

**FUNDACION OBSERVATORIO SOCIAL DEL
ECUADOR**

**INFORME DE CONSULTORIA PARA LA OPS
ECUADOR**

**Sistema de monitoreo de los
desafíos de TORONTO**

**Margarita Velasco A, Francisco Carrión E,
Carolina Reed C, Alexandra Escobar G. y
Fernando Carrasco D.**

Quito, Marzo 2007

CONTENIDOS

1. Introducción.....	3
2. Antecedentes	4
3. La propuesta.....	5
4. Los resultados	7
4.1. El marco conceptual para la veeduría: La vigilancia social	7
4.2. Criterios para la elaboración de los indicadores de monitoreo de los Desafíos de Toronto	10
4.3. Los planes de acción de los países andinos	11
4. 4. Elaboración de una propuesta inicial de indicadores comunes	14
4.5. El Modelo y su aplicación al ecuador: Un ejemplo práctico.....	23
5. Bibliografía.....	27
6. Anexos	29

1. INTRODUCCIÓN

Si bien el personal de salud es fundamental para la prestación de servicios a la población de cualquier lugar del mundo, no es solo hasta el 2005 que su presencia se convierte en motivo de un llamado a la acción. Es en Toronto donde en la VII reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en salud, promovida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, cuando se plantea el desafío de dedicar una década para los recursos humanos en salud (2006-2015).

El llamado a la acción de Toronto busca movilizar actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos en salud que ayuden al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las prioridades nacionales de salud y al acceso a servicios de salud de calidad para todos los pueblos de las Américas hasta el 2015.

Las preguntas fundamentales surgen en la medida que en Toronto se definen 5 desafíos fundamentales a lograr en 10 años. ¿Cómo medir si éstos objetivos se logran cumplir? ¿Cómo dar alertas tempranas de cuáles avanzan más rápido, cuáles están estancados y en cuáles estamos retrocediendo a lo largo de estos 3.650 días que median entre enero del 2006 y diciembre del 2015? ¿Cómo lograr que la cooperación internacional, o el apoyo de los gobiernos nacionales prioricen tareas para poder cumplir con sus compromisos de la década del recurso humano en salud?

Los Observatorios de recursos humanos han recogido buena información en las Américas, ¿cómo podría ésta información servirnos en la tarea de monitorear el cumplimiento de éstos compromisos?

Este trabajo es una propuesta sobre por qué y cómo definir indicadores de seguimiento de los desafíos de Toronto en la perspectiva de convertirse en un instrumento de seguimiento y evaluación de los sueños trazados en aquella ciudad canadiense, el 7 de octubre del 2005.

2. ANTECEDENTES

Varias coincidencias confluyeron para la realización de este trabajo. La primera, ya citada en la introducción tiene que ver con los desafíos de Toronto de octubre del 2005. La segunda, el hecho de que en el Ecuador existía una experiencia de monitoreo de compromisos, en este caso sobre la Convención de los Derechos de la Niñez, que había dado origen a un Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia con una peculiar forma de participación de la sociedad civil.

Para esta segunda experiencia se habían creado índices de cumplimiento de derechos que sintetizaban en una medida comunicacional, cuánto se avanzaba y retrocedía año tras año en la garantía de las condiciones de vida de niños y adolescentes. Esta medida –similar a una calificación escolar- permitía integrar un fuerte discurso comunicacional con contenidos de derechos y con mensajes sobre las consecuencias de los procesos decisorios de políticos y técnicos.

La responsable regional de Recursos Humanos para la región andina contactó con la organización responsable de crear estos indicadores, e índices y efectuar las mediciones aplicadas al mundo de los derechos de la infancia, y solicitó una consultoría para que este equipo de técnicos elaborase una propuesta metodológica y la aplicara al tema de los recursos humanos en salud. Se tomó como caso inicial al Ecuador, con el fin de efectuar en esta realidad la definición de indicadores, su medición y la construcción de índices compuestos, que permitieran presentar de manera comunicacional los avances y retrocesos en lo que al desarrollo de los recursos humanos se refiere y a los desafíos de Toronto.

Se partió de una reflexión conceptual basada en la revisión bibliográfica suministrada por OPS que antecedió a la identificación de los siete desafíos a la acción de Toronto, y se construyeron indicadores, fórmulas y un deber ser consignado en metas cuantitativas. El proceso fue el resultado de dos talleres participativos con expertos de alto nivel con el fin de validar las propuestas presentadas por el equipo de técnicos, realizar reajustes y preparar este documento final.

El presente trabajo contiene el resultado de esta consultoría y la propuesta de monitoreo inicial que el grupo preparó para OPS-OMS.

3. LA PROPUESTA

En abril del 2005, en Toronto, los países del mundo acordaron resaltar el papel de los y las trabajadoras de la salud en la construcción de la equidad y el logro de los objetivos del milenio, iniciando, con esta reunión y su resolución, la década del recurso humano en salud.

La llamada de atención sobre el personal de salud se inscribe dentro de una crisis global de recursos humanos que se ve afectada por la migración y los cambios en los procesos de trabajo y contratación, la precarización del trabajo y las relaciones laborales, especialmente en América Latina. Estas nuevas circunstancias modifican las perspectivas de desarrollo de los recursos humanos.

Una de las estrategias impulsadas por la OPS en la región ha sido el desarrollo – desde hace más de ocho años— de Observatorios de Recursos Humanos que recopilan información y realizan análisis sobre la situación del personal de salud en varios países con distintos focos de atención. Hasta la fecha, sin embargo, no ha sido posible integrar el trabajo de estos Observatorios bajo una lógica común que permita establecer una línea de base de la situación de los recursos humanos en los diferentes países con el fin de establecer cuál es su situación, cómo está cambiando, dónde se deben establecer, qué planes y programas han sido exitosos para su fortalecimiento y qué decisiones han sido las más importantes. Tampoco ha sido posible determinar los flujos de emigración del personal de salud entre los países de América Latina o desde esta región a Europa o a América del Norte, a pesar de que la globalización está señalando como una de sus consecuencias precisamente el desplazamiento de recursos humanos del sector salud.

Por otro lado, los aspectos de planificación y distribución de los recursos humanos, las condiciones de la contratación y del trabajo y los niveles de formación de estos recursos –tanto en su producción como en su mantenimiento— son aspectos poco sistematizados y sobre los cuales es necesario definir si existen o no sistemas de producción de información primaria o secundaria para la construcción de sistemas de información para la gestión del recurso humano y el diseño de políticas de recursos humanos en el sector salud.

Por otro lado el campo de los recursos humanos en salud requiere de investigaciones a profundidad para orientar los procesos decisorios y las políticas a su favor. Se constata poca sistematización de las experiencias sobre formación, modelos de aprendizaje-enseñanza, planificación y distribución de los recursos humanos en salud.

Esta reflexión sintética que coloca el problema y la necesidad de estudiar el tema de los recursos humanos con miras a orientar la acción que propendería a su desarrollo, justifica el diseño de un sistema de información de la situación de los recursos humanos en salud en la región andina.

El eje fundamental de esta propuesta es la definición de un conjunto, realista pero significativo, de indicadores comunes a los países de toda la región, que se produzcan con una periodicidad determinada para informar el seguimiento y evaluación de los principales aspectos que preocupan a la región y sobre los cuales es necesario intervenir para lograr –en diez años— las metas de Toronto para el desarrollo de los recursos humanos.

La Oficina Regional de OPS, a través del trabajo realizado en la Subregión Andina con sede en Lima se ha propuesto apoyar esta propuesta en miras a construir un sistema de información para el seguimiento y evaluación de las situaciones comunes por las

que atraviesan los recursos humanos en salud en los 6 países del área andina (Ecuador, Bolivia, Colombia, Venezuela, Perú y Chile) que permita a los tomadores de decisión, tanto locales como regionales, definir planes y acciones para promover a los recursos humanos en salud.

Propósitos del sistema de información

1. Fortalecer los Observatorios de Recursos Humanos existentes en la región a través de la producción de indicadores comunes sobre recursos humanos en salud.
2. Realizar el seguimiento de las tendencias en el tiempo sobre la situación de los recursos humanos en salud y evaluar los impactos de las políticas sociales sobre este grupo humano.
3. Orientar de manera objetiva los procesos de decisión y la inversión en el desarrollo de los recursos humanos en salud.
4. Medir el avance o retroceso a lo largo de los próximos años de la situación de los recursos humanos en salud bajo las metas planteadas en la Convención de Toronto.

METODOLOGÍA

OBJETIVO

Construir un sistema de vigilancia del cumplimiento de los desafíos de Toronto que visibilice y comuniqué los avances o retrocesos en la situación de los recursos humanos en salud en el área andina

- ☐ I Etapa: Definición de un conjunto de metas e indicadores específicos a partir de los Desafíos de Toronto, utilizando como base los datos concretos de un país.
- ☐ II Etapa: Elaboración de una propuesta para los países del área andina que permita vigilar el nivel de cumplimiento de los desafíos de Toronto.

La Fundación Observatorio Social del Ecuador ejecutó en esta consultoría la etapa I que siguió una lógica metodológica que comprendió los siguientes pasos:

- CONSTRUIR UN MODELO DE VIGILANCIA CON INDICADORES Y METAS
- Elaborar marco de referencia sobre la base de lo acumulado en el marco de los Observatorios de RHUS y la situación de las políticas y conocimiento sobre los recursos humanos en salud en la región.
- OPERATIVIZAR DESAFÍOS DE TORONTO EN INDICADORES
- CONSTRUIR METAS PARA LOS DESAFÍOS
- EJERCICIOS QUE PRUEBEN EL CÁLCULO DE LOS INDICADORES SUGERIDOS

4. LOS RESULTADOS

4.1. El marco conceptual para la veeduría: LA VIGILANCIA SOCIAL

La construcción de un sistema de información que permita efectuar el seguimiento de compromisos acordados, parte de un nuevo enfoque de los derechos humanos que coloca una diferente perspectiva para entender lo público. El ejercicio ciudadano de exigir un rendimiento de cuentas a sus autoridades, es nuevo en los países andinos. Esto implica no solamente el desarrollo de una cultura democrática distinta a la existente, sino también un nuevo diseño de indicadores y de producción de información que permita visualizar y transparentar las acciones que el sector público realiza.

La vigilancia social es una forma de ejercer derechos de ciudadanía, que ubica a la persona como el centro de la sociedad. Fortalece el principio de la universalidad de la ley y el reconocimiento de la diversidad: equidad e igualdad. Promueve una cultura política basada en el reconocimiento recíproco y requiere una institucionalidad pública y privada que actúe como instrumento de la ciudadanía activa.

La vigilancia social es el derecho a participar en la conducción del país. En el caso concreto del Ecuador, según la Constitución de la República, todo ciudadano tiene derecho a *“la libertad de opinión”, “dirigir quejas y peticiones a la autoridades”, “acceso a fuentes de información; a buscar, recibir, conocer y difundir información... sin censura previa”, “acceso a la información pública”, “fiscalizar los actos de los órganos del poder público”*

La participación y voz ciudadana requiere de mecanismos organizados. Siendo una forma distinta de expresión demanda de una nueva tecnología política. Esta tiene que ver con el desarrollo de un esfuerzo autónomo y abierto que no esté ligado a grupos de interés, causas de corto plazo o negociaciones explícitas con el aparato público.

En esa búsqueda de participación, la pluralidad de voces que reúnan preocupaciones y aspiraciones de uno o más sectores, que no tengan autores o propietarios; sino que sea percibida como la suma de esfuerzos que buscan movilizar la energía colectiva para moldear las instituciones

Una nueva forma de veeduría a través de los Observatorios

Existen muchas experiencias sobre Observatorio ciudadanos que abren una gama de participación y apropiación de los problemas más sentidos de la sociedad: desde aquellos que solo registran información con un objetivo definido para “mirar” y profundizar en un aspecto de la realidad, hasta aquellos que toman la observación y utilizan los datos para la acción y participación de los ciudadanos. La experiencia, por ejemplo del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia de Ecuador, se ubica dentro de esta última descripción.

Para poder activar un Observatorio que cambie su actividad de reservorio de datos a un generador de conciencia sobre determinado tema y que impacte en tomadores de decisión y público en general, se requiere contar con una estrategia de comunicación y con una producción de información que piense en qué y cómo comunicar a públicos diversos y distintos.

La pregunta inicial, para realizar el seguimiento de los compromisos de Toronto, es ¿qué es lo que vigila la ciudadanía? Obviamente, lo que esperaríamos es que los y las ciudadanas realicen un seguimiento y evaluación sobre si se están o no cumpliendo estos desafíos.

La vigilancia social complementa las funciones de fiscalización y control internas del aparato público, sin excluir ni reemplazar otros canales. El propósito es positivo: mejorar la eficiencia de las instituciones, la calidad de la inversión social. Esta vigilancia social debería ser una tarea fundamental de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud.

Los indicadores que se proponen en la presente consultarían están pensados en esta dirección, por eso, ellos, en sí mismo, contienen un mensaje referido al campo de los recursos humanos en salud.

El modelo de vigilancia social planteado:

Es fundamental crear un modelo de vigilancia que se adapte a los objetivos, en este caso, del desarrollo de los recursos humanos. No existen recetas ni modelos únicos para la vigilancia social, pero es importante que la reflexión se realice con un punto de vista definido.

Este modelo se basa en dos estrategias o herramientas: información y difusión. Por ello:

- Reúne información, observaciones y experiencias
- Requiere información veraz y creíble
- Esta información tiene que ser pública y comunicativa
- Permite visibilizar situaciones colectivas: varios países.

Es un modelo de investigación de evaluación no de diagnóstico: lo que lo distingue no son los temas ni métodos sino su intención:

- medir efectos de acciones sociales intencionadas
- “aplicado” = principio de utilidad
- “político” = contribuye a la discusión y toma de decisiones.

Es un instrumento técnico para la compilación, análisis y difusión de información para:

- Observar crítica y positivamente las acciones de las instituciones sociales: eficacia y eficiencia
- Reflexionar sobre el progreso hacia la consecución de metas
- Identificar fortalezas y debilidades que marcan la realización de metas sociales
- Identificar las áreas territoriales y los grupos de población postergados o en riesgo
- Realizar seguimiento andino sobre compromisos adquiridos
- Movilizar apoyo y promover cambios

Plantea las siguientes preguntas desde el punto de vista del cumplimiento de los desafíos de Toronto

- Si el Estado, las instituciones sociales cumplen con sus obligaciones
- Si el comportamiento y actitudes sociales facilitan el cumplimiento de estas obligaciones

- Si existen barreras económicas, sociales y culturales para el cumplimiento de estas obligaciones

El modelo supone:

1. Un marco conceptual definido en el compromiso de Toronto
2. Unas metas cuantificables para la región Andina a ser alcanzadas en los próximos 10 años.
3. Unos indicadores que demuestren el cumplimiento de las metas
4. Una estrategia de comunicación para posicionar el tema en los tomadores de decisión y vigilar el cumplimiento del compromiso

4.2. Criterios para la elaboración de los indicadores de monitoreo de los desafíos de Toronto

El objetivo general del sistema es compilar un conjunto coherente de indicadores que los niveles de conducción nacional puedan usar para evaluar la situación, las capacidades colectivas, actualmente y en el futuro, y desarrollar estrategias para promover el desarrollo de los recursos humanos. La selección y definición de los indicadores del sistema se regirá por los siguientes criterios:

- Permitir una evaluación de las fortalezas y debilidades de los recursos humanos en salud, en lo que respecta a su distribución, motivación, promoción e impacto en las acciones de salud y sus cambios en el tiempo;
- Definir movimientos de recursos humanos (emigración entre países de la región y fuera de ellos);
- Contribuir a definir metas y estrategias para el desarrollo de los recursos humanos en tres ámbitos: (i) producción (ii) utilización y (iii) mantenimiento;
- Constituir herramientas de uso y reflexión para los diversos actores del sector salud;
- Aportar a la evaluación del impacto de las Metas de Toronto.

El modelo de indicadores tendrá las siguientes características instrumentales:

- Un número óptimo de indicadores que equilibre los requerimientos analíticos, la pertinencia y la necesidad de síntesis;
- Referirse a resultados, procesos y cumplimiento de metas;
- Representar, en la medida de lo posible, la realidad del país (i.e., situación por regiones, provincias, edad, sexo, profesión u ocupación);
- Utilizar fuentes de información confiables y representativas de la temática;
- Incluir, en la medida de lo posible, indicadores de dos tipos: (i) indicadores objetivos (observaciones externas de atributos o características demográficas, sociales o económicas); (ii) indicadores de percepción (opiniones y percepciones de los actores pertinentes);
- Definiciones claras y entendibles por el público en general;
- Indicadores y definiciones comparables a aquellos utilizados por instrumentos de vigilancia, nacionales e internacionales, como los Objetivos del Milenio y las metas de desarrollo nacional en salud asumidas como políticas de Estado;
- Documentación metodológica que permita la elaboración de indicadores comparables en el futuro: cada indicador tendrá una ficha técnica que detalle su definición (conceptual y operacional), características y alcance.

Fuentes de información.

El sistema de información utilizará dos fuentes de información:

Fuentes estadísticas existentes: (i) Sistema Estadístico Nacional (Censo de Población; Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud; Estadísticas migratorias); Sistemas estadísticos sectoriales (Ministerio de Salud Pública; Consejo Nacional de Universidades; gremios del ramo).

Información primaria: encuesta a informantes calificados.

4.3. Los planes de acción de los países andinos

El sistema de información partió de una reflexión conceptual sobre los conceptos, alcances y desafíos que los países de la región, bajo el liderazgo de la OPS, se han planteado para la década. Por ello fue fundamental contar con una bibliografía básica que permitió definir lo que se entiende por cada uno de estos desafíos de Toronto.

Además de la revisión bibliográfica, se analizaron las presentaciones del Seminario *"Planes de Acción para la década del Recurso Humano: hacia una visión común"*, temática de la VIII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud de las Américas, que se realizó en Lima del 20 al 22 de noviembre del 2007.

Nuestra primera indagación tenía que ver con el campo de los recursos humanos y el alcance de cada uno de los desafíos de Toronto, buscábamos básicamente dos cosas: en primer lugar los conceptos y sus alcances para poder construir a partir de ellos los indicadores de seguimiento y en segundo lugar las metas cuantitativas a lograrse al final de la década.

Una de las primeras fuentes de información procesada fueron los planes de acción de los países andinos, era una muy buena medida de cómo se había leído a nivel de estos países los cinco desafíos y qué actividades concretas estaban desarrollando para acercarse a su cumplimiento.

Como resultado del análisis efectuado a continuación se presenta el esquema No. 1 en el que se sintetiza las propuestas que cada país Andino colocó en sus planes de acción. Hemos cruzado estas propuestas con los cinco desafíos de Toronto para poder apreciar los vacíos que tienen estos planes de acción.

Esquema No. 1

PLANES DE ACCIÓN EN RECURSOS HUMANOS DE LOS PAISES ANDINOS

PAÍSES	DESAFÍOS DE TORONTO				
	1. Definir políticas y planes	2. Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población	3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud de toda la población	4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables	5. Interacción entre Universidades y servicios de salud
Venezuela	Estrategia de misiones para transformar el Ministerio de Salud				1. Formación municipalizada de recursos humanos. 2. Formación masiva de médicos, enfermeras y técnicos medios para el incremento de la oferta del servicio público ruptura con Universidades e incorporación de convenios

Bolivia	Propuesta de creación de una dirección estratégica de RH	Inventario de RH para generar información y mejorar a partir de ella la distribución igualitaria de los RH		Leyes y normativa legal para mejorar la gestión del personal SAP	
Colombia	1. Ley del Talento humano en salud: ley marco del RH en salud 2. Conformado consejo del talento en salud 3. Encargado de certificación y recertificación	Registro único de personal de salud para facilitar la distribución de personal			Creación de incentivos: becas
Ecuador	Formulada Ley de Carrera Sanitaria		Contratado estudio de monitoreo de la migración interna y Externa		
Perú	Política Nacional de RHUS Delegación de la conducción política a una unidad IDREH	Diseño de metodologías de distribución equitativa de RHUS	Estudio de migración en marcha		Mecanismos de regulación concertada
Chile	Política nacional de salud / RHUS	Sistema de destinación de servidores públicos en salud		Sistemas de desarrollo de RHUS al interior del MS	Mecanismos de regulación concertada

FUENTE: VIII Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Planes de Acción para una década de recursos humanos hacia una visión común. Lima. 20-22 de noviembre del 2006

COMENTARIOS:

DESAFIO 1: CONTAR CON UNA POLÍTICA DE RH

- Tres países han logrado formular un marco legal (Perú, Colombia y Ecuador)
- Un país está consolidando una institución con alto nivel decisorio específico para RHUS (Perú)
- Uno ha avanzado en sistemas de planificación, información e incentivos (Chile)
- No hay referencia a los incrementos del presupuesto en salud para el desarrollo de RH

DESAFIO 2: DISTRIBUCION DEL RH

- Dos países plantean contar con formas de inventariar RHUS (Bolivia y Colombia) para entonces iniciar su distribución
- Un país ha iniciado ejercicios para medir densidad vs. Impactos como mortalidad infantil
- Meta ligada al sistema de planificación del RH
- Ausencia de la magnitud del campo: territorio, balance en el equipo, adecuación, desempeño y necesidades de la población

DESAFIO 3: MIGRACION

- Es la meta menos construida y atendida en los planes.
- Dos países mencionan que iniciará el monitoreo de la migración interna y externa, pero no plantea aún una metodología que podría servir como modelo (Perú, Ecuador)

DESAFIO 4: Condiciones de trabajo

- Un solo país hace referencia a la creación de incentivos.
- Falta de visibilidad del campo y sus alcances

DESAFIO 5: Relación Universidades-servicios de salud

- Con excepción de Venezuela y Ecuador ningún país mencionada nada al respecto.
- Venezuela menciona situación conflictiva y de ruptura
- Nuevamente, campo no visible en su potencialidad para los servicios.

Recomendaciones:

- Los desafíos requieren ser potencializados definiendo líneas estratégicas de acción para mejorar la situación del recurso humano en salud en la región.
- Los desafíos requieren ser entendidos en toda su dimensión. parecen no estar interiorizados ni comprendidos. Pueden estar siendo asumidos como una declaración de principios más
- La vigilancia es una oportunidad para rendir cuentas de este compromiso. se debería fijar momentos intermedios al 2015 para hacer balances periódicos de sus avances. Para ello, es necesario definir las metas y vislumbrar los caminos para llegar a dichas metas.

4. 4. Elaboración de una propuesta inicial de indicadores comunes

La revisión bibliográfica concluyó con una matriz de indicadores. Con ellos fue posible organizar una reunión entre los técnicos de la OSE y tres expertos: un representante de OPS Washington, otra representante de la OPS región Andina y otro del organismo Andino de Salud ORAS. La agenda de este encuentro giró en torno a qué es un sistema de información, discusión y acuerdos sobre la visión, misión y alcances de un sistema de información en recursos humanos en salud para la región. Este encuentro se llevó a cabo en Quito en el mes de enero del 2007.

El objetivo central: definir las metas hasta el 2015

No es posible definir un sistema de monitoreo del cumplimiento de los compromisos acordados sin contar con metas cuantitativas que permitan calcular los niveles de avance, retroceso o estancamiento con respecto a algún número significativo o ideal que se ha acordado. La reunión de enero en Quito tuvo como fin esta construcción.

INDICADORES DE MONITOREO DE LOS COMPROMISOS DE LA LLAMADA A LA ACCIÓN DE TORONTO SOBRE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

La revisión bibliográfica nos permitió llegar a las siguientes constataciones:

1. No existe una línea de base común para monitorear la situación de los recursos humanos en salud.
2. Ausencia de metas cuantitativas del llamado a la Acción de Toronto que permitan la vigilancia de su cumplimiento
3. No existe una línea de base común para monitorear la situación de los recursos humanos en salud.

¿Cómo construir un sistema de vigilancia del cumplimiento de los desafíos de Toronto que visibilice y comunique los avances o retrocesos en la situación de los recursos humanos en salud en el área andina?

Indicadores de contexto

Se definen indicadores que pueden servir como una aproximación a la identidad del país y que se relacionan con sus niveles de desarrollo. Son indicadores clásicos cuyas definiciones son reconocidas a nivel internacional y su producción es propia de los institutos de estadísticas y censos.

INDICADORES DE RESULTADO DE LA ACCION DE LOS RHS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACION

Lograr medir impactos en la atención de salud que reflejen los comportamientos de los recursos humanos en salud es una de las tareas más difíciles en la construcción de los indicadores. Consideramos que las siguientes pueden ser indicativos de los niveles de experticia y compromiso de estos recursos humanos, ya que se esperaría que estos eventos que se sugiere sean medidos, ocurren de manera muy casual en un servicio de salud dotado con equipos y con recursos humanos calificados.

- Porcentaje de mortalidad materna por hemorragia y sepsis después de 48 horas de hospitalización.
- Conocimiento de la población sobre (i) la oferta de servicios de salud (II) Hábitos saludables de vida
- Confianza de la población en el servicio de salud (¿Volvería o recomendaría el servicio?)

Los problemas con estos datos radican en la ausencia de fuentes de información para las dos preguntas finales que tienen que ver con percepciones.

Matriz de indicadores

La matriz de indicadores parte de una definición conceptual sobre cada uno de los 5 desafíos. La columna dos sintetiza los ámbitos del concepto que es el resultado de una apretada interpretación sobre el alcance del concepto basada en la revisión bibliográfica y en los ejes temáticos fundamentales extraídos de la sistematización de la reunión de Observatorios de Recursos Humanos de Lima. A continuación, la columna 3 planea los principales indicadores que pueden dar cuenta de estos conceptos. Esta plantilla es la que se obtuvo luego de la discusión de expertos, que además logró la formulación de las metas a ser alcanzadas en los 10 años.

Indicadores generales	Fuente
Esperanza de vida al nacer	
Mortalidad de la niñez	INEC, Est. Defunción
Mortalidad general	INEC, Est. Defunción
5 principales de causas de muerte de la población	INEC, Est. Defunción
5 principales causas de muerte de niños menores de 5 años	INEC, Est. Defunción
Número total de escuelas y facultades de ciencias médicas (médicos y enfermeras)	CONESUP
Graduación de profesionales por años: médicos, enfermeras, obstetrices y odontólogos	CONESUP
Cupos de formación de RH por tipo de personal (médico, enfermera, obstetriz y odontólogo)	CONESUP
Fuerza laboral de salud distribuido por número, género y étnia	Encuesta hogares
Indicadores de resultado de los RH sobre la salud de la población	Fuente
Porcentaje de mortalidad materna por hemorragia y sepsis después de 48 horas de hospitalización	INEC, Est. Defunción
Conocimiento de la población sobre (i) oferta de servicios de salud y (ii) hábitos saludables de vida	Encuesta
Confianza de la población en el servicio de salud (¿volvería o recomendaría el servicio?)	Encuesta

DESAFIOS DE TORONTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTES	METAS
1. Planificación y ejecución de políticas de RH en salud: Definir políticas y planes de salud y desarrollar capacidades institucionales	1. Definición de política de RH en salud para todos los niveles: objetivos y estrategias	1.1 Existencia de una política de RH en salud	Informantes clave y documentos	Formulación de la política nacional de recursos humanos y existencia de una instancia responsable de RH de alta desición política, apoyada por un marco legal actualizado en el que se integre el trabajo y la formación, con un sistema de planificación implementado, un sistema de información funcionando y sistemas de participación social que apoyen el ámbito de los RH.
	2. Instucionalidad de administración de RH en salud	2.1 Existencia de organismo estatal específico en RH	Informantes clave y documentos	
		2.2 Nivel del organismo de RH en el aparato estatal	Informantes clave y documentos	
	3. Marco normativo de RH en salud: normas para formación, uso, renovación y desempeño	3.1 Existencia del marco legal o reglamentario para RH en salud	Informantes clave y documentos	
		3.2 Existencia de sistema de incentivos para RH en salud y evaluación del desempeño	Informantes clave y documentos	
	4. Planificación e implementación de políticas de RH en salud: sistema nacional de RH (oferta de plazas de trabajo en el sistema público y privado de acuerdo a las necesidades de la población) y ajuste de presupuesto	4.1 Existencia de plan periódico de desarrollo y manejo de RH en salud	Informantes clave y documentos	
		4.2 Modificaciones del crecimiento anual de Recursos Humanos basados en el plan	MSP	
		4.3 Crecimiento anual de personal de atención directa (plazas creadas según niveles del sistema)	MSP	
		4.4 Crecimiento anual de personal gerencial (cargos de dirección en unidades de salud)	MSP	
	5. Información sobre los RH en salud	5.1 Existencia de sistema de información sobre RH en salud actualizado, con periodicidad y cobertura pública, privada y otras		
	6. Sistema de participación social	6.1 Participación de universidades, gremios, sindicatos y organizaciones en la formulación de la planificación y de la asignación presupuestaria		

DESAFIOS DE TORONTO	DIMENSION	INDICADOR	FUENTES	METAS
2. Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con necesidades de salud de la población.	1. Distribución territorial de RH en salud (médico + enfermeras). En los sitios posibles aumentar odontólogo, obstetrix y auxiliar	1.1. Distribución de RH en salud por tipo de recurso (según división política y NBI)	MSP / INEC	Acortar la inequidad de distribución RH en los países y la región Andina en un 30% en 5 años y en 60% en 10 años
		1.2. Densidad de RH (número vs. población) por niveles de recursos humanos (según división política y pobreza)	MSP / INEC	25-50 profesionales por 10.000 habitantes
	2. Distribución del RH de salud de acuerdo a las necesidades de salud de la población	2.1. Muertes sin certificación médica (porcentaje del total) por oferta de médicos	INEC / Estadísticas vitales	
		2.2. Muertes por causas no diagnosticadas (estados morbosos mal definidos) (porcentaje del total) por oferta de médico	INEC / Estadísticas vitales	
		2.3. Tasa de mortalidad de la niñez por oferta de RH (médicos y enfermeras) (número de muertes por x personal de salud)	INEC / Estadísticas vitales	
		2.4. Tasa de mortalidad materna por oferta de RH (médicos y enfermeras) (número de muertes por x personal de salud)	INEC / Estadísticas vitales	
		2.5. Parto institucional por oferta de RH especializados (ginecobstetras y obstetrices) (número de partos en establecimientos de salud por x personal especializado)	INEC / Estadísticas vitales	
		2.6. Asistencia profesional o capacitada durante el parto (proporción de partos asistidos por personal profesional o capacitado)	INEC / Estadísticas vitales / Encuesta de hogares / ENDEMAIN	
	3. Distribución del personal del sistema público de salud según normas del sistema: adecuación del personal a la estructura y características de la población atendida	3.1. Profesionalización del personal de enfermería (enfermeras profesionales con educación universitaria vs. Total personal enfermería (enfermeras, auxiliares y técnicos)	MSP	100 % profesionales
		3.2. Establecimientos con personal insuficiente por niveles	ERAS/MSP	
	4. Desempeño del personal			
	4.1. Efectividad de la atención	4.1.1. Mortalidad intrahospitalaria mayor de 48 horas	Encuesta	
	4.2. Calidad y calidez	4.2.1. Satisfacción de los usuarios atendidos (proporción según escala de satisfacción)	Encuesta	
	4.3. Productividad	4.3.1. Partos asistidos por profesional (personal médico, enfermeras, obstetrices)	MSP	
		4.3.2. Horas potenciales de trabajo según tipo de profesional (promedio de horas comprometidas por período de tiempo)	Encuesta	
		4.3.3. Horas efectivas de trabajo según tipo de profesional (promedio de horas trabajadas por período de tiempo)	Encuesta	

DESAFIO DE TORONTO	DIMENSION	INDICADOR	FUENTES	METAS
3. Regular los desplazamientos y migración de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar la atención a la salud de toda la población	1. Fuerzas de expulsión: capacidad de retención de RH (Intrapáis: urbano/rural, público/privado; ciudades pequeñas/ciudades grandes; Inter-países)	1.1. Número de personal de salud por tipo de profesión que se va por año	INEC / Estadísticas de migración / MRE	Monitorear la emigración en 5 años Política regional sobre migración internacional. Acuerdos para compensar al país que pierde la fuerza laboral
		1.2. Movilidad de la población (número de profesionales de la salud que cambian su ocupación debido a la migración)	INEC - Encuesta de hogares	
	2. Impacto de la pérdida de RH en salud	2.1. Déficit de RH en salud debido a emigración internacional p(proporción de déficit total de recursos) por tipo de profesión	INEC MSP	
		2.2. Pérdida económica por emigración profesional internacional (costo de la educación de los profesionales emigrantes al extranjero)	CONESUP	
	3. Fuerzas de atracción	3.1. Inmigración al país de profesionales en salud por tipo (número; proporción de aumento)	INEC / Estadísticas de migración / MRREE CONESUP	
	4. Condiciones de recepción de RH en salud	4.1. Pérdida de capacidades (años con empleo que no corresponde a capacitación / años con empleo precario)	INEC / Estadísticas de migración CONESUP	
		4.2. Demora en ejercer la profesión (tiempo promedio que se demora el profesional en ejercer su profesión en el país de receptor)	INEC / Estadísticas de migración CONESUP	

DESAFIO DE TORONTO	DIMENSION	INDICADOR	FUENTES	METAS
4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población	1. Salarios y complementos salariales	1.1. Salario más bajo y más alto según categoría de personal de salud: médico, enfermera y auxiliar de enfermería	Documentos	Empleo decente para el personal de salud a través de: equidad género y etnia, 100% estabilidad laboral, la existencia de protección laboral para salud de los profesionales, bajos niveles de ausentismo y de accidentes laborales, cero horas de pérdida de trabajo por conflicto y una política y plan de educación permanente
		1.2. Total de remuneraciones de personal de salud público vs. Total de funcionarios del MSP	MSP	
	2. Estabilidad laboral: trabajo estable, flexible, a riesgo compartido y otros; pluriempleo; mercado dual	2.1. Porcentaje de personal de salud que trabaja por contrato vs. Porcentaje de personal de salud que trabaja por nombramiento	MSP	
		2.2. Empleo dual por tipo de profesional (empleo principal vs. Empleo secundario)	Encuesta de empleo	
	3. Salud laboral: carga de trabajo físico y mental, largas jornadas y falta de insumos	3.1. Porcentaje de ausentismo por enfermedad	MT / IESS	
		3.2. Porcentaje de ausentismo por enfermedad laboral	MT / IESS	
		3.3. Existencia de normas de seguridad	Documentos	
		3.4. Cumplimiento de normas de seguridad (proporción de personal que cumple con normas de seguridad)	MSP	
		3.5. Accidentes de trabajo (número; proporción; tasa por esfuerzo)	Ministerio de Trabajo	
		3.6. Enfermedades laborales (número; proporción; tasa por esfuerzo)	Ministerio de Trabajo	
		3.7. Riesgos laborales (número de denuncias por riesgos laborales)	Ministerio de Trabajo	

	4. Discriminación (género y étnica)	4.1. Diferencias salariales según género y etnia	Encuesta de hogares / empleo
		4.2. Acceso a cargos directivos según género y etnia	Encuesta de empleo
	5. Mantenimiento de los niveles de competencia del recurso humano en salud: educación permanente del personal	5.1. Existencia de una política de formación	MSP
		5.2. Financiamiento por parte de la cooperación nacional sin un plan de formación	MSP Documentos
		5.3. Horas de trabajadores en capacitación vs. Horas de trabajo	
		5.4. Porcentaje de presupuesto regular para la capacitación	MSP Documentos
	6. Diálogo social y relaciones laborales	6.1. Pertenencia a organizaciones laborales y gremiales por tipo de profesional (proporción de afiliación y/o participación)	MSP Encuesta
		6.2. Cobertura de contratos colectivos por tipo de profesional y sector	MSP
		6.3. Paralización laboral (número de días en huelga en el sector pública)	MSP

DESAFIO DE TORONTO	DIMENSION	INDICADOR	FUENTES	METAS
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades y escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población	1. Producción anual de profesionales en ciencias de la salud por facultades y escuelas universitarias	1.1. Producción por territorios de profesionales de la salud (pediatras, ginecólogos, clínicos, cirujanos y otras especialidades)	CONESUP	80% de los estudiantes que ingresan se gradúan en el tiempo previsto. Pertinencia curricular: 80% /50% del aprendizaje en APS y 20% hospitalaria Práctica del internado: 50% APS y 50% en hospitalaria 100% universidades tienen programas permanentes de formación docente 100% de los centros de formación están acreditados 100% del personal re-certificado
		1.2. Producción por territorios de enfermeras, obstétrices y odontólogos	CONESUP	
		1.3. Porcentaje de especialistas en áreas clínicas vs. En salud pública, por territorio	CONESUP	
		1.4. Oferta de pediatras (tasa demográfica; vs población de 0 a 17 años)	CONESUP / INEC	
		1.5. Oferta de gerontólogos (tasa demográfica; vs. población tercera edad)	CONESUP / INEC	
		1.6. Brecha de género en las carreras médicas (hombres vs. mujeres)	CONESUP	
	2. Eficiencia de las formación profesional	2.1. Número de estudiantes que ingresan y egresan por años según profesión	CONESUP	
		2.2. Existencia del programa de formación docente por facultad	Informantes claves	
	3. Utilización de estudiantes como fuerza de trabajo en las instituciones de salud	3.1. Porcentaje de estudiantes (internos) vs. Total de trabajadores	MSP	
	4. Pertinencia curricular vs. las necesidades de salud de la población y enfoque integral de la salud. (Modelo asistencia vs. modelo de derechos de la atención de salud; modelo curativo-hospitalario y de alta especialización vs. modelo de derechos de atención de salud)	4.1. Porcentaje de tiempo del internado dedicado a la atención primaria vs. A la atención hospitalaria	MSP / universidad	
		4.2. Porcentaje de la carga curricular para aprender atención primaria de salud y salud pública vs. Atención hospitalaria	Informantes claves	
	5. Servicio social obligatorio	5.1. Porcentaje de profesionales rurales vs. Número total de profesionales	MSP	
		5.2. Número de cupos ofertados para servicio social vs. Número total de candidato	MSP	
	6. Acreditación y recertificación	6.1. Existencia de la norma nacionales para acreditación aprobadas	Documentos CONESUP y Universidades	
		6.2. Existencia de la norma nacional para recertificación aprobadas	Documentos universidades	
		6.3. Norma nacional de acreditación aplicada	Documentos	
		6.4. Norma nacional de recertificación aplicada	MSP	
		6.5. Facultades acreditadas por carrera (número; proporción)	CONESUP	
		6.6. Profesionales recertificados (número; proporción)	MSP	

4.5. EL MODELO Y SU APLICACIÓN AL ECUADOR: UN EJEMPLO PRÁCTICO

Para probar el modelo se acordó trabajar en el desarrollo de uno de los desafíos, buscando información (ver anexo) y creando medidas sintéticas (cálculo del Gini) que podrían comunicar de manera eficiente el mensaje sobre el estado de cumplimiento de los desafíos.

1. DESAFÍO de Toronto 2:

Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con necesidades de salud de la población

2. DIMENSION

- ☐ Distribución territorial de RH en salud (médico + enfermeras).
- ☐ Distribución del RH de salud de acuerdo a las necesidades de salud de la población (Pobreza)
- ☐ Distribución del personal del sistema público de salud según normas del sistema: adecuación del personal a la estructura y características de la población atendida
- ☐ Desempeño del personal: **efectividad** de la atención, calidad y calidez, productividad

3. Indicadores

- ☐ Densidad de RH (número vs. población) por niveles de recursos humanos (según división política y pobreza)
- ☐ Muertes sin certificación médica (porcentaje del total) por oferta de médicos
- ☐ Muertes por causas no diagnosticadas estados morbosos mal definidos)
- ☐ % partos asistidos por personal no capacitado
- ☐ % personal profesional de enfermería

4. DEFINICION DE METAS HASTA EL 2015

DESAFIOS	INDICADORES	METAS
2. Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con necesidades de salud de la población	Inequidad de los RHS según territorio Inequidad de pobreza vs. RHS Porcentajes de muertes con certificación médica % de partos asistidos por personal no capacitado % personal profesional de enfermería % de defunciones por estados morbosos mal definidos	1. Eliminar inequidad en la distribución Geográfica de RHS 2. Eliminar inequidad en la relación pobreza y RHS 3. 0 muertes sin certificación médica
DESAFIOS	INDICADORES	METAS
2. Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con necesidades de salud de la población	% de partos asistidos por personal no capacitado % personal profesional de enfermería % de defunciones por estados morbosos mal definidos	1. Todos los partos asistidos por personal capacitado 2. Todo el personal de enfermería profesionalizado 3. 0 muertes por estados morbosos mal definidos

5. FORMULA Y FUENTES DE INFORMACION DE LOS INDICADORES

INDICADORES	FÓRMULA	FUENTES
% de partos asistidos por personal no capacitado	$\frac{\text{No partos asistidos por Personal no capacitado}}{\text{TOTAL DE PARTOS}}$	CEPAR, Encuesta ENDEMAIN 2004
% personal profesional de enfermería	$\frac{\text{No. de enfermeras}}{\text{TOTAL PERSONAL ENF (ENF + auxiliares enf)}}$	INEC/Estadísticas de recursos del sector salud, 2004
% de defunciones por estados morbosos mal definidos	$\frac{\text{No. de muertes por Estados morbosos mal definidos. Total de causas de muerte}}{\text{Total de causas de muerte}}$	INEC / Estadísticas Vitales, 2004
Indicadores	Fórmula	Fuentes
Inequidad de los RHS según territorio	Gini de la distribución de RH según cantones	INEC/Estadísticas de recursos del sector salud, 2004 INEC/Distribución política administrativa, 2001
Inequidad de pobreza vs. RHS	Gini de la pobreza por NBI según RHS	INEC/Encuestas de Condiciones de vida, 2006 y Estadísticas de recursos del sector salud, 2004
Porcentajes de muertes con certificación médica	$\frac{\text{No. de muertes ccm.}}{\text{No. total de muertes}}$	INEC/Estadísticas Vitales, 2004

6. LA ESTRELLA DE METAS

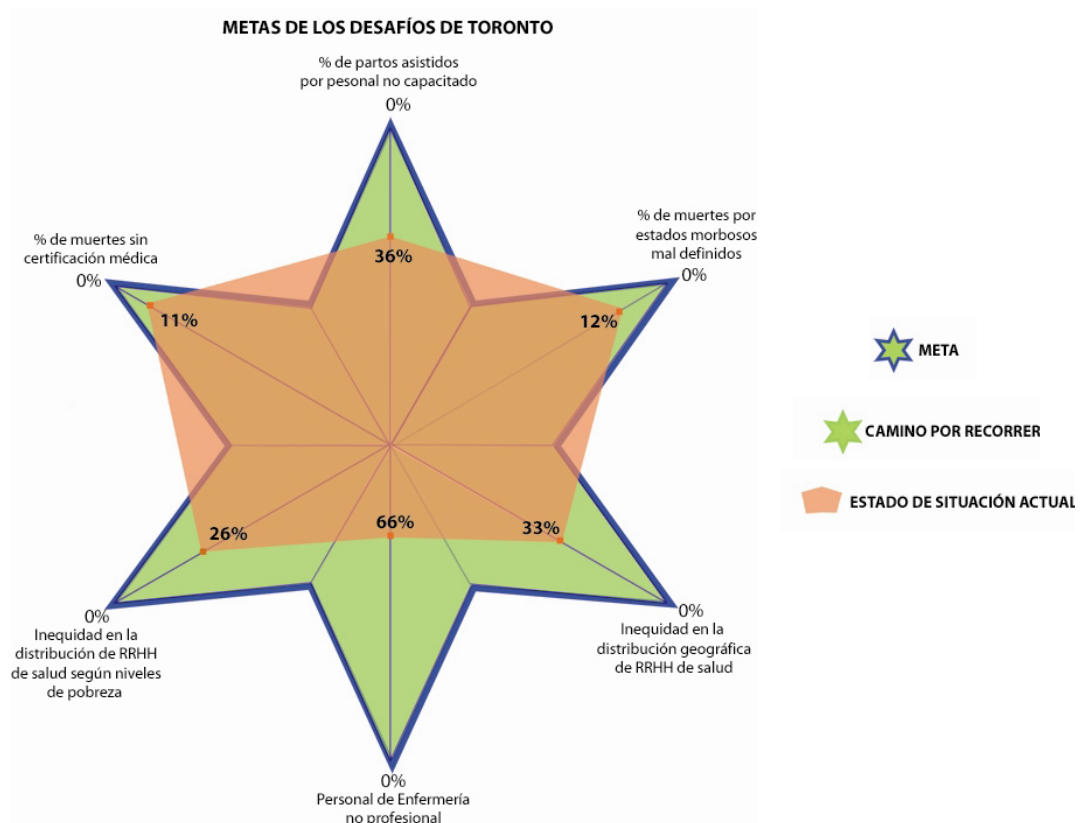
La imagen objetivo de aquí a 10 años sobre el desarrollo de los recursos humanos puede ser graficada en una estrella de cinco puntas. Cada una de esta puntas es el logro de la meta ideal, que se compara con el punto de partida, al año 2006 y que registra el trecho que no está cumplido.

Esta estrella está pensada desde el punto de vista de la comunicación como datos con un mensaje que permiten visibilizar las trayectorias que se han recorrido y las que faltan por recorrer. La estrella fue creada a partir de la construcción de metas del desafío 2: **Distribución igualitaria de profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con necesidades de salud de salud de la población.** Para lograr este desafío se planteó que al 2015 el Ecuador lograría:

1. 0 partos asistidos por personal no profesional
2. 0 registros de muertes por causas atribuibles a estados morbosos mal definidos
3. 0 (Gini 0) inequidad en la distribución de recursos humanos según niveles de pobreza de la población
4. 0 (Gini 0) inequidad en la distribución de recursos humanos según área geográfica
5. 0 muertes sin certificación médica
6. 0 de personal de enfermería no profesional

La diferencia entre el pentágono y las puntas de la estrella determinan que el camino por recorrer es:

1. Eliminar el 12% de los registros de muertes por estados morbosos mal definidos
2. Lograr que el 36% de partos que hoy no son asistidos por personal no profesional llegue a serlo
3. Lograr que 11% más de las muertes sea certificada por un médico
4. Eliminar el 26% de la inequidad en la distribución de recursos humanos en salud por niveles de pobreza de la población
5. Eliminar el 33% de la inequidad en la distribución geográfica de los recursos humanos en salud
6. Llegar a que el 66% de recursos humanos de enfermería sea profesional.



5. BIBLIOGRAFÍA

Consejo Nacional de Salud del Ecuador. Comisión Nacional de Recursos Humanos. Plan Decenal de Desarrollo de los Recursos Humanos 2006-2015. Documento de trabajo, julio, 2006

Dussault, Mejoramiento del desempeño del personal de salud: de la promoción a la acción. 47ava sesión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, septiembre, 2006

Ministerio de Salud Pública de Uruguay, VIII Cumbre Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud. La migración del personal de salud en la región de las Américas, situación, perspectivas y sugerencias para la acción. Octubre, 2006

Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia/UNICEF/Fundación Observatorio Social del Ecuador. **EDNA 2005**, Quito, Noción, 2006

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. El Perú respondiendo a los desafíos a la década de los recursos humanos en salud. Ministerio de Salud. Instituto de desarrollo de Recursos Humanos. Serie Recursos Humanos en Salud No. 5. Lima, 2006

Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en salud. Toronto Canadá, 2005

-----Recursos Humanos de Salud en las Américas: tendencias y datos para la acción, septiembre de 2006

-----Estrategias para desarrollar las competencias para la salud pública en la fuerza de trabajo. Basadas en políticas actuales y en evidencias. Octubre, 2006

-----Prioridades y estrategias en recursos humanos para la salud. 47ª. Consejo Directivo. 25-29 septiembre del 2006

6. ANEXOS

INDICADORES DE SALUD PARA CONSTRUIR ESTRELLA

Provincia	Médicos públicos (2004)	Médicos privados (2004)	Enfermeras públicas (2004)	Enfermeras privados (2004)	Partos asistidos por personal capacitado (2004)	Total Nacimientos (2004)
AZUAY	643	694	314	141	9211	14403
BOLIVAR	131	9	97	3	1587	4467
CAÑAR	187	84	78	11	2441	3807
CARCHI	94	21	73	3	2098	3133
COTOPAXI	175	57	89	11	4289	9729
CHIMBORAZO	295	115	237	22	4597	10748
EL ORO	364	148	194	28	8763	11724
ESMERALDAS	221	104	74	4	3858	12457
GUAYAS	2531	1616	1283	259	56602	74923
IMBABURA	269	59	209	17	5108	9432
LOJA	437	175	217	42	5920	10212
LOS RIOS	239	346	97	18	11023	18654
MANABI	871	219	462	18	17931	29177
MORONA SANTIAGO	108	8	57	1	1099	4131
NAPO	87	6	43	0	1089	2775
PASTAZA	67	15	46	8	942	2228
PICHINCHA	2622	1381	1837	659	45935	59711
TUNGURAHUA	292	196	191	49	7211	9612
ZAMORA CHINCHIPE	79	0	40	0	856	2446
GALAPAGOS	12	0	3	0	449	479
SUCUMBIOS	62	19	51	4	1377	4093
ORELLANA	47	1	20	0	821	2797
ZONAS NO DELIMITADAS	0	18	0	5	512	1464
PAÍS	9833	5291	5712	1303	193719	302602

FUENTES DE INFORMACION:

INEC/Estadísticas de recursos del sector salud, 2004
CEPAR, Encuesta ENDEMAIN 2004

Provincia	Muertes por causas mal especificadas (urbanas-2004)	Muertes por causas mal especificadas (rural-2004)	Muertes sin certificado médico (urbanas-2004)	Muertes sin certificado médico (rural-2004)	Total personas fallecidas (urbanas-2004)	Total personas fallecidas (rural-2004)
-----------	---	---	---	---	--	--

AZUAY	178	196	121	171		976
BOLIVAR	213	114	186	65		322
CAÑAR	79	104	83	101		349
CARCHI	9	21	8	22		210
COTOPAXI	163	207	75	108		824
CHIMBORAZO	228	343	181	306		1043
EL ORO	105	19	61	9		166
ESMERALDAS	264	146	391	211		348
GUAYAS	393	108	642	91		845
IMBABURA	179	284	216	317		751
LOJA	256	379	225	336		681
LOS RIOS	269	36	200	29		392
MANABI	831	261	642	198		1036
MORONA SANTIAGO	30	37	31	35		92
NAPO	49	35	70	57		94
PASTAZA	5	6	3	7		39
PICHINCHA	194	107	145	91		2054
TUNGURAHUA	40	158	15	142		1172
ZAMORA CHINCHIPE	61	19	62	21		55
GALAPAGOS	1	0	1	0		2
SUCUMBIOS	59	17	80	28		77
ORELLANA	69	39	95	52		67
ZONAS NO DELIMITADAS	-	52	-	66	-	179

PAÍS	3675	2688	3533	2463		11774
------	-------------	-------------	-------------	-------------	--	--------------

INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, 2004
CEPAR, Encuesta ENDEMAIN 2004

Provincia	Pobreza (necesidades básicas)	Población 2004	Tasa de mortalidad niñez	Inmunización completa
-----------	-------------------------------------	-------------------	--------------------------------	--------------------------

AZUAY	34,08	637909	43	68,6
BOLIVAR	51,37	175345	52	57,1
CAÑAR	42,84	216561	52	76,4
CARCHI	36,77	154437	35	89,1
COTOPAXI	48,56	375533	51	56,7
CHIMBORAZO	46,78	422311	46	55
EL ORO	31,99	553569	51	77,2
ESMERALDAS	43,93	412143	36	58,4
GUAYAS	31,77	3489313	30	66
IMBABURA	38,82	370539	63	65,9
LOJA	40,8	410325	40	70,6
LOS RIOS	42,57	671759	42	52,5
MANABI	43,09	1201771	33	74,5
MORONA SANTIAGO	52,48	129296	37	64
NAPO	53,65	90892	37	64
PASTAZA	46,9	69271	37	64
PICHINCHA	25,62	2591865	32	70,5
TUNGURAHUA	38,22	463428	22	77
ZAMORA CHINCHIPE	45,95	81986	37	64
GALAPAGOS	24,7	22619	18	75
SUCUMBIOS	49,44	150645	37	64
ORELLANA	56,54	99338	37	64
ZONAS NO DELIMITADAS	49,64	78192	-	-

PAÍS	35,9	12869047	37	67,4
------	------	----------	----	------

INEC/Distribución política administrativa, 2001

INEC, Censo, 2001

INEC. Anuario de Estadísticas Vitales, 2004