de lo que el INEC produce y a las desagregaciones territoriales o de género que se pueden llegar. Los resultados que se presentan en este estudio se basan en ello, de lo contrario es muy fácil elucubrar e imaginarse que se puede operacionalizar las metas de una serie de formas y con una serie de aspectos. Esto le torna imposible o inviable al proceso de construcción de la línea de base y por ende, al seguimiento de las metas. Un principio fundamental es que para monitorear uno debe contar con la información periódica y válida.

**ESQUEMA No. 3: ESTADO DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN PARA PODER ESTABLECER LINEA DE BASE Y SEGUIMIENTO  
DEL PLAN DE ACCION REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015  
Ecuador, 2007**

| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>                                 |
|--|---|--|---|
| <b>1. Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de tal manera 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</b> | Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de RH de 25 x 10.000   | 1. Razón de médicos x 10.000 habitantes<br>2. Razón de enfermeras x 10.000 habitantes  | INEC  |
|  | Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total  | 3. No médicos en centros de salud, dispensarios y subcentros/total de personal médico  | INEC  |
|  | Todos los países habrán formado equipos de APS con amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad              | 4. Competencias de los equipos de salud<br>5. No de equipos de salud<br>6. No. De redes creadas para apoyar el trabajo de los equipos de salud<br>7. No. De agentes sanitarios incluidos en equipos de salud                 | NINGUNA                                       |
|  | La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región   | 8. Razón médicos/enfermeras  | INEC  |
|  | Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos | 9. Existencia o no de una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos | Entrevistas a informantes claves y documentos |
| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>                                 |
| <b>2. Ubicar personas idóneas en los lugares adecuados</b>   | La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbana y rurales reducida a la mitad.   | 10. Brecha de personal de salud (médico-enfermera) urbano y rural  | INEC  |

| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>                             |
|--|---|--|---|
|  | Al menos el 70% de los trabajadores de APS tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables   | 11. Porcentaje de trabajadores de APS con competencias de salud pública e interculturales comprobadas  | <b>NO EXISTEN</b>                         |
|  | 70% de las enfermeras, auxiliares de enfermería los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionados sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones | 12. Porcentaje de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de de la comunidad con aptitudes y competencias perfeccionadas a la luz de la complejidad de sus acciones | <b>NO EXISTEN</b>                         |
|  | El 30% del personal sanitario en los entornos de APS se habrán reclutado de sus propias comunidades   | 13. Porcentaje de personal sanitario de APS reclutado de sus propias comunidades   | <b>NO EXISTEN</b>                         |
| <b>3. Reglamentar las migraciones y desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que se proteja el acceso a la atención de salud de la población</b> | Todos los países de la región habrán adoptado Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.   | 14. Existencia del Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.   | Revisión documental                       |
|  | Todos los países de la región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHS  | 8. Existencia de una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de RHS  | <b>NO EXISTEN</b>                         |
|  | Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para reconocimiento de profesionales formados en el extranjero.  | 16. Existencia de mecanismos para reconocer profesionales formados en el extranjero  | Revisión documental<br>Informantes claves |
| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>                             |
| <b>4. Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud con el fin de fomentar ambientes de trabajo saludables</b>        | La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países  | 17. Porcentaje de personal de salud (médico y enfermera) sin afiliación al seguro social<br>18. Porcentaje de personal de salud con contratos ocasionales y contratados a riesgo compartido              | INEC<br>Encuesta Nacional de Empleo       |

| <b>DESAFÍO Toronto</b>   | <b>METAS</b>   | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>  |
|--|--|--|--|
|  | El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo                          | 18. Existencia de una política de salud y seguridad para los trabajadores, que incluya programas para reducir las enfermedades laborales y los accidentes de trabajo.              | <b>NO EXISTEN</b>  |
|  | Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud satisfarán requisitos específicos de aptitudes para la salud pública y la gestión entre ellas las de carácter ético   | 20. Porcentaje de gerentes que tienen requisitos satisfactorios, actitudes y ética para su trabajo   | <b>NO EXISTEN</b>  |
|  | El 100% de los países de la región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales               | 21. Existencia de Legislación que prevenga, mitigue y resuelva conflictos que sancione paralizaciones y no accesibilidad a servicios de salud de la población por causas laborales | Revisión de legislación  |
| <b>DESAFIO</b>   | <b>METAS</b>   | <b>INDICADOR</b>   | <b>FUENTE</b>  |
| <b>5. Crear mecanismos de cooperación entre instituciones formadoras y de servicios para que sea posible adaptar la educación a un modelo universal y equitativo</b> | El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional | 22. % del currículo de las escuelas de salud con orientación clínica y de APS  | <b>Investigación específica</b><br>Revisión de una muestra de currículo de escuelas de medicina y de enfermería        |
|  | El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptados programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié en comunidades con poblaciones indígenas                 | 23. Existencia o no de programas que integran estudiantes indígenas  | <b>Investigación específica</b><br>Revisión de programas en las Escuelas y Facultades de Ciencias de la salud del país |
|  | Las tasas de ABANDONO de las escuelas de enfermería y medicina no excederán del 20%  | 24. % de abandono/ no. de ingresos totales en las escuelas de medicina y enfermería vs número de estudiantes titulados   | Investigación específica   |

| <b>DESAFÍO Toronto</b> | <b>METAS</b>  | <b>Indicador</b>   | <b>FUENTE</b>                               |
|------------------------|---|--|---|
|                        | El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán debidamente acreditadas por una entidad homologada reconocida | 25. No. De Facultades y/o Escuelas de Ciencias Médicas, Médicas, de Enfermería, Obstetricia. Odontología y Tecnología Médica acreditadas y reconocidas | Entrevistas a informantes claves<br>CONESUP |

FUENTES: Las señaladas para cada indicador / Elaboración: M. Velasco, OSE, 2007

**6. Línea de base de las metas del Plan Regional Andino de RHUS de Ecuador para monitorear el cumplimiento de los desafíos de Toronto en los próximos siete años (2007-2015)**

***Desafío de Toronto 1.***

*Definir políticas y planes de largo plazo para preparar mejor a la fuerza laboral de tal manera 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*

| METAS   | INDICADOR   | VALOR         |
|---|---|---------------|
| Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH de 25 x 10.000                                  | 1. Razón de médicos por 10.000 habitantes                             | 11,8 x 10 mil |
|   | 2. Razón de enfermeras por 10.000 habitantes                          | 5,5x 10 mil   |
| Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total          | 3. Porcentaje de médicos en centros de salud, dispensario y subcentro | 23%           |
| La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región | 4. Razón médicos/enfermeras   | 2,2 enf x méd |

| METAS  | INDICADOR   | VALOR  |
|--|---|--|
| <p>Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos</p> | <p>5. Existencia o no de una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos</p> | <p><b>NO existe</b></p> <p>MSP centrado en sí mismo sin alcanzar a comprender el papel de la rectoría del sector salud. Sin visión del RHS como sujetos estratégicos. La visión del MSP se centra en la administración de persona y el cumplimiento de la norma laboral, no existe una mirada desde la educación, ala administración, la gestión y la conflictividad. El CONASA, con el CONARHUS (Consejo Nacional de RHUS) podría convertirse en el órgano de comando de los RHUS porque conserta con 17 actores del sector salud, bajo la conducción de la Ministra de Salud. Pero no tiene fuerza reguladora.</p> <p>El estado de implementación es de 4/10</p> |

***Desafío de Toronto 2.***

***Ubicar personas idóneas en los lugares adecuados***

| <b>METAS</b>   | <b>INDICADOR</b>  | <b>VALOR</b> |
|--|---|--------------|
| La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbana y rurales reducida a la mitad | 6. Inequidad en la distribución geográfica de los recursos humanos de salud | Gini de 0,33 |

**Desafío de Toronto 3: Reglamentar las migraciones y desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que se proteja el acceso a la atención de salud de la población**

| METAS   | INDICADOR  | VALOR   |
|---|--|---|
| <p>Todos los países de la región habrán adoptado Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.</p>  | <p>7. Existencia del Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.</p> | <p>DESCONOCIDO EN ECUADOR<br/>Escala 0/10<br/>Existe un proyecto nacional sobre "Reglamento para la Inscripción y control del ejercicio de las profesiones médicas y afines y demás actividades relacionadas con la salud" donde se menciona el tema del ejercicio profesional de extranjeros pero aún es un proyecto cuestionado por la exageración de la normativa: control hasta para los que vienen a Congresos a presentar ponencias</p> |
| <p>Todas las subregiones habrán formulado acuerdos futuros e implementado mecanismos para el reclutamiento de los profesionales capacitados en el extranjero.</p> | <p>8. Existencia de mecanismos para reclutamiento de profesionales formados en el extranjero</p>                                     | <p>No existe ningún acuerdo.<br/>Escala 0/10</p>  |
| <p>Todas las subregiones habrán formulado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero</p>                                    | <p>Existencia de mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero</p>                                | <p>No existe<br/>Escala 0/10</p>  |

**Desafío de Toronto 4.**

**Generar relaciones laborales entre el personal sanitario y las organizaciones de salud con el fin de fomentar ambientes de trabajo saludables**

| <b>METAS</b>   | <b>INDICADOR</b>  | <b>VALOR</b> |
|--|---|--------------|
| La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países | 9. Porcentaje de personal de salud (médico y enfermera) sin afiliación al seguro social | 23%          |
|  | 10. Porcentaje de personal de salud (médico, enfermera) sin contrato fijo de trabajo    | 13,7%        |

| METAS  | INDICADOR   | VALOR  |
|--|---|--|
| <p>El 100% de los países de la región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales.</p> | <p>11. Existencia de Legislación que prevenga, mitigue, resuelva conflictos y que sanciones paralizaciones y no accesibilidad a servicios de salud de la población por causas laborales</p> | <p>SI EXISTE LEGISLACIÓN PERO NO SE APLICA 5/10</p> <p>Existe la Ley de Arbitraje y Mediación (Registro Oficial 417 del 14 de Diciembre del 2006), que no está difundida y no se la aplica en el sector salud cuando se enfrentan c conflictos. (2) Existe en la Constitución vigente artículo 35, numeral 10, la "prohibición de la paralización, a cualquier título, de los servicios públicos, especialmente los de salud, educación, justicia y seguridad...La ley establecerá las sanciones pertinentes de acuerdo a lo establecido en el Código Penal, sin embargo no se aplica. Los servicios estatales de salud tienen un promedio de paralización total de dos meses al año</p> |

### **Desafío de Toronto 5.**

**Crear mecanismos de cooperación entre instituciones formadoras y de servicios para que sea posible adaptar la educación a un modelo universal y equitativo**

| METAS   | INDICADOR   | VALOR  |
|---|---|--|
| Las tasas de abandono de las escuelas de enfermería y medicina no excederán del 20%   | 12. Tasa de abandono de escuelas de medicina  | <b>30%</b>   |
| El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán debidamente acreditadas por una entidad homologadora reconocida | 13. Porcentaje de escuelas de Ciencias de la salud y de escuelas de salud pública acreditadas por una entidad homologadora reconocida | <b>2.8%</b><br>1 Escuela de Medicina<br>En 2003 fue creado el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de las Universidades a partir de la promulgación de la Ley de Educación Superior. La única Universidad que construyó un instrumento para la auto evaluación fue la Universidad del Azuay que tiene una Facultad de Ciencias Médicas. |

## 7. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS METAS EN LA LINEA DE BASE DE ECUADOR

A continuación hemos comparado la línea de base del año 0 que corresponde al 2007, con lo que se espera en una década y hemos destacado el porcentaje que falta por cumplir. En rojo están las metas con el peor punto de partida, en verde las de cumplimiento medio y en negro las que tienen mejores oportunidades de llegar a las metas.

De esa manera, junto con las estrellas de los dos gráficos finales, se construye lo que existe en el presente: una figura que no logra tener ni coherencia ni armonía, que no representa aún nada, una situación amorfa. Esto es altamente comunicacional, para llegar a la meta y desarrollar a los RHS debemos trabajar en todas las puntas de la estrella para lograr construirla. Y poner atención a los que conforman la punta menos formada porque es allí donde están los más grandes obstáculos.

La idea de integralidad de las acciones que envían los 5 Desafíos de Toronto, es recogida por esta figura que simboliza una estrella perfecta de 6 puntas. El trabajo por realizar por tanto, requiere atención en los cinco aspectos: posicionamiento estratégico y político del tema de los RHS, distribución equitativa del RHS, migración, condiciones de trabajo y relación servicios-universidad. Es más los ámbitos de trabajo de los RHS son precisamente esos: los servicios, la población, los decisores del más alto nivel, el personal y su preservación y desarrollo y las instancias formadoras.

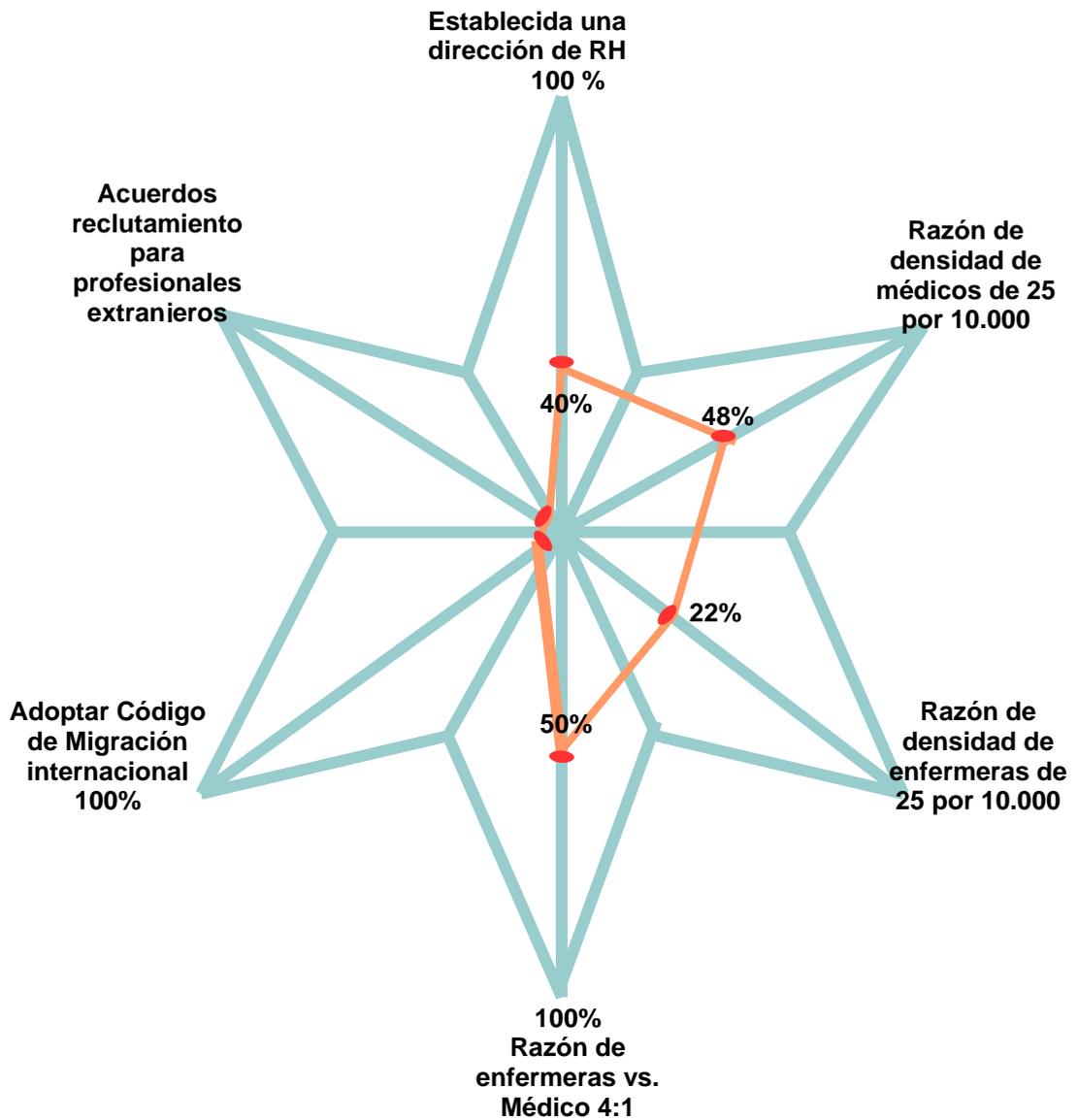
Esquema no. 4: Porcentaje de cumplimiento de metas en el año base

| <b>METAS</b>  | <b>Línea de base al AÑO 2007</b>                               | <b>PORCENTAJE POR CUMPLIR</b> |
|---|--|-------------------------------|
| Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH de 25 x 10.000  | 11,8 x 10 mil MÉDICOS<br>5,5x 10 mil ENFERMERAS<br><b>17,3</b> | <b>7.7%</b>                   |
| Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total  | <b>23%</b>   | <b>17%</b>                    |
| La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región   | <b>2,2 enf x méd</b>   | <b>50%</b>                    |
| Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos | <b>4/10</b>  | <b>60%</b>                    |

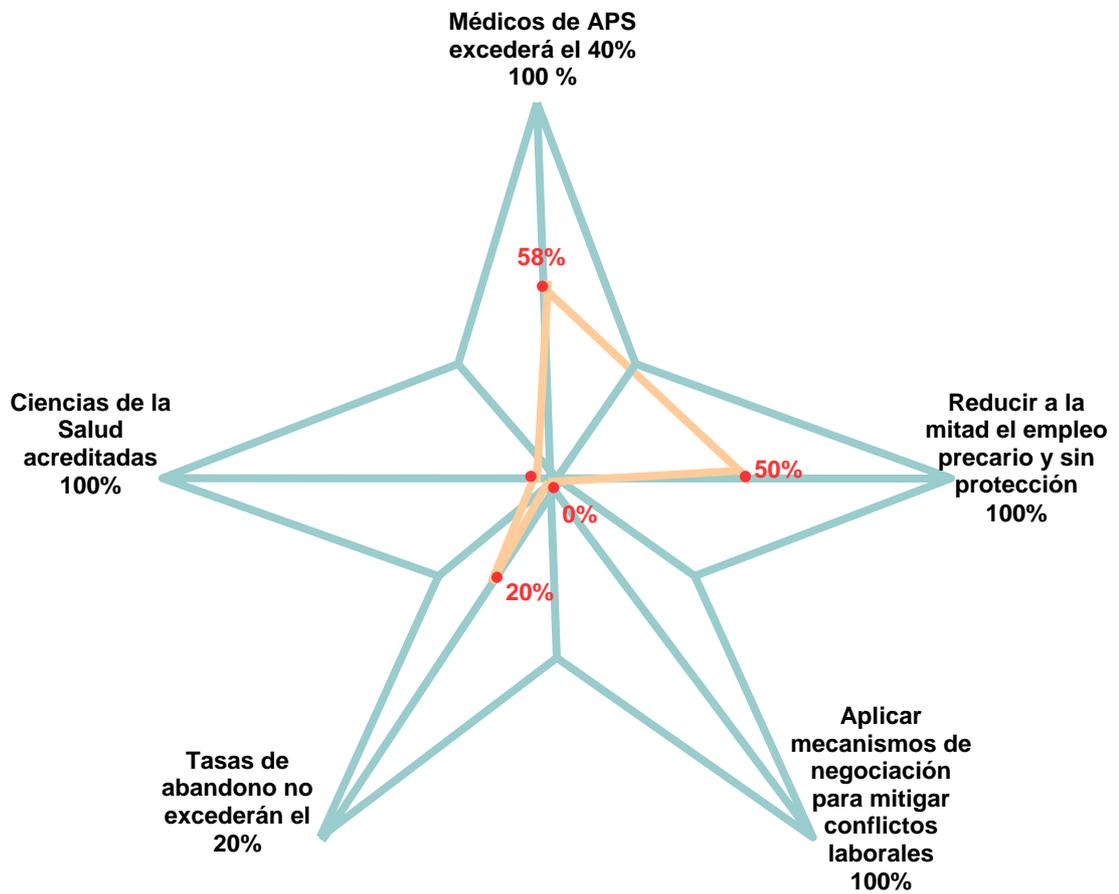
|   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbana y rurales reducida a la mitad es decir a un gini de 0.16   | <b>Gini de 0,33</b>   | <b>50%</b>                   |
| Todos los países de la región habrán adoptado Código de Práctica global o normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.   | <b>0</b>  | <b>100%</b>                  |
| Todas las subregiones habrán formulado acuerdos futuros e implementado mecanismos para el reclutamiento de los profesionales capacitados en el extranjero.  | <b>0</b>  | <b>100%</b>                  |
| Todas las subregiones habrán formulado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero   | <b>0</b>  | <b>100%</b>                  |
| La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países<br>Médicos y enfermeras 12%<br>Médicos y enfermeras al 6.5%            | <b>23% del personal de salud (médico y enfermera) sin afiliación al seguro social</b><br><br><b>13% de personal de salud (médico, enfermera) sin contrato fijo de trabajo</b> | <b>50%</b><br><br><b>50%</b> |
| El 100% de los países de la región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de servicios esenciales. | <b>SI EXISTE LEGISLACION PERO NO SE APLICA</b><br><b>5/10</b>   | <b>50%</b>                   |
| Las tasas de abandono de las escuelas de enfermería y medicina no excederán del 20%   | <b>30% SOLO PARA ESCUELA MEDICA</b>   | <b>15%</b>                   |
| El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán debidamente acreditadas por una entidad homologada reconocida   | <b>0</b>  | <b>100%</b>                  |

**Elaboración: Margarita VELASCO**

## 7.1. ESTRELLA 1 A CONSTRUIR CON EL CUMPLIMIENTO DE METAS



## 7.2. ESTRELLA 2 A CONSTRUIR CON EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS 2015



## 8. RECOMENDACIONES PARA LOGRAR CUMPLIR CON LAS METAS

La visibilidad que el proceso de construcción de la línea de base y el cálculo cuantitativo de a trayectoria que resta por recorrer hacia las metas permiten identificar acciones de política pública que deben ser consideradas para poder activar los mecanismos que permitan acercarnos a las metas planteadas

A continuación se anotan las principales recomendaciones que emanan de este proceso:

- Crear Dirección de RH nacional
- Incrementar en 53% la tasa médicos/10.000habitantes y en 78% la de enfermeras por 10.000 habitantes
- Incrementar en 43% los médicos de APS
- Incrementar en 50% la relación enfermeras profesionales-médicos
- Atención en los temas migratorios que todos tienen 0% de cumplimiento en su línea de base
- La precarización del trabajo debe ser resuelta para el 23% que no tiene seguro social y el 13% que no tiene empleo fijo y seguro
- Lograr el cumplimiento de la ley laboral de 0 a 100% para penalizar la paralización de los servicios de salud
- Mejorar en 85% la retención de los estudiantes de medicina
- Implementar con vigor la homologación y acreditación porque no se da en ninguno de los casos.

## 9. A MANERA DE CONCLUSIONES: EL Taller de La Paz

Los resultados de esta consultoría fueron presentados en La Paz en el marco de la Reunión Subregional Andina sobre Desarrollo de RHS en la Agenda de Integración Subregional hacia el cumplimiento de las metas regionales de RRHS 2007-2015, efectuada del 6 al 9 de noviembre del 2007.

A continuación se coloca los comentarios y recomendaciones de los expertos que asistieron a la presentación de la línea de base y la metodología planteada:

### COMENTARIOS

1. Definir metas para cada país con sus respectivas definiciones de conceptos.
2. Definiciones operacionales acordadas sobre lo que se va a medir, afinando lo que se entiende por cada uno de los términos de las metas para crear un lenguaje común entre los países.
3. Explicitar que las metas cualitativas son tomadas a partir de grupos focales y construir escalas de medición para calificar su punto de partida.
4. Definir y escoger aquellas metas e indicadores que serán comunes a todos los países.
5. Realizar una reunión de expertos para definir los indicadores que serán comunes y a las que se lleguen por consensos de los países.
6. un sistema de monitoreo no puede tener un volumen inmanejable de indicadores que no comuniquen inmediatamente lo que se quiere demostrar y sobre lo que se debe alertar.
7. Realizar un sondeo de posibilidades de información en cada país para que se pueda construir una línea de base como la de Ecuador.
8. la experiencia del Ecuador permiten formular términos de referencia para poder construir esas líneas de base en todos los países, donde se deberá realizar un trabajo similar en términos de metodología, para poder identificar qué datos recoge sistemáticamente los sistemas de información.
9. Revisar la posibilidad de que en lugar de construir los índices ginis de inequidad se coloque nada más que pobreza por NBI
10. cada país debe definir por consensos qué es lo que los trabajadores comunitarios deben hacer para poder operativizar la meta que hace referencia a la participación de dichos trabajadores
11. Cuando se habla de competencias, también habrá que construir los estándares de competencias por país.
12. Afinar las definiciones de número de años para considerar un médico graduado o una enfermera
13. Construir un indicador que se refiera a número de conflictos y de paros
14. La ACREDITACIÓN no debe ser a la Universidad sinó a la Facultad, afinar si esto es lo que sucede en la realidad, si los organismos de acreditación lo hacen facultad o escuela por escuela o es toda la universidad la homologada. Describir los criterios de acreditación

15. En el indicador de acreditación se debe definir 1. Existencia de entidad de evaluación y acreditación; 2) Existencia de centros de control de calidad 3) Porcentaje de escuelas de salud acreditadas.
16. Cada país debe definir lo que entiende por APS

## **RECOMENDACIONES**

1. Construir un glosario de definiciones y de estándares andinos con los Ministerios de Salud y demás instituciones, para que las mismas sean consensuadas.
2. Definir la periodicidad de cada indicador
3. Investigación sobre fuentes y calidad de las fuentes de información en cada país.
4. Revisar los indicadores propuestos e inventarse nuevos.
5. Resolver cómo lograremos la comparabilidad con tanta diversidad propuesta
6. Colocar el enfoque de género en los indicadores
7. Definir qué datos existen en cada país para no elucubrar.

## BIBLIOGRAFIA

- Granda, Edmundo. Entrevista personal, septiembre, 2007.
- Galindo, Magdalena. Entrevista personal septiembre, 2007.
- Merino, Cristina (2007). *El talento humano en los umbrales del nuevo milenio*, segunda edición. Datos básicos sobre formación y distribución de personal de salud de 31 Universidades ecuatorianas. CONASA/ OPS, 2007
- OPS-OMS. Metas regionales en materia de RHS 2007-2015. 27ava Conferencia Sanitaria Panamericana, 59<sup>a</sup>- Sesión del Comité Regional, Washington, DC, 1.5 octubre del 2007.
- República Del Ecuador. INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004.
- República Del Ecuador INEC, Censo de Población y vivienda, 2001
- República Del Ecuador INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004
- República Del Ecuador INEC, Encuesta de Empleo, 2006

# **ANEXOS**

## ANEXO A: RESULTADOS ECUADOR

### Documento No. 2. Resultados línea de base

#### INDICADORES CUANTITATIVOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015

| Indicador   | Ecuador |   |  |
|---|---------|---|--|
|   | valor   | Fórmula   | Fuente   |
| 1. Razón de médicos por 10.000 habitantes                             | 11,8    | $(\text{Número de médicos} \times 10.000 \text{ habitantes}) / \text{Población total}$                                    | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004; Censo de Población y vivienda, 2001   |
| 2. Razón de enfermeras por 10.000 habitantes                          | 5,5     | $(\text{Número de enfermeras} \times 10.000 \text{ habitantes}) / \text{Población total}$                                 | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004; Censo de Población y vivienda, 2001   |
| 3. Porcentaje de médicos en centros de salud, dispensario y subcentro | 23,0    | $(\text{Número de médicos en centros, subcentros, dispensarios y puestos de salud} \times 100) / \text{Total de médicos}$ | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004  |
| 4. Razón médicos/enfermeras   | 2,2     | Número de médicos / Número de enfermeras  | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004  |
| 5. Tasa de deserción de escuelas de medicina                          | 30,0    | Número de estudiantes matriculados 2001 en medicina / Número de estudiantes egresados 2006                                | Merino, Cristina (2007). <i>El talento humano en los umbrales del nuevo milenio</i> , segunda edición. Datos básicos sobre formación y distribución de personal de salud de 31 Universidades ecuatorianas. CONASA/ OPS, 2007 |

Documento No. 2. Resultados línea de base

INDICADORES CUANTITATIVOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015

| Indicador   | Ecuador |  |   |
|---|---------|--|---|
|   | valor   | Fórmula  | Fuente  |
| 6. Inequidad en la distribución geográfica de los recursos humanos de salud             | 0,33    | Gini de la distribución geográfica de los recursos humanos de salud  | INEC, Estadísticas Vitales, Recursos humanos de salud, 2004 |
| 7. Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin afiliación al seguro social | 23%     | $((\text{Número de médicos sin afiliación al seguro social} + \text{número de enfermeras sin afiliación al seguro social}) \times 100) / (\text{Total médicos} + \text{total enfermeras})$ | INEC, Encuesta de Empleo, 2006                              |
| 8. Porcentaje de personal de salud (médico + enfermera) sin contrato fijo               | 13.7%   | $((\text{Número de médicos sin contrato fijo} + \text{número de enfermeras sin contrato fijo}) \times 100) / (\text{Total médicos} + \text{total enfermeras})$                             | INEC, Encuesta de Empleo, 2006                              |

Elaboración: A. Escobar (OSE, 2007)

**INDICADORES CUALITATIVOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015**

| <b>Ecuador</b>   |   |  |
|--|---|--|
| <b>Indicador</b>   | <b>Valor</b>  | <b>Fuente</b>  |
| 10. Existencia o no de la dirección estratégica de RH en su país y lugar en el proceso decisorio estatal   | NO existe. MSP centrado en sí mismo sin alcanzar a comprender el papel de la rectoría del sector salud. Sin visión del RHS como sujetos estratégicos. La visión del MSP se centra en la administración de persona y el cumplimiento de la norma laboral, no existe una mirada desde la educación, ala administración, la gestión y la conflictividad. El CONASA, con el CONARHUS (Consejo nacional de RHUS podría convertirse en el órgano de comando de los RHUS porque concierne con 17 actores del sector salud, bajo la conducción de la Ministra de Salud. Sin fuerza reguladora. El estado de implementación es de 4/10 | Entrevistas a: Galindo Magdalena, experta en Gestión de Recursos Humanos, funcionaria de la Dirección Nacional de RH del MSP y actual asesora de RHS de la Subsecretaría de Protección Social del MSP y a Edmundo Granda, experto nacional de la OPS-OMS responsable del componente de RHUS de la OPS Ecuador  |
| 11. Existencia del Código internacional de OMS sobre personal sanitario adaptado a los países  | <b>Desconocido en el Ecuador.</b> Existe un proyecto nacional sobre "Reglamento para la Inscripción y control del ejercicio de las profesiones médicas y afinas y demás actividades relacionadas con la salud" donde se menciona el tema del ejercicio profesional de extranjeros pero aún es un proyecto cuestionado por la exageración de la normativa: control hasta para los que vienen a Congresos a presentar ponencias   | Entrevistas a: Galindo Magdalena, experta en Gestión de Recursos Humanos, funcionaria de la Dirección Nacional de RH del MSP y actual asesora de RHS de la Subsecretaría de Protección Social del MSP y a Edmundo Granda, experto nacional de la OPS-OMS responsable del componente de RHUS de la OPS Ecuador. |
| 12. Existencia de acuerdos mutuos entre países de salida y países receptores de profesionales sobre detección de personal de salud capacitado en el extranjero | <b>No existe ningún acuerdo.</b> Tema con incipiente investigación (una sobre la migración de médicos en Chile) sin acceso a información que permita mirar la magnitud de la migración y sus condiciones en los países receptores   | Entrevistas a: Galindo Magdalena, experta en Gestión de Recursos Humanos, funcionaria de la Dirección Nacional de RH del MSP y actual asesora de RHS de la Subsecretaría de Protección Social del MSP y a Edmundo Granda, experto nacional de la OPS-OMS responsable del componente de RHUS de la OPS Ecuador  |

**INDICADORES CUALITATIVOS PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD 2007 - 2015**

| <b>Ecuador</b>   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Indicador</b>   | <b>Valor</b>   | <b>Fuente</b>   |
| 13. Legislación que prevenga, mitigue, resuelva conflictos y que sanciones paralizaciones y no accesibilidad a servicios de salud de la población por causas laborales | <p><b>EXISTEN LEYES QUE NO SE APLICAN</b> .Existe la Ley de Arbitraje y Mediación (Registro Oficial 417 del 14 de Diciembre del 2006), que no está difundida y no se la aplica en el sector salud cuando se enfrentan conflictos. (2) Existe en la Constitución vigente artículo 35, numeral 10, la "prohibición de la paralización, a cualquier título, de los servicios públicos, especialmente los de salud, educación, justicia y seguridad...La ley establecerá las sanciones pertinentes de acuerdo a lo establecido en el Código Penal, sin embargo no se aplica. Los servicios estatales de salud tienen un promedio de paralización total de dos meses al año Los conflictos se enfrentan por la existencia de dos leyes contradictorias en el país: Código del Trabajo y el Contrato Único de los trabajadores que protege a todos los que no tienen profesión universitaria y la LOSCA (Ley del Servicio Civil del Estado ecuatoriano) que protege al personal profesional del Estado . No se puede por tanto generar dos tipos de condiciones para el personal de salud. Por otro lado, las Leyes vigentes impiden seleccionar a personal con el perfil requerido para el trabajo y el modelo de atención de salud. Son camisas de fuerza que obligan, por la intervención de los gremios en los concursos de merecimientos a escoger personal reglamentado por dichos gremios, que no reflejan las necesidades de los servicios. Por eso en el país se ha formulado una nueva Ley que termine con esta dicotomía y es la Ley de Carrera Sanitaria que engloba a todo el personal. Esto disminuirá los conflictos. En esta Ley se reconoce el derecho de los trabajadores, de los usuarios y de los empleadores.</p> | Entrevistas a: Galindo Magdalena, experta en Gestión de Recursos Humanos, funcionaria de la Dirección Nacional de RH del MSP y actual asesora de RHS de la Subsecretaría de Protección Social del MSP y a Edmundo Granda, experto nacional de la OPS-OMS responsable del componente de RHUS de la OPS Ecuador |
| 14. Porcentaje de escuelas de ciencias de la salud con orientación clínica y de escuelas de salud pública acreditadas por una entidad homologadora reconocida          | En 2003 fue creado el Consejo Nacional de Evaluación y Acreditación de las Universidades a partir de la promulgación de la Ley de Educación Superior. La única Universidad que construyó instrumento para la auto evaluación fue la Universidad del Azuay que tiene una Facultad de Ciencias Médicas.  | CONEA y Edmundo Granda.   |