

“La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud”

“Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina”



“La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud”



“Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina”

Catalogación hecha por Centro de Gestión del Conocimiento OPS/OMS en el Perú

La política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud: “Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 -2015 en los países de la Región Andina”

Es una publicación de la Oficina Panamericana de la Salud OPS-OMS

Publicado en Mayo del 2010

Traducción: en proceso

Fotos: Cristóbal Corral

Diseño: Edward Cooper

Impresión: Lima, Perú, 2010

RECURSOS HUMANOS EN SALUD / POLITICAS de RHUS / MONITOREO DE POLITICAS DE RHUS/ SEGUIMIENTO A LOS DESAFIOS DE TORONTO/ RHUS EN LA SUBREGION ANDINA

Depósito Legal N°

Coordinación técnica:

Mónica Padilla, responsable de la Cooperación Técnica para el Desarrollo de RH de la subregión andina de OPS/OMS, con sede en Perú.

Félix Rigoli, asesor regional de Políticas de RH en Salud OPS/OMS, Washington DC

Asesoría metodológica y sistematización del proceso:

Margarita Velasco Abad, con el apoyo de la Fundación Observatorio Social del Ecuador y la participación de Alexandra Escobar.

Desarrollado en el marco de la implementación del Plan Andino de RHUS, en coordinación con el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y la participación de los delegados y consultores de OPS de los países andinos:

Bolivia

Miriam Gamboa, responsable de Política de Recursos Humanos en Salud y Coordinadora

Académica de la Residencia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RESAFCI)

Hugo Rivera, consultor nacional de RH, OPS/OMS.

Colombia

Luis Carlos Ortiz, Director Nacional de Análisis de Políticas de RH, Ministerio de Protección Social.

Hernando Cubides, profesional de la Dirección Nacional de Análisis de Políticas de RHUS, MPS.

Gerardo Alfaro, consultor Internacional de Servicios de Salud, OPS/OMS.

Chile

Verónica Bustos, División de Gestión de las Personas, Ministerio de Salud de Chile.

Jaques Girard, consultor internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS.

Ecuador

Eduardo Puente, Director de RH en Salud, MSP.

Jorge Albán, Comisión de RHUS, Consejo Nacional de Salud.

Cristina Merino, profesional nacional de RH en Salud, OPS/OMS.

Perú

Betsy Moscoso, responsable del Observatorio de RH en Salud, Ministerio de Salud del Perú.

Giovanni Escalante, profesional nacional de RH en Salud, OPS/OMS.

Venezuela

Dra. Raquel Mata, directora general de investigación y educación del Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Dra. Luisa Castillo, directora de investigación.

Abg. Armando Pérez Mariño, director general de la oficina de RH.

Lic. Rosa Falcón, directora de apoyo administrativo de la oficina de RH.

Victor Zamora, consultor internacional en Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS.

Organismo Andino de Salud

Patricio Yépez, Secretario Adjunto, Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, y coordinador del componente Desarrollo, RHUS

Ing. Marco Ramírez, Administrador de la Red Andina de Observatorios de RHUS

Allison Foster, OPS/OMS Washington.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, reproducido o traducido total o parcialmente, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

Los autores son responsables de las opiniones expresadas en este documento.



Contenido

6	-----	Prólogo
	-----	Los recursos humanos en el proceso de integración andina Dr. Charles Godue
9	-----	1. Visibilizar a las personas Mónica Padilla
12	-----	Recuadro 1. Cronología de una nueva visión
15	-----	2. La circunstancia actual del recurso humano en salud Pedro Brito
21	-----	3. La necesidad de medir el progreso
22	-----	Desafíos de Toronto y el proceso andino para monitorear las metas regionales de desarrollo de los RHUS 2007 – 2015
23	-----	Recuadro 1. Los cinco desafíos de Toronto
25	-----	Recuadro 2. Una metodología de política pública
37	-----	Recuadro 3. Criterios sobre el proceso de la Región Andina
38	-----	Recuadro 4. La vigilancia social con datos
39	-----	Recuadro 5. Características de los indicadores sociales
49	-----	4. La línea de base de los países andinos
	-----	El punto de partida de la Región Andina en RHUS
50	-----	Desafío 1
56	-----	Desafío 2
60	-----	Desafío 3
62	-----	Recuadro 6. La utilidad de la línea de base
64	-----	Desafío 4
68	-----	Desafío 5
73	-----	5. El futuro: construyendo procesos
76	-----	Recuadro 7. ¿Qué hacer con los datos?
79	-----	Recuadro 9. Tareas Siguiertes
80	-----	Bibliografía



Los recursos humanos en el proceso de integración andina

Dr. Charles Godue

141 millones de personas habitan en los seis países de la subregión andina: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela, distribuidos en un territorio de 5 millones 470 mil kilómetros cuadrados. A diferentes ritmos, estos países andinos atraviesan dos procesos demográficos comunes, transición demográfica y urbanización. Una reducción general de las tasas de mortalidad y natalidad, una disminución de las tasas de fecundidad y el relativo envejecimiento de las poblaciones es la característica. En términos de promedios nacionales, el país más urbano es Venezuela (88,1%) y los menos urbanos, Ecuador (62,8%) y Bolivia (64,4%), con Chile 87,7%, Colombia 77,4% y Perú 74,6% en el medio. En cuanto a la distribución espacial de la población Bolivia tiene la menor densidad (9 hab. por km²) y Ecuador (48 hab.) y Colombia (41 hab.) las mayores. La baja densidad y la dispersión poblacional son un desafío para los sistemas de salud.

En conjunto el desempeño económico de esta subregión fue positivo en la última década, pues la mayoría creció a un ritmo superior al 4% anual a partir del año 2004, lo que no necesariamente modificó sus brechas internas. Para el periodo 1995-2003, tanto el gasto público social por habitante como el gasto público en salud creció en la Subregión Andina, aunque sin igualar el crecimiento global de la región. El gasto público en salud en esta subregión aumentó en cerca del 38%, de 45.8 dólares a

62 dólares per cápita. Los países andinos aprovecharon mejor la expansión económica que toda la región. Hoy en día y con una crisis financiera global, aún en plena evolución, el desafío es mantener la opción política por fortalecer la inversión social y en salud, en tiempos de recesión.

La reafirmación del compromiso de los gobiernos andinos con la universalización de la atención mediante sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS), y el fortalecimiento de sus capacidades de respuesta a los problemas emergentes, como la pandemia AH1N1 ha instalado una dinámica tendiente a reducir la segmentación del sector especialmente en países como Perú, Ecuador, Bolivia y Venezuela y a profundizar los desarrollos de modelos de aseguramiento universal en países como Chile y Colombia.

El movimiento hacia la universalización del cuidado a la salud y la voluntad política para efectivizarla, han puesto en evidencia las importantes brechas de recursos humanos para responder a las necesidades de la salud de la población, colocando así el tema de los recursos humanos como determinante crítico de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. La problemática de los recursos humanos de y para la salud ha sido debatida y posicionada fuertemente por las autoridades políticas de la salud en las Américas. En

particular, la creación de los Observatorios de Recursos Humanos en 1999, el Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos para la Salud en 2005 y la adopción por parte de los Estados Miembros de las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 - 2015, nutridos por un intenso intercambio de experiencias y generación de información y conocimiento por parte de los países de la región, han contribuido al desarrollo de agendas nacionales cada vez más abarcativas y exigentes. A la par se ha conformado una serie de alianzas de cooperación técnico-financiera que han permitido movilizar recursos y capacidades para impulsar desarrollos específicos en la región.

Pese al trabajo desplegado, la persistencia de escasez de recursos humanos en función de las necesidades de salud, las limitaciones en la calidad de la formación y en el desempeño de los trabajadores y profesionales de la salud, las deficiencias en el diálogo entre educación y salud, la urgencia de lograr un trabajo digno para la fuerza de trabajo en salud, y la pobreza de las medidas para enfrentar los efectos de la migración de personal de salud, son catalogados por los países como problemas persistentes y comunes. Este consenso requiere la identificación de hitos técnicos concretos, que permitan a los equipos nacionales, evaluar sus avances y aprender de sus aciertos en materia de políticas y estrategias, como

un recurso de innovación con proyección de largo plazo.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) tiene el privilegio de acompañar los desarrollos de los países andinos y cooperar directamente con los equipos técnicos nacionales que trabajan en materia de salud pública y específicamente en materia de recursos humanos en salud en los países de la región. De hecho, a partir del 2005, reconociendo la dinámica de integración entre países y con el acuerdo de los gobiernos, la OPS implementa una estrategia de descentralización de la cooperación técnica hacia cuatro subregiones: Andina, Cono sur, Centro América y Caribe.

Con este marco y con la plena voluntad de coordinación y trabajo conjunto los países de la Subregión Andina, se establece un mecanismo de trabajo coordinado con el Organismo Andino de salud – Convenio Hipólito Unanue para el desarrollo de una agenda común que, utilizando los desafíos de Toronto, los Planes Nacionales de RHUS para la Década y las Metas Regionales para RHUS, definan intervenciones que aporten en forma determinante a la solución de los problemas planteados.

Concebida una agenda común se recibe de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA 2008) el aval político para ponerla en marcha consolidando así una forma de trabajo integrador de las necesidades de los

países, de las propuestas de los equipos técnicos y de la voluntad política de las máximas autoridades de salud de la subregión. Es así como uno de los componentes del Plan Andino de Recursos Humanos se identifica con el monitoreo del cumplimiento de las Metas Regionales para el Desarrollo del RHUS en la década 2007 – 2015 en el plano de la agenda política de los Ministerios de la Salud y la Protección Social de los países andinos para incorporar su medición como información estratégica que garantice el seguimiento a los logros e impactos de las decisiones de política pública en materia de recursos humanos en salud.

La presente publicación presenta los resultados de la primera medición de las Metas Regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007 – 2015. El documento explica el proceso de trabajo adoptado, presenta en forma detallada los resultados de la medición y abre perspectivas de desarrollo a futuro, en un esfuerzo que busca construir una cultura de evaluación y monitoreo de la política pública, como un instrumento dinamizador de la gestión en salud pública y a la vez como un incentivo que evidencie los avances y produzca información sobre las buenas prácticas, la efectividad y la eficiencia en el quehacer.

Desde la perspectiva de una globalización en marcha y en el contexto de la construcción de la ciudadanía

andina, la creación de la Unión de Naciones Suramericanas, los encuentros y cumbres convocados desde MERCOSUR, es central comprender este momento histórico como una sumatoria de iniciativas integradoras con grandes potencialidades para el desarrollo regional. Las Reuniones de los Ministros de Salud del Área Andino (REMSAA), tienen un contribución esencial, al promover la salud como componente fundamental de la integración y del desarrollo.

En este marco se confirma la necesidad de reforzar la articulación entre países con el fin de armonizar agendas, optimizar iniciativas, capacidades y mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de los países

Tengo el agrado de presentar este trabajo colectivo que describe una experiencia inscrita en el proceso de integración andina, y que delinea un compromiso entre países en el cual el personal de salud es el principal protagonista en la búsqueda de la salud para todos.





Visibilizar a las personas

Mónica Padilla

Los procesos de reforma de los sistemas de salud en nuestra región, en las últimas décadas, dejaron por fuera el tema de los recursos humanos en salud. Concentrados en los problemas de infraestructura, financiamiento, separación de funciones, descentralización, los recursos humanos fueron entendidos como un conjunto de competencias y un gasto excesivo, y fue la agenda de la precarización del empleo y los ejercicios de racionalización de las instituciones públicas, la comúnmente aplicada a lo largo del continente.

Las consecuencias se dieron en el personal de salud, escasez, sobrecarga, aumento de la productividad vía precarización laboral, desmotivación y estancamiento en la inversión pública para el desarrollo de su fuerza de trabajo. El recurso humano fue visto como un insumo más para la producción, perdiéndose de vista la esencia del proceso de trabajo de la salud que se resume en el slogan utilizado por el Ministerio de Salud del Perú “personas que atienden a personas”, generándose un escenario de interacción deshumanizado e ineficaz.

En la región de las Américas, una sistemática preocupación sobre esta negligente omisión de los reformadores - gobiernos e instituciones de cooperación técnico financiera - forma-tomó forma a través de una

iniciativa propuesta por OPS: el Observatorio de RH en Salud.

Este Observatorio se convirtió en un espacio regional de encuentro y análisis de información para la toma de decisiones de política en materia de recursos humanos en salud. A la par, facilitó el desarrollo de una red de gestores que se convirtieron en un recurso regional para sumar esfuerzos y posibilitar una creciente presencia del tema RH como factor estratégico para los sistemas de salud en las agendas sanitarias de los países. Estas acciones recibieron el aval político con de los Ministros de Salud de las Américas, mediante resoluciones de sus cuerpos directivos, dando visibilidad, por un lado, a los trabajadores de la salud – personas que hacen salud- y por otro a las poblaciones, aquellos para quienes se hace salud.

Un hito fundamental para el posicionamiento del tema RH en la agenda sanitaria de la región, se da como resultado de la consulta regional realizada por OPS en el 2005, orientada a caracterizar los retos que enfrentaban los países en esta materia. En la VII Reunión Regional de Observatorios de RHUS, realizado en Octubre del 2005 en Toronto, se definen, a partir de esa consulta, los cinco desafíos que constituyen el Llamado a la Acción por una Década de RHUS.

Este llamado produce un resultado adicional, y es la conformación de una plataforma de colaboración internacional con alianzas para la movilización de recursos financieros y técnicos provenientes de Canadá, España y Brasil (específicamente el Acuerdo OPS/Gobierno de Brasil TC41), base importante para el desarrollo de la agenda andina desplegada en el último quinquenio.

La visibilización de los recursos humanos en salud no ocurría sólo en las Américas; la Organización Mundial de la Salud (OMS) documenta y coloca distintos temas de política de RHUS en el plano global, y en 2006, por primera ocasión, se dedica el Día Mundial de la Salud a los trabajadores de la salud.

Esta declaratoria mundial que incluye información crítica sobre los problemas de recursos humanos, principalmente brechas en la disponibilidad, diferencias en el impacto en los resultados sanitarios y auge de la migración calificada, representa el momento más alto de movilización política alrededor del tema. El siguiente esquema coloca este escenario de acción y sus diferentes planos (mundial, regional, subregional y nacional) a fin de contextualizar la medición de las metas regiones de rhus en los países de la subregión andina.

Recuadro No. 1 Cronología de una nueva visión sobre el recurso humano en salud en las Américas

Santiago de Chile 1998.

OPS lanza una iniciativa regional dirigida a crear observatorios de RHUS para vigilar la repercusión de las reformas del sector salud en su fuerza laboral.

Washington 2001.

El 43 Consejo Directivo de la OPS aprueba la Resolución CD43.R6 sobre Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de RHUS.

Washington 2004.

El 45 Consejo Directivo de la OPS aprueba la Resolución CD45-R9 sobre los observatorios de RHUS y solicita a los Estados miembros establecer un programa nacional para el desarrollo de RHUS, que respalde la estrategia de atención primaria de salud, las funciones esenciales de la salud pública y exploren maneras de abordar la contratación activa de profesionales provenientes de países en desarrollo, dentro de un marco de emigración ordenada.

Este año, 21 países se suman a la iniciativa y participaban usando la mejor información posible.

2005.

OPS realiza una consulta para caracterizar los retos que enfrentan los países de la región en materia de RHUS. Cinco retos se convierten en una plataforma común del Llamado a la Acción por una Década de RHUS, presentado en Toronto, en octubre, durante la VII Reunión Regional de Observatorios de RHUS.

Lima, 2006.

Se inicia el proceso de formulación de planes de acción nacionales y regionales, que comparten 31 países en la VIII Reunión Regional de Observatorios de RHUS, en el mes de noviembre, para atender a los compromisos asumidos en Toronto.

2007.

La XXVIII Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSAA), manifiesta su acuerdo con la formulación de un plan de acción de RHUS de diez años.

2007.

La 27 Conferencia Sanitaria Panamericana insta a los Estados miembro a elaborar planes nacionales de acción. En junio, en la sesión 140 del Comité Ejecutivo de la OPS, se presentan metas operativas del plan de acción regional de RH para la salud. De esta manera se cuenta con un referente para medir avances y retrocesos de los países en la implementación de los desafíos de Toronto. Ecuador mide la primera línea de base de los desafíos de Toronto para probar la metodología de monitoreo planteada por la Región Andina.

Quito 2008.

Se realiza la reunión de expertos convocada por OPS para definir indicadores de las metas de los desafíos de Toronto. Como resultado, se elabora el Manual de elaboración de las líneas de base de los indicadores de los desafíos de Toronto. Los países de la Región Andina inician el proceso de construcción de sus líneas de base.

Lima 2009.

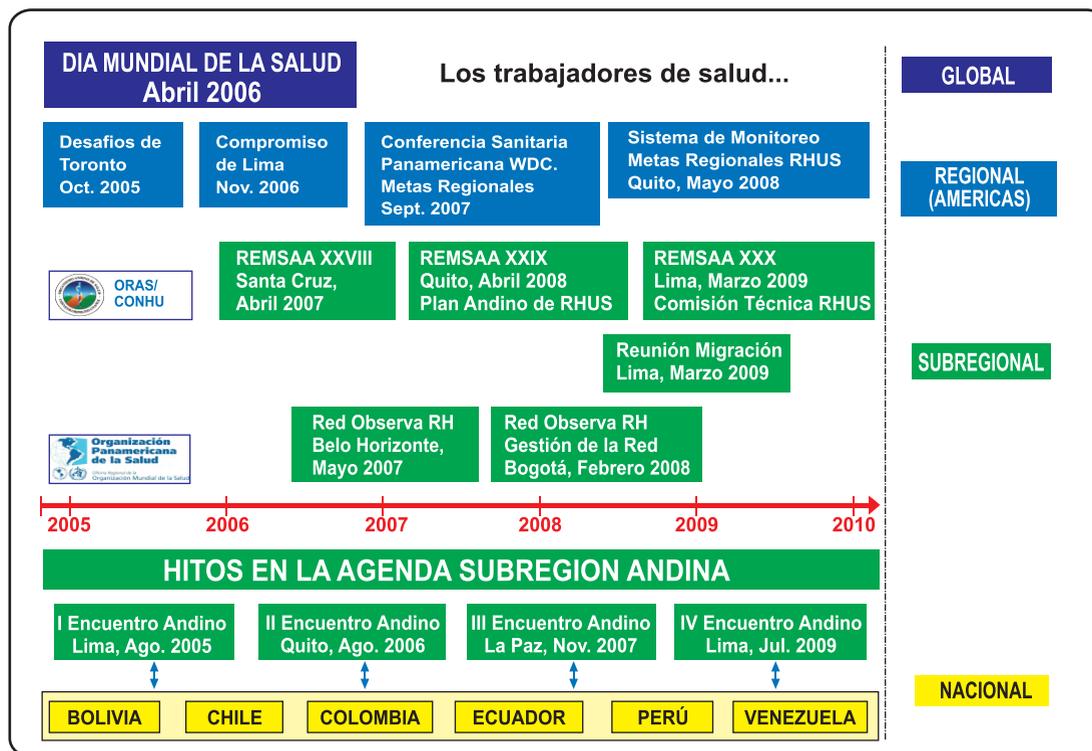
Los países de la Región Andina (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú) presentan sus líneas de base con el estado de situación de los RHUS en sus países.

Al momento de esta publicación, esta agenda se encuentra en plena implementación y se respalda para ello en el mecanismo de presupuestación subregional de la Organización Panamericana de Salud, el financiamiento Regional y nacional coordinado de OPS/OMS y fondos de los gobiernos de los países andinos, estableciéndose de esta manera una base técnica, financiera y política para la acción subregional en RHUS. Es fundamental destacar aquí el aporte técnico y financiero de los gobiernos brasilero, canadiense y español a través de acuerdos específicos de cooperación establecidos con OPS y específicamente el Proyecto TC41 OPS/Brasil, que ha facilitado el

desarrollo específico de dos de los ejes de la agenda, la construcción de capacidades y el desarrollo del Observatorio de RHUS. El financiamiento de la medición de metas regionales de RHUS ha sido fundamentalmente de OPS/OMS/CAN/ESP. La necesidad de contar con un referente de medición que permita incluir la idea de monitoreo de la política pública, con elementos concretos a ser alcanzados –con hitos comunes y criterios unificadores–, se materializa con el ejercicio de medición de las metas regionales en el período 2008-2009, y da paso a una nueva fase de intervención técnico-política en materia de RH en la subregión andina.

Visibilizar a las personas que hacemos salud, desde la perspectiva de la gestión de políticas de RHUS, significa poner en marcha acciones concretas que modifiquen el día a día de todos aquellos que constituyen la fuerza de trabajo en salud, establecer condiciones favorables para su valorización, desempeño y desarrollo con una mirada integral y de largo plazo. Aquí reafirmamos la potencialidad de establecer agendas conjuntas e impulsar esfuerzos convergentes con visión de futuro en forma urgente y sostenida.

Gráfico No. 1 El escenario para la acción en RHUS



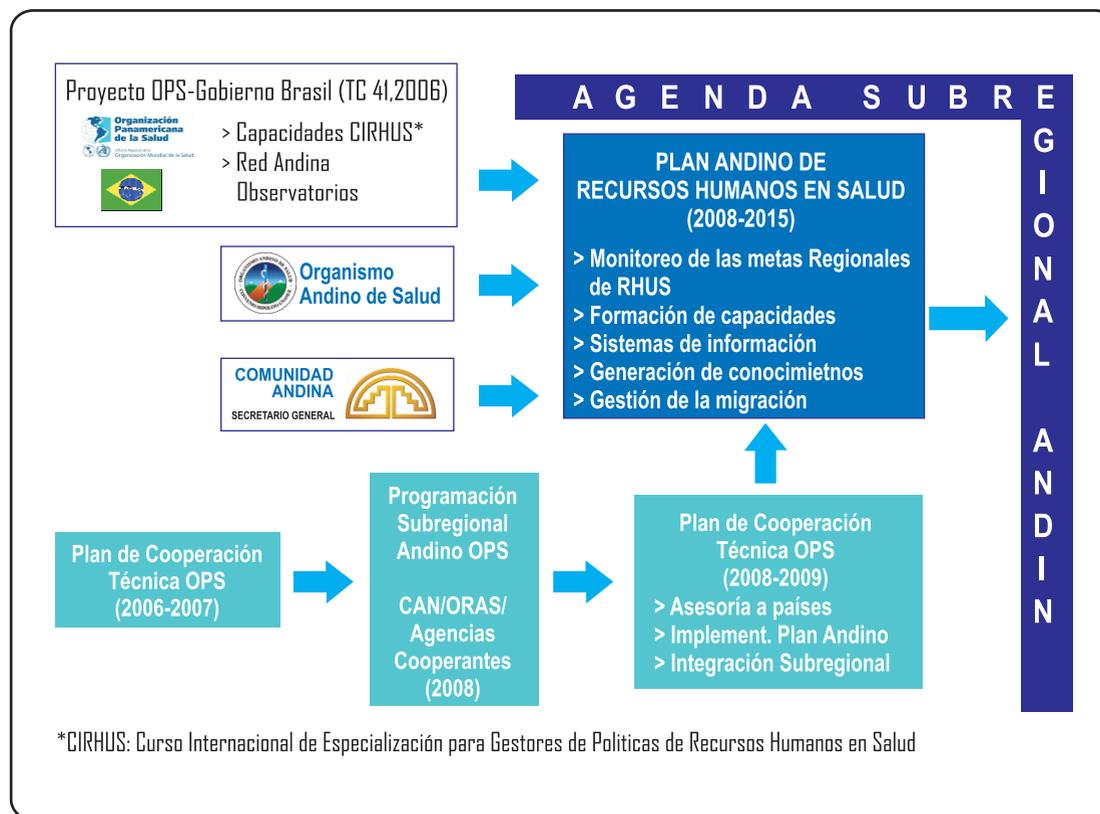
Concretar los compromisos adquiridos en el plano político es una tarea que convoca a la autoridad sanitaria de los países y específicamente a quienes ejercen la función de conducción de la política de recursos humanos en salud, la presencia de unidades de conducción de corte técnico con jerarquía suficiente para establecer acuerdos sectoriales en salud y con equipos de trabajo que superen la tradicional función de administrar contratos de trabajo, es un factor crítico a la hora de establecer las decisiones técnicas necesarias

para contar con una fuerza de trabajo en salud suficiente y comprometida que pueda responder a las demandas de los sistemas de salud y garantizar la respuesta oportuna a las necesidades de la población.

Con esto en mente y con la coordinación de OPS subregional, se conforma un grupo de trabajo conformado por los Directores Nacionales de RHUS y los consultores de sistemas y servicios de salud o de Recursos Humanos de la OPS de los seis países andinos.

Mediante encuentros anuales de planificación e intercambio de experiencias, el grupo de países andinos elabora una agenda conjunta, a partir del 2005. En alianza con el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, esta agenda formulada como “Plan Andino de RHUS 2008 – 2015”, se coloca en el plano político de las reuniones de ministros de la subregión, alcanzando su aprobación en el 2008.

Gráfico No. 2 La Agenda Subregional Andina de RHUS





2

Recursos humanos de la Región Andina: la circunstancia actual

Pedro Brito ¹

¹Conferencia presentada ante la IV Reunión Andina, Lima, 22 de julio de 2009.

Toda política de RH en salud se define en función de un sistema de salud determinado. El marco político fundamental para los recursos humanos tiene que ver con las características y estructuras de los sistemas de salud de los países.

Estamos en un momento diferente al de finales de la década del 90 (1997), cuando se crearon los observatorios de RHUS; allí se vivía el auge de los sistemas de salud, basados en mecanismos de mercado, orientados por el paradigma de invertir en salud consignado en el “Informe del Banco Mundial”, de 1993. Se planteaba entonces, el pluralismo estructurado, la separación de funciones entre la rectoría y la provisión del servicio de salud, la apertura al mercado, que suponía lo que se llamó “pensamiento único”. El Estado era una barrera para los sistemas de salud, no era un factor del desarrollo sino un problema para el desarrollo humano. El costo de este pensamiento y acción en lo social, lo humano y lo político, fue muy grande. Ahora se vive la reconstrucción de lo que se destruyó en aquella época.

Hoy se redefine el paradigma del rol del Estado. Existe un amplio consenso; más aún, luego de la crisis financiera, se reconoce la acción reguladora del Estado sobre todo ante los problemas del mercado. En algunos países se están impulsando reformas, con orientaciones diferentes a las de años atrás: se está planteando que los sistemas de salud sean el pilar fundamental para llegar a la cobertura universal y la garantía de los derechos, y que se basen en la estrategia de atención primaria de salud. Todo ello en un contexto de acción de políticas intersectoriales dirigidas a atacar

los problemas de inequidad y desigualdad, las condiciones de la mala salud y, por tanto, de ofensiva a los determinantes sociales de la salud.

Estamos viviendo un momento de alta complejidad y de tensiones muy fuertes. Por un lado, un cambio de signo inverso al de hace 19 años para los sistemas de salud y posibilidades para mudar, en muchos de los países andinos; pero, por el otro, tensionados por los desafíos que plantea la pandemia del H1N1. Esta pandemia pone sobre el tapete las falencias y las fortalezas de los sistemas de salud. Una vez más se evidencia la necesidad de armar sistemas de salud basados en atención primaria.

La lucha contra la pandemia se centra en medidas que están al alcance de las familias. Los problemas son del primero y segundo nivel de atención, y se desnudan los riesgos y los problemas de la fragmentación de los sistemas. El caso de Argentina –con un sistema de salud segmentado– o los problemas en México, demuestran los riesgos de esta fragmentación y la fragilidad de las poblaciones. (Vamos a tener que hacer un estudio de las respuestas frente a la pandemia y aprenderemos muchísimo sobre lo que aconteció con los sistemas de salud). En definitiva, junto a la pandemia está la transformación estructural, la tendencia al cambio del sistema de salud, basado en atención primaria para avanzar hacia la cobertura universal.

Entre las circunstancias más importantes que condicionan este cambio del rol del Estado está la crisis

financiera global. Ella –que llegó sin ser detectada hasta que ocurrió– plantea desafíos a los Estados. Se configura como la mayor crisis luego de la depresión del año 1929. Se originó en los países centrales: en el sector hipotecario de EUA, en el sistema financiero mal regulado, en el desequilibrio entre el trabajo productivo y la circulación de capitales, en el déficit comercial de Estados Unidos, y en el predominio del capital financiero sobre el productivo. Esto último viabilizó el desarrollo eufórico del mercado hipotecario: cuando los endeudados no pudieron pagar, repercutió en los valores de la bolsa, en los activos, y produjo una crisis global con una rápida pérdida de valor de lo que se había construido. Esta crisis fue un llover sobre mojado: primero, vino la crisis del precio de los combustibles, con su subida imparable y su caída; luego le siguió el aumento de los precios de los alimentos a escala global, y finalmente llegaron los impactos sobre las condiciones de desarrollo. Cuando se hizo patente la crisis financiera global, por lo menos 12 millones de personas habían caído por debajo de la línea de pobreza, como resultado de las crisis consecutivas.

El efecto se observa en varios ámbitos: en el PIB, en la distribución del ingreso, en la caída del empleo en los países centrales con impacto negativo en las remesas de los migrantes. En El Salvador, por ejemplo, con alta población fuera del país, se estima que el descenso de las remesas es entre el 10 y el 12%, llegando en algunas regiones al 40%. Pero de este efecto no se escapan México, Perú, Ecuador... En algunos países se están pidiendo reformulaciones a las

propias reformas, con el fin de que las remesas se utilicen para coberturas por prepago de algunos sectores de la población.

En una región donde el crecimiento de la inversión estatal hacia salud fue prácticamente nulo, porque educación y seguridad social concentraron más asignaciones, el efecto de la crisis sobre las finanzas públicas es muy grande. El incremento del costo de insumos críticos porque se deben comprar en el exterior, es otro elemento que complica el panorama para lograr los cambios en los sistemas de salud.

En suma, por el impacto de esta crisis económica, decaen las posibilidades de construcción de los sistemas de salud: afectan los recursos disponibles, éstos se reducen de manera significativa, disminuyen las fuentes que el Estado tiene para acopiar recursos. El promedio de recaudación de impuestos de América Latina es 20% del PIB. En Perú es del 18% y en El Salvador del 13%. Si pensamos que los países europeos –con Estados de bienestar– tienen entre 35 y 38%, la diferencia es obvia, y el camino a recorrer también. Ningún país que llegó al acceso universal de la salud lo ha hecho dependiendo de recursos externos sino de inversión pública, sea a través de contribuciones o impuestos. Es el caso inglés, francés y de los países escandinavos. Históricamente ningún país ha llegado a la cobertura universal con una inversión menor del 6%, y hoy en América Latina estamos en el 3%. Países por encima de este porcentaje son Cuba, con el 8%, y Costa Rica con el 9%. Esta situación entra en riesgo con la crisis. La recaudación cae para el sector público, ya que aumenta el desempleo y la economía informal.

Por otro lado, la disminución del empleo provoca que la clase media recurra al servicio público de salud porque disminuyen sus ingresos. La oferta de servicios no abastece la demanda y se evidencian los problemas de calidad con efectos sobre los resultados sanitarios. Durante la crisis los efectos sobre la enfermedad y muerte no se evidencian en lo inmediato; lo que se incrementa es la violencia ligada al problema de desempleo. Así mismo, en un contexto como el de nuestra región, donde el gasto en salud es mitad público y mitad privado, aumenta la población sin cobertura. El gasto privado se da a expensas del gasto de bolsillo, que va a parar en la compra de medicamentos, condición que castiga más a los más pobres.

De otra parte, la crisis afecta a los trabajadores de la salud. Así, la reducción del empleo general llega también a la salud. El empleo en el sector estatal atraviesa niveles importantes de precariedad, afectando a las condiciones de vida de los trabajadores de la salud.

La crisis reduce la cooperación internacional, y ésta no logra cumplir los compromisos de Monterrey, que definen los porcentajes de su apoyo. Al disminuir los flujos, bajan los fondos globales, que es otra categoría de cooperación internacional: fondos públicos privados con fondos de los organismos multilaterales. Se alejan las posibilidades de lograr la equidad. Un determinante importante para los sistemas de salud es la crisis, que cae sobre países con problemas estructurales, con falta de competitividad económica o que ya tenía serios problemas de distribución del ingreso. Si en tiempos normales los Estados no logran distribuir de manera equitativa los recursos, peor aún en tiempos de crisis.

No hay que perder de vista que los cinco desafíos de Toronto fueron los elementos de las 20 metas, y los seis componentes del Plan Andino tienen que ver con la gobernanza y el liderazgo del Estado para ordenar los recursos humanos. Sin embargo, la falta de recursos económicos impacta en la gestión del trabajo, cuando queremos redefinir las condiciones de buen desempeño, las relaciones laborales, el buen ambiente de trabajo, y la creatividad para redefinir las condiciones de estabilidad laboral con calidad. También está el viejo tema de que se forman recursos humanos que no requiere el sistema de salud, lo que provoca que muy pocos jóvenes se queden, y los más migren, en tanto que los países receptores niegan su responsabilidad, toda vez que los mecanismos de compromisos voluntarios que promueve la OMS frente a la salida del RH calificado, al no ser mandatario, no los obliga a nada.

En la subregión andina hay un avance mayor en el desarrollo de planes y políticas de RH en salud y en la integración regional, con el enlace realizado entre el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, la OPS y los países. Las naciones andinas y sus adelantos tienen un desafío: avanzar y ayudar a los otros países, con mecanismos de cooperación sur-sur.

“En tiempos de crisis será un reto
no arriar las banderas de lucha
para proteger el gasto en salud”

Dr. Oscar Ugarte, Ministro de Salud del Perú

XXX Reunión de Ministros y Ministras del Área Andina, 26 y 27 de Marzo del 2009, Lima, Perú,
con la participación oficial de los seis países que se incluyen en el Organismo Andino de Salud /

Convenio Hipólito Unanue.





3

**Desafíos de Toronto
y el proceso andino para
monitorear las metas**

Lo que motivó los desafíos de Toronto

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

¿Cómo medir si estos objetivos se logran cumplir? ¿Cómo dar alertas tempranas de cuáles avanzan entre Octubre del 2005 y Diciembre del 2015? ¿Cómo lograr que la cooperación internacional, o los gobiernos nacionales, prioricen tareas para poder cumplir con sus compromisos del recurso humano en salud de la década? Los observatorios de RH han recogido buena información en las Américas, ¿cómo podría ésta información servir en la tarea de monitorear el cumplimiento de estos compromisos?

Estas preguntas llevaron a la construcción de una propuesta sobre por qué y cómo definir indicadores de seguimiento de los desafíos de Toronto, en la perspectiva de convertirse en instrumento de seguimiento y evaluación de los compromisos trazados en Toronto, el 7 de octubre de 2005.

En abril de 2005, en Toronto, los países de la región de las Américas, 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. Cinco desafíos se establecieron, producto de una consulta regional sobre las prioridades de los países que debían ser resueltas con una perspectiva de largo plazo.

Recuadro No. 2 Los cinco desafíos de Toronto

Los cinco desafíos de Toronto abarcan un amplio espectro de la problemática del RH:

Desafío 1

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

Desafío 2

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

Desafío 3

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

Desafío 4

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

Desafío 5

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

La llamada de atención sobre la importancia del recurso humano en salud se inscribe aun hoy, dentro de una crisis global de RH, donde la escasez aparece como tema central en un escenario de sistemas de salud que avanzan a la cobertura universal y a la garantía del acceso equitativo de sistemas de salud eficientes y sostenibles. Estas nuevas circunstancias modifican las perspectivas de desarrollo de RHUS y empiezan a colocar una presión sobre los equipos técnicos para desarrollar opciones de política creativas y efectivas para revertir los problemas y responder a los desafíos identificados.

Múltiples interrogantes surgen a partir de estas reflexiones. Sólo para citar algunas, que pueden dinamizar la discusión y promover la búsqueda común de respuestas: ¿cómo enfrentar los desafíos y construir colectivamente un proceso que pase de la descripción de los problemas a la concreción de soluciones? ¿Cómo argumentar los cambios de la política? ¿Qué evidencias existen sobre la dimensión de los problemas y la potencialidad de las soluciones?.

Una de las estrategias impulsadas por la OPS en la región, desde hace más de diez años (1998), ha sido el desarrollo de observatorios de RH, como instancias

organizativas de los Ministerios de Salud, convocantes de actores sociales involucrados en los asuntos de la política de RHUS, 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, y siendo la generación de información sistemática y confiable en RHUS una de las mayores debilidades para la planificación sanitaria de los países de la región, no ha sido posible integrar el trabajo de estos observatorios bajo una lógica común en materia de información trazadora, 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, pese al interés creciente de las autoridades políticas, 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, precisamente como una de sus

consecuencias, el desplazamiento de recurso humano 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.

Así mismo 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. Más aún, existen pocos grupos de investigadores alrededor del tema, docentes o cursos académicos especializados que profundicen el conocimiento y que generen evidencias sobre esta importante temática.

Recuadro No. 3 La necesidad de monitorear los compromisos internacionales

Cualquier monitoreo de compromisos parece una amenaza para los signatarios, ya que podría interpretarse como una restricción a los márgenes de libertad de los gobiernos o del Estado. Sin embargo, cada vez más se acepta que un sistema de monitoreo por pares ayuda a permanecer en un camino trazado, y anuncia a los demás que la decisión es firme. En especial en relación con las metas de RHUS, las mismas que se encuadran en un compromiso de una década. Sería muy difícil sostener un esfuerzo de diez años si no contamos con marcas en el camino, visibles y públicas que nos ayuden a llegar a donde se quiere llegar. El monitoreo de las metas es el equivalente a las estrellas que guiaban a los navegantes que hicieron largas travesías sin perderse; en nuestra década de recursos humanos también tenemos estas “estrellas”, constituidas por el sistema de monitoreo.

Los problemas de recursos humanos son –obviamente– procesos de personas. Para atender la salud de un país o un territorio se precisan trabajadores de salud en número adecuado, con capacidades adecuadas y con la motivación y el interés de dar cuidados a la población. Saber exclusivamente cuántos médicos o enfermeras tiene un país no nos dice si trabajan mucho o poco; si saben bien su ciencia; o si saben escuchar y entender a los pacientes. Por tanto, los indicadores tienen que poder medir cantidades de personas, escuelas y cursos, pero también la actitud, el interés político y la adecuación a la cultura y necesidades de la población.

La medición de metas implicó un desafío inicial de usar la mejor experiencia de América del Norte, Latinoamérica y el Caribe anglófono para homogeneizar definiciones y visiones sobre problemas comunes. Esto es un desafío que va mucho más allá de lo lingüístico, ya que los problemas, los términos y las formas de aproximarse a un problema complejo, son diferentes en diferentes tradiciones científicas y metodológicas.

Sin embargo muestra la interesante experiencia de construir una inteligencia colectiva a través de un objeto de trabajo con muchas facetas. Esto desafía a todos por igual; nadie tenía buenas respuestas iniciales y por lo tanto se dio mucho espacio para una `creatividad estructurada. El problema no era cómo medir las metas regionales de RH sino cómo se entienden en cada país las metas de recursos humanos, para luego llegar a definiciones comunes. En ese sentido la principal limitación es que la metodología es un “mínimo común denominador” y no un sistema plenamente desarrollado.

Las lecciones aprendidas

La construcción de indicadores y la aplicación de estos indicadores a muchos diferentes países mostró que es posible tener métricas comunes a las Américas, siempre que estas métricas contengan aproximaciones a los problemas cualitativos. Es decir, que puede haber formas de conjuntar y mostrar la situación de problemas tan “procesuales” como por ejemplo la existencia de una política de recursos humanos o de atención primaria de salud. La otra lección que parece salir de esta experiencia es que la forma de mostrar los indicadores es importante. Basados en la experiencia del observatorio social de Ecuador, intentamos usar formas de comunicación más adecuadas para que exista una capacidad de los actores sociales de acompañar este monitoreo.

¿Cómo medir políticas públicas?

Los cinco desafíos de Toronto constituyen un marco de referencia del deber ser de los recursos humanos para toda la región, por tanto son líneas de política a conseguir a lo largo de un decenio. La operativización de estos desafíos en metas, definen con mayor precisión cuál es el alcance de cada uno de estos cinco aspectos del quehacer del tema de la gente trabajadora del sector salud. Por otro lado, el seguimiento y evaluación de políticas públicas sigue un proceso en el que se identifican los siguientes momentos:

1. Formular los ejes de las política que sirvan de marco referencial del deber ser.
2. Concretar estos ejes en metas que puedan ser observadas, siendo éstas cualitativas y cuantitativas.
3. Convertir las metas en indicadores.
4. Definir los indicadores y sus fórmulas de cálculo.
5. Identificar fuentes de información y analizar su validez.
6. Calcular los indicadores.
7. Comparar los indicadores del presente con las metas planteadas.
8. 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 insipencias 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 para poder alcanzar la meta.

El proceso arranca de la definición de metas concretas, en lo posible cuantitativas. Ello permite 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 y 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 diez años planteados como el tiempo de logro de dichas metas.

Sin embargo, siendo el ámbito de los recursos humanos un espacio que apenas comienza a ser visibilizado, la información que generan los sistemas de datos, va a ser limitada. El recurso humano –como fuerza de trabajo en cuanto a su número, distribución, precarización de su trabajo– es muy probable que esté levantado como parte de los indicadores económicos que cada país recoge.

Pero otros aspectos de su temática –tales como migración, condiciones laborales, gestión del recurso, producción universitaria del recurso humano– no están siendo levantados, o no existen de manera sistemática u organizada. Por tanto, ya se parte del hecho de que no se va a encontrar información y que uno de los desafíos subyacentes a los de Toronto, va a ser llamar la atención para que los gobiernos faciliten el registro de información y se promueva su uso para formular y evaluar las políticas de recursos humanos en salud.

Es por ello que levantar líneas de base de la situación actual, teniendo como referente las propuestas de Toronto, implica en sí mismo una acción de movilización de los gobiernos hacia esta temática. Dentro de la ingeniería gubernamental, el evidenciar las falencias de información, demuestra un interés y propone una acción para resolverlas. Por esto es que se define a la línea de base como una mirada al estado aproximado de la situación de los recursos humanos en el contexto actual.

Por estos vacíos de información, se definieron y documentaron los indicadores comunes que se podrían armar a partir de datos duros, de registros validados y sistemáticos, o de encuestas de hogares o de empleo. Pero también se diseñó una guía para usar la información posible y uniformizar de la manera más rigurosa, con escalas y listas de chequeo que permitieran, basándose en la definición única de indicadores, recoger información por informantes claves y/o por grupos focales.

El proceso planteado por OPS

Para poder construir este proceso OPS desarrolló un conjunto de 20 metas a lograrse al año 2015 –que operacionalizan los desafíos de Toronto– y las presentó a consideración de los 34 ministros de Salud de la región en la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en Washington del 1 al 5 de octubre de 2007, obteniendo una resolución de aprobación oficial para la medición y monitoreo en la región de las Américas.

Metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015²

Las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015 están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto:

2OPS-OMS, “Metas regionales en materia de recursos humanos para la Salud 2007-2015”, 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, 59 Sesión del Comité Regional, Washington, DC, realizadas entre el 1 y el 5 de octubre de 2007. Punto 4.6 del orden del día provisional CSP27/10 (Esp.) 19 de julio del 2007, disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>.

Desafío 1

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

Meta 1: Todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000 habitantes.

Meta 2: Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.

Meta 4: La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.

Meta 5: Todos los países de la región habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud, responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, y niveles de gobierno e interesados directos.

Desafío 2

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

Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.

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

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

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

Desafío 3

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

Meta 10: 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 salud.

Meta 11: Todos los países de la región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.

Meta 12: Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.

Desafío 4

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

Meta 13: La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, se habrá reducido a la mitad en todos los países.

Meta 14: El 80% de los países de la región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.

Meta 15: Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.

Meta 16: 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 los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Desafío 5

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

Meta 17: 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.

Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Meta 19: Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.

Meta 20: El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA
59.^a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 1-5 de octubre de 2007

CSP27.R7 (Esp.)
ORIGINAL: INGLÉS
5 de octubre de 2007

RESOLUCIÓN

CSP27.R7

**METAS REGIONALES EN MATERIA DE RECURSOS
HUMANOS PARA LA SALUD 2007-2015**

LA 27.^a CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA,

Habiendo analizado las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015 (documento CSP27/10);

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para afrontar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la Región de las Américas y a nivel mundial;

Consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y

Considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la asistencia sanitaria y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Consideren la elaboración de planes nacionales de acción de recursos humanos para la salud, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas;
 - b) Establezcan en el ministerio de salud una estructura específica que se encargue de la dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial;
 - c) Procuren que se forme una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados;
 - d) Comprometan a lograr las metas regionales propuestas para recursos humanos para la salud en 2007-2015 e intensifiquen la cooperación técnica y financiera entre los países hacia ese mismo fin.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) Coopere con los Estados Miembros en la elaboración de sus planes nacionales de acción en materia de recursos humanos para la salud durante el período de 2007-2015 y que promueva y facilite la cooperación técnica y económica entre los países de la Región;
 - b) Apoye activamente la elaboración de planes de acción en materia de recursos humanos para la salud a nivel subregional, en coordinación con instituciones y organizaciones subregionales, para afrontar los desafíos relacionados con la dinámica de las poblaciones fronterizas, la movilidad de los profesionales de la salud y de las poblaciones, y otros asuntos de interés común;
 - c) Hagan participe a la Red Regional de Observatorios de los Recursos Humanos para la Salud en la preparación de indicadores y sistemas de seguimiento para vigilar las metas en materia de recursos humanos para la salud durante el período de 2007-2015, y que genere, organice y facilite el acceso a los conocimientos pertinentes para las estrategias e intervenciones relacionadas con los recursos humanos;
 - d) Redoble los esfuerzos para establecer comunidades regionales de práctica y aprendizaje en materia de gestión y políticas de planificación de recursos humanos, dirigidas a integrar la atención primaria de salud y la salud pública.

(Quinta reunión plenaria, 3 de octubre de 2007)

La OPS, con el concurso técnico de la Fundación Observatorio Social del Ecuador, pone en marcha el proceso de desarrollo, discusión y diseño de una metodología para el monitoreo de las metas regionales de RHUS.

La aplicación inicial, se desarrolló en el Ecuador; este primer ejercicio mostró las debilidades y fortalezas de la propuesta, así como soluciones posibles frente a la ausencia de datos. Con esta experiencia en la Región Andina y otros desarrollos en la misma perspectiva en el Caribe inglés, así como en otros países de la región.

La oficina regional de OPS convocó a un taller de expertos, con el fin de caracterizar la propuesta de monitorear el avance de las metas, analizar los avances metodológicos que se venían dando, revisar las metas regionales y acordar colectivamente los alcances de cada una de ellas e identificar un conjunto de indicadores que pudiera aproximarse en la forma más objetiva a describir su situación en la realidad de los países.

Esta reflexión se desarrolló además contextualizando al RH en el marco de los grandes desafíos de la construcción de un sistema de salud, la atención primaria renovada, la salud como derecho ciudadano, integradas por tanto a políticas sociales que buscan la equidad, construcción de un sistema nacional de salud en los diferentes países, rol de los actores en los desafíos y metas visitados.

El taller de expertos de OPS además sometió a un análisis y validación a los indicadores y sus fórmulas, así como a las formas de recolección y sistematización de la información cualitativa y cuantitativa para uniformizar criterios, en la perspectiva de lograr un lenguaje colectivo y común entre los países.

Este trascendental evento se realizó en Quito, en mayo de 2008, y tuvo como resultado la formulación de un manual para levantar líneas de base de las metas de los desafíos de Toronto, que comprendió:

- Los desafíos,
- Las metas,
- La definición conceptual y los alcances de cada meta,
- Los indicadores definidos,
- La fórmula de los indicadores,
- Las desagregaciones,
- Las posibles fuentes de información,
- Las fuentes ideales y las posibles,
- Las guías de recolección de información y
- Los puntajes de cada aspecto de la meta que se medía, para lograr unificar cuantitativamente los elementos cualitativos de las metas

Este manual constituye la propuesta base a ser validada en la región de las Américas, iniciando por su aplicación en Ecuador, como una prueba inicial para efectuar reajustes a la luz de las definiciones acordadas colectivamente en el taller de Quito.

La 27 Conferencia Sanitaria Panamericana⁴

Habiendo analizado el Plan Regional de Acción de RH para la Salud 2007-2015 (documento CSP27/10);

Teniendo en cuenta la urgencia de desplegar un esfuerzo colectivo para abordar la crisis prevaleciente de los recursos humanos para la salud en la región de las Américas y a nivel mundial;

Consciente de que se necesitan esfuerzos incesantes para lograr los resultados aconsejables en materia de recursos humanos para la salud en el ámbito de la planificación y las políticas sanitarias, y Considerando que el alcanzar los objetivos sanitarios y de los sistemas de salud de carácter esencial, como el acceso universal a la asistencia sanitaria y los servicios de salud de buena calidad, depende en gran parte de contar con una fuerza laboral competente, bien distribuida y motivada,

Resuelve:

1. Instar a los Estados miembro a :

- a) Considerar la elaboración de un plan nacional de acción de RHUS, con metas y objetivos específicos, un conjunto apropiado de indicadores y un sistema de seguimiento, con la finalidad principal de fortalecer las capacidades integradas de atención primaria de salud y de salud pública, así como de garantizar el acceso a poblaciones y comunidades subatendidas.
- b) Establecer en el Ministerio de Salud una estructura específica que se encargue de la dirección estratégica de la planificación y las políticas relativas a los recursos humanos, de promover la convergencia adecuada con las políticas de los sistemas y servicios de salud, y de velar por la coordinación intersectorial.
- c) Procurar la formación de una masa crítica de líderes con competencias especializadas en la gestión de la planificación y las políticas de recursos humanos a nivel central y en los niveles descentralizados.
- d) Comprometerse a lograr los objetivos propuestos en el Plan Regional de Acción de RH para la Salud 2007-2015, e intensificar la cooperación técnica y financiera entre los países para apoyar el plan.

2. Solicitar a la directora que:

- a) Coopere con los Estados miembro en la elaboración de sus planes nacionales de acción en materia de recursos humanos para la salud, durante el período 2007-2015, y que promueva y facilite la cooperación técnica y financiera entre los países de la región.
- b) Apoye activamente la elaboración de planes de acción en materia de recursos humanos para la salud a nivel subregional, en coordinación con instituciones y organizaciones subregionales, para afrontar los desafíos relacionados con la dinámica de las poblaciones fronterizas, la movilidad de los profesionales de la salud y de las poblaciones, y otros temas de interés común.
- c) Involucre a la Red Regional de Observatorios de los RHUS en la preparación de indicadores y sistemas de seguimiento para vigilar los objetivos en materia de RHUS durante el período 2007-2015, y que genere, organice y facilite el acceso a los conocimientos pertinentes para las estrategias e intervenciones relacionadas con los recursos humanos.
- d) Redoble los esfuerzos para establecer comunidades regionales de práctica y aprendizaje en materia de gestión y políticas de planificación de recursos humanos, dirigidas a integrar la atención primaria de salud y la salud pública.

Octava reunión, 28 de junio de 2007

³Instancia con amplia experiencia en la formulación, seguimiento y producción de indicadores sociales y su aplicación para la evaluación de políticas públicas desde la sociedad. Específicamente en el seguimiento de los derechos de la niñez mediante monitoreo social y veeduría ciudadana sobre el cumplimiento de estos derechos.

⁴Resolución Ce140.R13 Plan Regional de Acción RHUS, 2007-2015, tomada en la 140 Sesión del Comité Ejecutivo, de la OPS/OMS, Washington, DC, realizada del 25 al 29 de junio de 2007. Csp27/10 (Esp.).

La iniciativa andina

Con este marco, el conjunto de países de la subregión andina, con el apoyo de la coordinación técnica subregional de OPS y en alianza con el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, elabora el Plan Andino para el Desarrollo de RHUS, e incorpora como uno de sus ejes de trabajo el monitoreo de las metas regionales de RHUS para la década 2007-2015.

El 10 de abril de 2008, en Santa Cruz, y mediante la Resolución REMSAA XXXIX/449, los ministros de salud de la subregión andina emiten una resolución aprobando la propuesta, con lo cual los equipos técnicos responsables por la política de RHUS inician su tarea de medición.



Quito, 10 de Abril de 2008.

Resolución REMSAA XXIX/449

PLAN ANDINO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Las Ministras y Ministros de Salud de los países miembros,

Considerando:

1. Que la REMSAA XXVIII realizada en Marzo 2007 en Santa Cruz de la Sierra, recomendó "Solicitar a la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue continuar con el trabajo que viene desarrollando con los países andinos y la cooperación de la OPS/OMS en la consolidación de un Plan Andino de Recursos Humanos en Salud a ser presentado en la próxima REMSAA y consensuado con las comisiones homólogas del MERCOSUR.
2. Que el Grupo Técnico de Recursos Humanos integrado por delegados de los seis países andinos con la cooperación del ORAS CONHU y la OPS/OMS, y como resultado de un trabajo sistemático y concertado de varios años, ha preparado la propuesta del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud para el periodo 2008-2015 y el plan operativo 2008 - 2009.
3. Que es necesario institucionalizar en la Región Andina y dentro del marco del ORAS CONHU el trabajo desarrollado por el Grupo Técnico.

Resuelven:

1. Aprobar los Lineamientos del Plan Andino de Recursos Humanos en Salud para el periodo 2008 - 2015, acompañamiento al plan y su cumplimiento
2. Instruir a la Secretaría Ejecutiva del ORAS CONHU con el acompañamiento de la OPS/OMS facilite la implementación del Plan Operativo 2008 - 2009 y buscar apoyo técnico y financiero que garantice el desarrollo del mismo.
3. Solicitar a la Secretaría Ejecutiva del ORAS CONHU, continuar con los esfuerzos para realizar acciones conjuntas con los bloques MERCOSUR y OTCA

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXIX Reunión Ordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en Quito, Ecuador los días 09 y 10 de abril de 2008.


DRA. CAROLINE CHANG
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
PRESIDENTA DE LA XXIX REMSAA


DR. OSCAR FEO ISTÚRIZ
SECRETARIO EJECUTIVO
ORGANISMO ANDINO DE SALUD

Plan Andino de RHUS

1. Propósito general

Contribuir a la disminución de las condiciones de inequidad, desigualdades y exclusión, que prevalecen en los países de la subregión, en particular las inherentes a restricciones y distorsiones en la formación y el desempeño del personal de salud, que afectan la accesibilidad, oportuna y suficiente a una atención integral y de calidad de salud de la población de los países miembros.

Las acciones y actividades que propone el plan están concebidas y se ejecutarán para el fortalecimiento de los sistemas de servicios de salud, en particular respecto a la atención primaria de la salud y la interculturalidad y desde la perspectiva de Integración entre países.

4.2 Objetivos específicos

a. Apoyar la construcción o fortalecimiento y desarrollo, en los países de la subregión andina, de la capacidad requerida para la definición de políticas, la formulación de planes y la adopción de estrategias, para el desarrollo y la gestión de políticas de los recursos humanos en salud.

b. Promover y apoyar la organización y fortalecimiento, en los países de la subregión, de procesos de monitoreo y evaluación de los avances en el cumplimiento de las metas de desarrollo de recursos humanos en salud, establecidas en el marco de las respectivas definiciones adoptadas colectivamente en la subregión andina.

c. Contribuir a la creación y desarrollo de parámetros comunes para los sistemas de información en recursos humanos en salud así como para el establecimiento y consolidación de una inteligencia colectiva en la subregión, que permitan generar la información, evidencia y conocimiento requeridos para apoyar la corrección de los “desbalances”, de recursos humanos en salud, que existen en los países miembro.

d. Impulsar los acuerdos entre países para orientar la corrección de distorsiones y restricciones existentes en la formación y el desempeño de las diferentes categorías y disciplinas del personal de salud, y generar condiciones favorables e incentivos para su vinculación, permanencia y desarrollo profesional, en los servicios de salud de los países de la subregión.

e. Apoyar el establecimiento de agendas, espacios y oportunidades de investigación y participación para el conocimiento de los procesos de migración del personal de salud y la definición de requisitos y normas para regularizar el intercambio y la movilidad de ese personal en los países de la subregión.

5.2 Definición de metas, seguimiento y evaluación

Los desafíos planteados en el Llamado a la Acción de Toronto, por una parte y las metas regionales en RH en Salud, adoptadas por la 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, por la otra, son parámetros de orden regional, que deben ser interpretados en los ámbitos nacionales. Cada país, a partir de esos señalamientos y en los campos que defina, debe establecer sus propios valores actuales y las metas a las cuales espera llegar en el período de ejecución del plan.

En esta línea, en el marco del Plan Andino, se constituirá un espacio de presentación y discusión de los avances logrados por los países de la subregión en materia de RH, teniendo como referente las metas regionales.



La Oficina Subregional de la OPS en Lima coordinó este proceso en los seis países andinos. En primer lugar construyó equipos locales familiarizados no sólo con las metas sino con la temática planteada en Toronto, y que analizaran las deficiencias de sus propios países sobre el tema. Estos equipos están constituidos por responsables de las direcciones de RHUS de los ministerios de salud y protección social y sus equipos, acompañados por los consultores de OPS para sistemas de salud y RH, en cada uno de los países, con el acompañamiento técnico de OPS regional. Desde su oficina sede, en Lima, se desarrolló un plan de trabajo conjunto y utilizando la tecnología se inició un proceso simultáneo asesorado por los técnicos de la Fundación Observatorio Social del Ecuador con Chile, Colombia, Perú, Bolivia y Venezuela. Aquí el detalle del proceso.

Paso 1: Se convocó a las unidades de conducción de las direcciones de RHUS de los países andinos y a los puntos focales de OPS para iniciar el proceso de medición de las Metas de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS) para la Década estableciendo como objetivo el contar con una línea de base y establecer una presentación anual de los avances alcanzados por los países en el marco de la REMSAA (Reunión de Ministros de Salud del Área Andina) como indicadores de los avances en materia de RHUS en los países.

Paso 2: Toma de acuerdos básicos: Los equipos analizaron en detalle el Manual de Metas Regionales de RHUS desarrollado por OPS, con el objeto de revisar uno a uno los conceptos y definiciones establecidas en dicho manual y reconocer las particularidades de cada país. Luego de este ejercicio cada equipo nacional debió revisar sus propias definiciones y definir como proceder con la medición para mantener la idea de información estandarizada y comparable, y a la vez registrar las definiciones nacionales establecidas en sus marcos jurídicos y de práctica.

Paso 3: Estandarización: se logró establecer definiciones comunes que guiarían la medición de las metas. El documento Guía para la recolección de información, preparada por el equipo del Observatorio Social del Ecuador, permitió sistematizar en detalle las posibles fuentes de información y las técnicas de recolección a ser utilizadas, con esta base se procedió a los siguientes pasos.

Paso 4: Verificación de fuentes de información: y

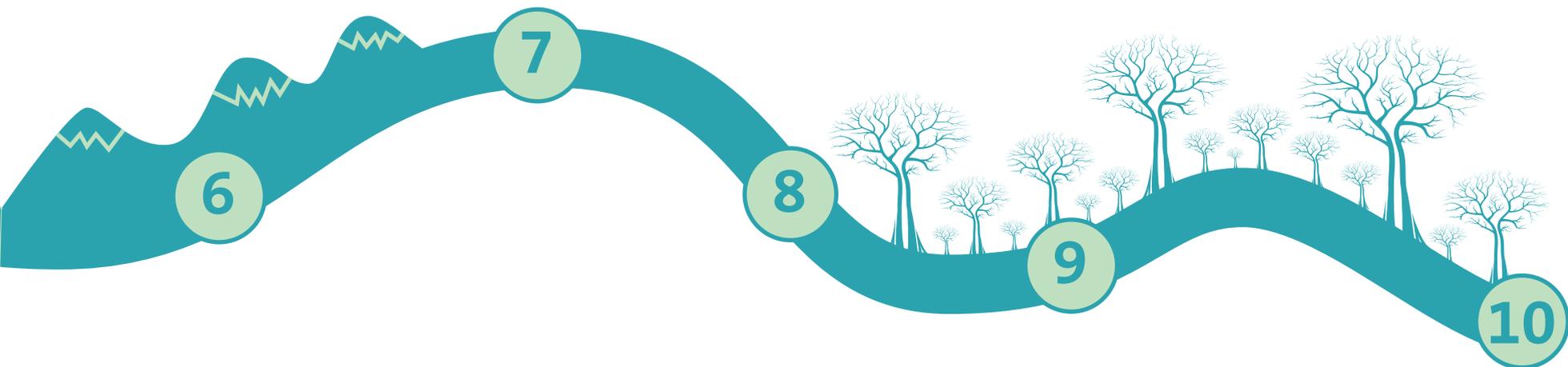
Paso 5: Recolección de datos Para estos pasos los equipos de país realizaron un levantamiento de la disponibilidad, calidad, periodicidad de la información y se preparó para la recolección de la misma.

Paso 6: Calculo de indicadores y balance del estado de la medición: Cuatro de los seis países andinos lograron realizar simultáneamente el levantamiento de la información así como el cálculo de los indicadores en sus países.

Paso 7: Preparación de la línea de base: una vez verificadas las informaciones recolectadas, los equipos realizaron su medición y enviaron oficialmente a OPS Subregional a fin de que se integrara en un solo informe subregional a ser presentado en la REMSAA Lima 2009.

Paso 8: Presentación y discusión de la medición: Los equipos de cada país presentaron su medición y se discutió alrededor de los resultados obtenidos, los cuales permiten identificar la situación de partida y establece un horizonte a ser alcanzado.

La gran conclusión al finalizar la medición es que se establece la necesidad de identificar a partir de la línea de base opciones de política que contribuyan a alcanzar en la mejor forma las metas propuestas.



Recuadro No. 4 Criterios sobre el proceso de la Región Andina

La significación de la decisión de la Conferencia Sanitaria Panamericana al aprobar las metas regionales para el 2015 fue trascendental desde el punto de vista político y estratégico. El arranque para poder definir este proceso fue en 2007. Esto nos dio la oportunidad a los países –con la participación del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue y la OPS– de aplicar una metodología común orientada al monitoreo de la política pública en RHUS, donde la experiencia del Observatorio del Ecuador ha sido un aporte clave.

Patricio Yépez, Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Este proceso fue una construcción colectiva que desarrolló múltiples capacidades: una comunidad de práctica desde el diseño hasta la medición, y luego una proyección para su utilización. La trayectoria que seguimos utilizó herramientas tecnológicas y canalizó de manera eficiente los desafíos que podían quedarse en simples enunciados de política. No sólo fue un proceso eficiente sino un alto intercambio humano. La gente se identificó, conoció y se relacionó con afecto. Esto es lo que más me gusta, un grupo de amigos que combinaron el objetivo del trabajo con los sueños personales y colectivos.

Mónica Padilla, Regional de RHUS, OPS

Los indicadores sociales

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” (Bauer, 1966). Por su parte, Marcia Buvinic (1981) define a los indicadores sociales como estadísticas

con un significado y un mensaje que revelan la realidad detrás de los números, y al demostrar las diferencias o desigualdades de esta realidad, pueden convertirse en herramientas para lograr su erradicación.

Los indicadores sociales son útiles para apoyar tres momentos de la implementación de las políticas públicas: (1) diagnóstico: cómo está hoy la situación de los RHUS. Por ejemplo, facilitan la construcción de la línea de base de las metas del Desafío de Toronto; (2) monitoreo del proceso de cumplimiento en un determinado período de tiempo, definiendo cuál es el

porcentaje de cumplimiento de las metas acordadas, y (3) evaluación (después) para medir los impactos y logros al concluir el espacio de tiempo que se acordó para el cumplimiento de las metas. En 2015, por ejemplo, ¿cuántas metas de las 20 de los desafíos de Toronto se cumplieron?, ¿cuál fue la más difícil de lograr y por qué?

Así, los indicadores sirven en la política pública 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 de cumplimiento que alcanzaron los objetivos definidos en sus planes y programas. Se podría decir que son los instrumentos internos de fiscalización y control del aparato público. Responden a una agenda política.

Los indicadores sociales son parte de una tecnología de gobierno que entiende la función de control, seguimiento y evaluación, como elemento fundamental de la gerencia social y pública. Los

indicadores están relacionados con el análisis coyuntural y de política. Pueden demostrar inequidades en la distribución de los recursos humanos o materiales. Por ello, pueden ser útiles para tener constancias de la eficiencia y eficacia de la acción social.

De acuerdo a los marcos conceptuales que los generan y a la intencionalidad que poseen, existen diversos indicadores. 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, y ayudar a dilucidar la forma de intervenir en problemas donde se requiere discutir las ideas que los sustentan. No se refieren a conceptos académicos sino que tienen que ver con la vida y aspiraciones de las personas.

Recuadro No. 5 La vigilancia social con datos

Margarita Velasco

La vigilancia social es una forma de ejercer derechos de ciudadanía. No existen recetas ni modelos únicos para su operación, Es importante que la reflexión se realice desde un punto de vista definido, por ejemplo las metas de Toronto. Por tanto, hacia su logro se debe buscar la movilización de los involucrados en la gestión de recursos humanos en salud; sólo así se logrará moldear instituciones, provocar que los acuerdos internacionales se cumplan, y comprobar que estos acuerdos sean el resultado de procesos de reflexión y de identificación de situaciones de carencia. Los datos son evidencias para hacer vigilancia social que ejerce la sociedad y el Estado, y complementan las funciones de fiscalización y control interno del aparato público. No excluyen ni reemplazan a otros canales, sino mejoran la eficiencia de las instituciones, y son un mecanismo para orientar la calidad de la inversión social.

Por tanto, generar una línea de base para evidenciar dónde están en el presente los recursos humanos en salud, y qué camino seguir, debe situarse en la perspectiva de acompañar la formulación de la política pública con una estrategia de información y difusión, que sea accesible al mayor número de personas.

En el caso de las metas y de los objetivos de Toronto, se ideó una figura: una estrella de varias puntas, de acuerdo a los indicadores que cada meta contenía. Así, lograr que la estrella esté perfecta depende del cumplimiento integral de la meta. El punto de partida dibuja sobre la estrella perfecta una imagen desdibujada del presente, porque aún falta construir las puntas perfectas –ejecutar las acciones adecuadas en un período de tiempo– que es el desafío del futuro.

Recuadro No. 6 **Características de los indicadores sociales**

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

2. Variedad temática. Tanto los objetivos como los subjetivos reflejan las diversas dimensiones del problema.

3. No son contruidos sólo desde la dimensión cuantitativa. No existen medidas únicas. De manera ingeniosa deben reflejar la variedad de facetas o temáticas de la vida social.

4. Oportunidad. La información debe permitir actuar a tiempo, si se trata de apoyar decisiones. Implica utilizar cabalmente la información disponible y/o crear nuevas fuentes. No es posible esperar obtener medidas “perfectas”.

⁶Observatorio Social del Ecuador, presentación para OPS-OMS, Quito, enero de 2007.

5. 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 posibles riesgos.

6. Sintetizan un cúmulo de datos. Son el resultado de una relación de dos o más fenómenos que se observan y se cuantifican. No son datos simples; se comparan con algo.

7. Confiabilidad. Son útiles sólo si se puede confiar en lo que demuestran; por tanto deben partir de información primaria sólida. Confiabilidad no es lo mismo que precisión; si no pueden ser exactos, deben dar una buena aproximación de lo que ocurre.

8. Fiabilidad. Deben permitir su reproducción y análisis por parte de los usuarios; por tanto es preciso documentar los pasos de su construcción. Toda manipulación del dato debe ser explicada y documentada. Sólo así se reconocerán sus limitaciones.

9. Representatividad. Deben corresponder a las características o condiciones más generales del grupo o población objetivo. Es preciso evitar fuentes que se refieren sólo a individuos específicos o a grupos atípicos.

10. Visibilizar las diferencias. Deben permitir observar las diferencias al interior del grupo objetivo; por ejemplo, la variedad geográfica, residencial, demográfica o sociocultural.

11. Comparatividad internacional. Deben ser consistentes con el repertorio internacional, permitiendo cotejar los logros de un país con otros de similar desarrollo. Ello no obsta que se propongan medidas creativas y novedosas que den cuenta de las realidades específicas de un país.

⁶Observatorio Social del Ecuador, presentación para OPS-OMS, Quito, enero de 2007.

Indicadores y fuentes de información para las metas de Toronto

Con los cinco desafíos de Toronto, la definición de 20 metas y su operativización en igual número de indicadores, validada por el taller de expertos de Quito en mayo del 2008, se elaboró una guía para construir las líneas de base, que unificó conceptos, alcances, y formas de recolección de la información que no existía.

La primera constatación fue que siendo el tema de los recursos humanos un aspecto no abordado por la política de salud, su información no se recogía y que los sistemas que generan datos en los ministerios de salud tenían ausencia de ellos. El no-dato era un dato respecto de la falta de visibilidad de las personas en el trabajo. Las fuentes de información para construir estos indicadores variaban: datos de las estadísticas oficiales recogidas por encuestas de hogares o de empleo de los institutos de estadísticas y censos, o por registros administrativos agrupados en anuarios administrativos sobre el personal de salud, también concentrados en dichos institutos. En este caso se incluían cinco metas planteadas (1, 2, 4, 6 y 13).

Por otro lado, se encontraron registros administrativos del Ministerio de Salud con información que hacía referencia sólo al sector público; información que se escogió por su calidad para aproximar a la realidad de los recursos humanos. En este caso estaban cuatro metas (7,8, 9 y 15). Así mismo, otras requerían levantamientos a partir de revisiones documentales, situación en la que estaban seis metas (10, 11, 12, 14, 16 y 20). Cuatro metas (3, 5, 17 y 18) fueron resueltas a partir de entrevistas a informantes clave y grupos focales. Una sola meta se construyó a partir de investigaciones específicas, que en el caso de algunos países existían (meta 19). El detalle de los desafíos, las metas e indicadores, se expone en detalle en el siguiente acápite.

Operativizando las metas

Desafío 1

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

Metas	Indicador	Fórmula	Fuente de Información
1. Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH de 25 x 10.000.	Razón de densidad de RHUS por 10.000 habitantes	Número de médicos + enfermeras profesionales + parteras profesionales en el año t x 10.000 habitantes / población total	Institutos de estadísticas y censos
2. Las proporciones regional y subregional de médicos de APS excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	Número de médicos de atención primaria en salud como un porcentaje de la fuerza de trabajo médica total.	Número de médicos atendiendo en el primer nivel de atención/total de médicos atendiendo en todos los niveles	Institutos de estadísticas y censos
3. Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.	Grado en que han sido desarrollados los equipos de atención primaria en salud en la región, de acuerdo a lista de chequeo propuesta	¿Existe un programa nacional con respecto a equipos de atención primaria? ***Ver en anexo 1	Grupo focal de expertos en el tema califican por consenso los ítems propuestos
4. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.		Número de médicos que, en un determinado año, laboran en el país; expresado con relación al número de enfermeras en las mismas condiciones.	
5. Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHUS responsable del desarrollo de políticas y planes, definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores, niveles de gobierno.	Nivel de desarrollo de la dirección de RH en salud, con características de gestión y conducción estratégica	A partir de la lista de chequeo (definida en el Manual de las metas regionales) se califica con 1, cuando la respuesta es afirmativa, y 0, cuando es negativa. Se suman los parciales y se obtiene una nota sobre 6 puntos para cada entrevista. Se promedia los criterios de los informantes clave y se obtiene una sola nota sobre 6. Los ítems a calificar son: nivel de jerarquía en el diseño de la organización ministerial: al lado del Ministro de Salud, en funciones de asesoría, o parte del equipo de conducción o de los niveles de dirección nacional; desarrollo de políticas de RHUS para todo el sistema de salud; planificación del número y tipo de RH que requiere el sistema de salud; conducción estratégica de la gestión de RHUS, la educación para el trabajo, y el abordaje de sus problemas y determinantes para el sistema de salud; sistema de información actualizado que integre el inventario de sus REHUS, número, tipo, localización y niveles educativos; Uso de la negociación para las relaciones intersectoriales con el sector educativo, empleador y gremial	Grupo focal con informantes clave califican las características de la dirección de RHUS

Desafío 2

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

Metas	Indicador	Fórmula	Fuente de Información
6. En 2015 se habrá reducido a la mitad la brecha en la distribución de personal de salud entre las zonas urbana y rural	Diferencia entre densidad de RHUS en la zona rural y urbana	Número de médicos, enfermeras y parteras profesionales trabajando en las zonas urbana y rural, a partir de las definiciones acordadas por el país sobre urbano y rural	Institutos de estadísticas y censos
7. Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.	Porcentaje de trabajadores primarios de la salud que tienen competencias de salud pública e interculturales		Grupo focal con informantes clave
8. 60% de las enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	Porcentaje de programas de educación en el trabajo para el grupo de trabajadores de la salud (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios de la salud) dirigido a perfeccionar aptitudes y competencias de acuerdo a la complejidad de sus funciones actuales	¿Existe un programa de educación en el trabajo (incluida oferta universitaria o de institutos) para perfeccionar la formación inicial de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios de salud? Número de cursos que ofrece la institución o que le facilitan el acceso fuera de la institución. Número de cursos que oferta el programa de educación en el trabajo (para todo tipo de personal). Número de enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios que han tenido entrenamiento adicional (universitario, en servicio, o en el trabajo) para mejorar sus habilidades en los últimos tres años. Personal de salud (de acuerdo a los grupos arriba considerados) que forman parte de la fuerza de trabajo total	Director de RHUS
9. 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.	Porcentaje de trabajadores de salud cuyo lugar de práctica de atención primaria de salud es la misma ubicación geográfica de su comunidad de origen.	Porcentaje de trabajadores de APS practicando en su propia comunidad. <hr/> Número total de trabajadores de APS actualmente empleados en el país	Dirección de RHUS

Desafío 3

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

Metas	Indicador	Fórmula	Fuente de Información
10. Todos los países de la región habrán adoptado un código de ética global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud	<p>Porcentaje de países que han adoptado un código global de práctica</p> <p>Porcentaje de países que han establecido normas de ética para el reclutamiento internacional</p>	$\frac{\text{Número total de países en la región que han adoptado un código global de práctica para el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$ $\frac{\text{Número total de países en la región que han establecido normas éticas con respecto al reclutamiento internacional de trabajadores de la salud}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$	Ministerio de Salud, Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio, Ministerio de Relaciones Exteriores, Oficina de OPS en el país
11. Todos los países de la región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de RHUS	Porcentaje de países en la región que tienen una política con respecto a la auto-suficiencia	$\frac{\text{Número total de países en la región con una política de autosuficiencia}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$	Ministerio de Salud, Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio, Ministerio de Relaciones Exteriores, Oficina de OPS en el país
12. Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.	Porcentaje de países que tienen mecanismo formal para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero.	<p>¿Tiene el país un mecanismo formal para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero? Si o No. SI: 100% de cumplimiento de meta NO: 0%</p> <p>Regional⁷</p> $\frac{\text{Número total de países en la región con mecanismos para el reconocimiento de las credenciales de los profesionales de la salud capacitados en el extranjero}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$	Ministerio de Salud, Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio, Ministerio de Relaciones Exteriores, Oficina de OPS en el país

⁷Este porcentaje será calculado por OPS.

Desafío 4

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

Metas	Indicador	Fórmula	Fuente de Información
13. La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, se habrán reducido a la mitad en todos los países.	Porcentaje de puestos precarios (sin seguridad social)	$\frac{\text{El número total de puestos de empleo de atención de salud en el país que son precarios y/o sin protección social}}{\text{Número total de puestos}}$	
14. 80% de los países en la región habrán implementado políticas de salud y seguridad para sus trabajadores, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.	Porcentaje de trabajadores en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad	$\frac{\text{Número total de trabajadores en el sector salud cubiertos por medidas de salud y seguridad}}{\text{Total de trabajadores del sector salud}}$	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o Ministerio de Trabajo
15. Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético.	Porcentaje de gerentes de servicios y programas de salud con certificados de cursos de gerencia en salud	$\frac{\text{No. de gerentes con cursos de gerencia en salud} \times 100}{\text{Total de gerentes dirigiendo unidades y programas de salud}}$	Ministerio de Salud Dirección de RH
16. 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 los servicios esenciales, cuando se presenten.	<p>Porcentaje de países que cuentan con mecanismos formales para resolver conflictos laborales</p> <p>Porcentaje de países con legislación de servicios esenciales</p>	$\frac{\text{Número total de países en la región con mecanismos formales para resolver conflictos laborales}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$ $\frac{\text{Número total de países en la región con legislación de servicios esenciales}}{\text{Número total de países en la región}} \times 100$	Ministerio de Salud. Dirección de RHUS Ministerio de Trabajo

Desafío 5

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

Metas	Indicador	Fórmula	Fuente de Información
17. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles a las necesidades de la comunidad y calificados	<p>Porcentaje de universidades que han integrado en el currículo contenidos de APS.</p> <p>Porcentaje de universidades que cuentan con estrategias de formación interprofesional en las escuelas de ciencias de la salud.</p> <p>Porcentaje de universidades que tienen soporte financiero para la formación interprofesional</p>	<p>Si no se encuentra un registro, se pueden utilizar los siguientes criterios que están codificados y cuantificados en el Manual de metas de los desafíos de Toronto que indaga los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la escuela de ciencias de la salud centra la formación de los profesionales en el modelo biomédico⁸ (médicos, enfermeras, parteras, otros); 2. incluyen contenidos de APS en el currículo; 3. cambiaron el modelo curricular y lo reorientaron hacia APS; 4. tienen estrategias de formación interprofesional; 5. existencia de soporte financiero para la formación interprofesional. <p>Estos ítems se califican sobre 13 puntos.</p>	Grupo focal con rectores de los centros de formación públicos o privados más importantes del país, o entrevistas personales
18. El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones.	<p>Porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subatendidas.</p> <p>Porcentaje de programas específicos de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, que tienen escasos recursos, que viven a distancias geográficas inaccesibles</p>	<p>¿Existen programas de extensión universitaria que integren estudiantes de poblaciones subatendidas para formarse en las carreras de las ciencias de la salud o en escuelas de salud pública?</p> <p>Qué número y porcentaje de los programas están dirigidos a captar estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, que tienen escasos recursos, o viven a distancias geográficas inaccesibles.⁹</p>	Grupo focal con rectores de los centros de formación públicos o privados más importantes del país, o entrevistas personales
19. Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%	Porcentaje de estudiantes de medicina que abandonan la carrera	$\frac{\text{No. de estudiantes de medicina que ingresaron en el año } t, \text{ menos (-) No. de estudiantes de medicina que egresaron en el año } T}{\text{Total de ingresos}} \times 100$ $\frac{\text{No. de estudiantes de enfermería que ingresaron en el año } t \text{ menos (-) No. de estudiantes de medicina que egresaron en el año } T}{\text{Total de ingresos}} \times 100$	Investigación específica, seguimiento de una cohorte de estudiantes por los años que dure cada una de las carreras

⁸ El modelo biomédico centra la formación del recurso humano en una causalidad biológica del proceso salud-enfermedad, por tanto el eje es la noción de la enfermedad y su curación y las materias de ciencias básicas, descuidando o anulando el enfoque social de los procesos, y por tanto, minimizando o eliminando material sociales que permitan una visión desde la salud y no desde la enfermedad.

⁹ Se podría incluir también a estudiantes con algún tipo de discapacidad que no impida el ejercicio profesional de las carreras de ciencias de la salud.

<p>20. El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.</p>	<p>Existencia de instancia acreditadora</p> <p>Porcentajes de facultades y/o escuelas de ciencias médicas acreditadas</p> <p>Porcentaje de escuelas de salud pública acreditadas</p>	<p>No. de facultades y/o escuelas de ciencias de las salud acreditadas X 100</p> <hr/> <p>No. total de facultades y/o escuelas de ciencias de las salud</p> <p>No. de escuelas de salud pública acreditadas X 100</p> <hr/> <p>No. total de escuelas de salud públicas de ciencias de las salud</p> <p>Existencia de instancia acreditadora de la educación de ciencias médicas y salud pública en el país: Sí No</p>	<p>Consejo Nacional de Acreditación o instancia similar</p>
--	--	---	---

Los 5 desafíos de Toronto y sus metas, convocan el compromiso de los Estados Andinos, para apoyar el trabajo y esfuerzos de sus equipos nacionales.

El monitoreo de estas 20 metas permite comunicar los avances y retrocesos de la política pública dirigida a desarrollar y posicionar a los recursos humanos como un tema prioritario en la agenda de la región.



4

**La línea de base de los países andinos:
el punto de partida en RHUS**

Desafío 1 de Toronto

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.

El primer desafío de Toronto está operativizado en cinco metas que abarcan diferentes ámbitos del quehacer de los recursos humanos, pero que se centran sobre todo en el tema de la política y la planificación, y en la capacidad de las direcciones de recursos humanos para liderar la gestión y posicionamiento del tema en los respectivos ministerios de salud y en el propio sector de la salud de sus países. Estos fueron sus resultados:

Tabla No. 1 Línea de base de la meta 1

País	Meta 1
Ecuador	17,4 X 10.000
Perú	19,5 X 10.000
Chile	32,7 X 10.000
Colombia	23,8 X 10.000
Bolivia	8,9 X 10.000
Venezuela	N.P

Todos los países de la región han logrado una razón de densidad de RH ¹¹ de 25 x 10.000

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Con excepción de Chile y Venezuela, los países deben hacer diversos esfuerzos para el cumplimiento de esta meta; en especial Bolivia, y en menor medida Colombia. Ecuador y Perú.

¹¹ Médicos y enfermeras, con formación universitaria, o de institutos técnicos superiores, mínima de 3 años. Se excluye de esta definición a auxiliares de enfermería o personal que ejerce su actividad bajo supervisión y parteras (empíricas o entrenadas en programas de la comunidad). (OPS/OMS, "Indicadores de las metas regionales de RHUS 2007-2015", en Manual para medición de líneas de base, 2009).

Tabla No. 2 Línea de base de la meta 2

La situación de la Región Andina parece similar en su punto de partida, con excepción de Colombia, donde el porcentaje de médicos en atención primaria rebasa la meta propuesta para el 2015.

País	Meta 2
Ecuador	31%
Perú	29%
Chile	29%
Colombia	54%
Bolivia	30%
Venezuela	N.P

Las proporciones regional y subregional de médicos de APS ¹² excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

¹² Médicos de APS hace referencia a las personas certificadas en la profesión médica, activamente involucradas en la entrega de servicios de atención primaria en salud en los sectores público y/o privado; en el primer nivel de atención, en unidades sin internación, en lugares que no sean hospitales de atención aguda o de estadía prolongada. Esta definición no se refiere exclusivamente a graduados o especialistas en atención primaria en salud/salud comunitaria (OPS/OMS, "Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015", en Manual para medición de líneas de base, 2009).

Tabla No. 3 Línea de base de la meta 3

Los énfasis actuales que los sistemas de salud están colocando en los temas de atención primaria renovada y la profundidad de las reformas estatales en la región, se aprecian en este resultado. La línea de base señala que todos los países, con excepción de Colombia, en más del 50% se encuentran empeñados en trabajar en la perspectiva de esta meta.

¹³Competencias: diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas, cuidado prenatal y posnatal, prevención de enfermedad y discapacidad; crecimiento y desarrollo, rehabilitación después de enfermedad, coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones a alto riesgo (por ejemplo, niños, enfermos mentales, adultos mayores y discapacitados (OPS/OMS, "Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud 2007-2015", en Manual para medición de líneas de base, 2009).

País	Meta 3
Ecuador	52/70
Perú	43/70
Chile	68/70
Colombia	No aplica
Bolivia	65/70
Venezuela	N.P

Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias¹³ que incluirán sistemáticamente agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso llegar a los grupos vulnerable y movilizar redes de la comunidad.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 4 Línea de base de la meta 4

País	Meta 4
Ecuador	2.4 méd/enf
Perú	1.01 méd/enf
Chile	1.9 méd/enf
Colombia	1.9 méd/enf
Bolivia	1.6 méd/enf
Venezuela	N.P

La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países de la región.

Para corregir esta brecha Ecuador deberá hacer grandes esfuerzos.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Dos grupos de países se evidencian con estos resultados: los que deben hacer esfuerzos moderados para lograr la meta (Colombia, Chile y Perú) y aquéllos que deben emprender en sostenidos procesos de mejoramiento (Ecuador y Bolivia).-

Tabla No. 5 Línea de base de la meta 5

País	Meta 5
Ecuador	10.25/16
Perú	14.2/16
Chile	14.1/16
Colombia	14.2/16
Bolivia	10.2/16
Venezuela	N.P

Todos los países de la región habrán establecido una unidad de RHUS responsable del desarrollo de políticas y planes, definición de la dirección estratégica y negociación con otros sectores y niveles de gobierno.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.



Desafío 1

Porcentaje de cumplimiento de las metas en el año 0

Gráfico 1 Bolivia

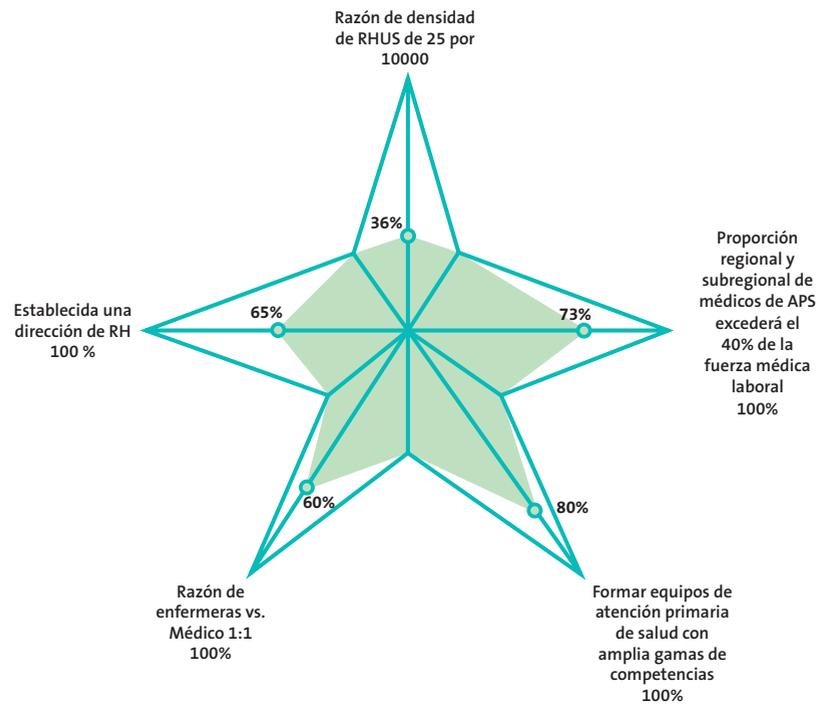
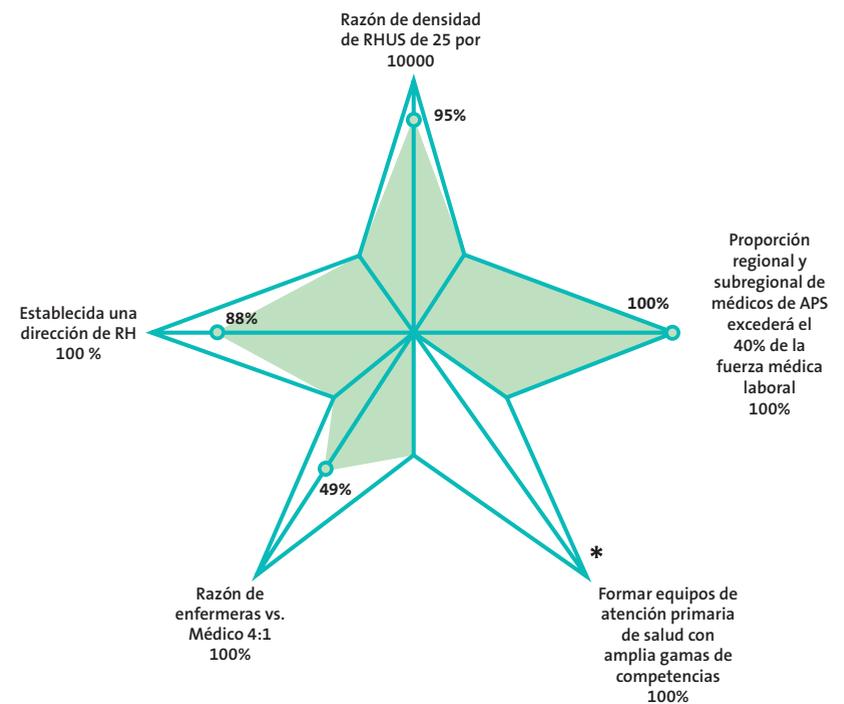


Gráfico 2 Colombia



*La punta en blanco significa que en este caso no aplica, debido al diseño del sistema de salud.

Gráfico 3 Chile

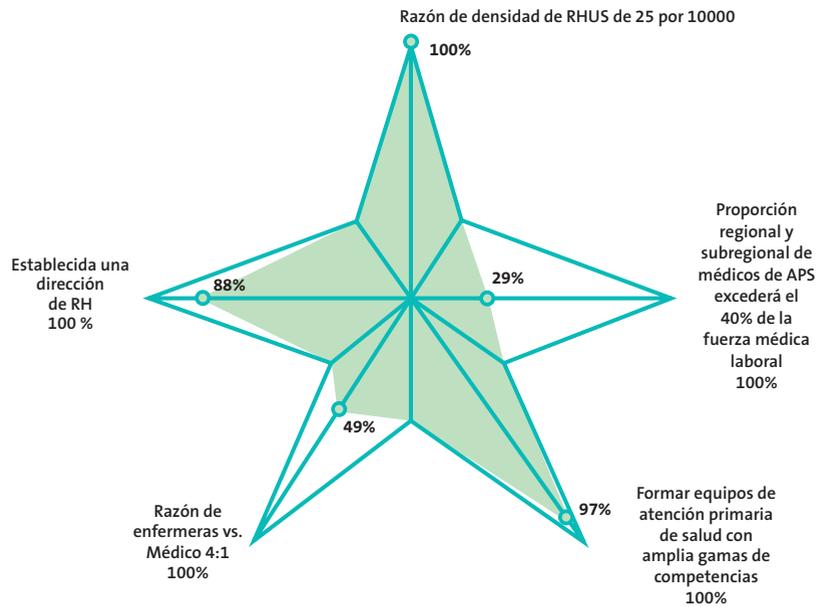


Gráfico 5 Perú

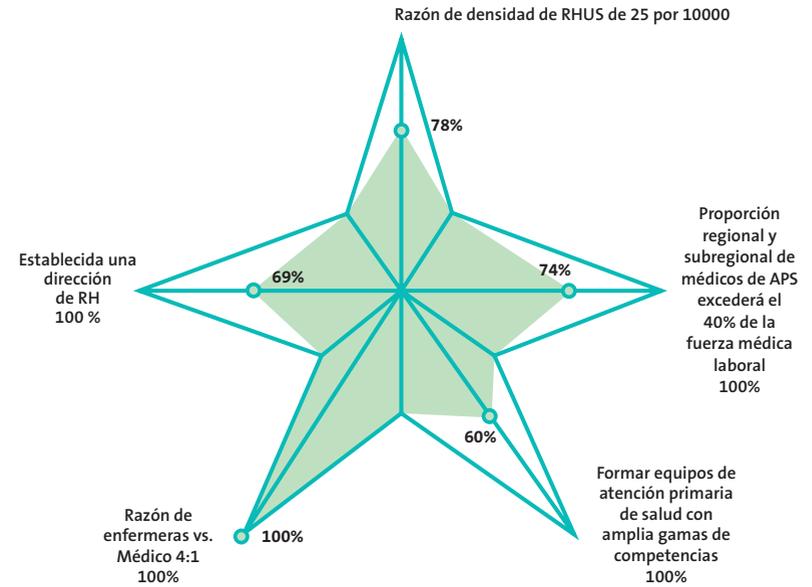
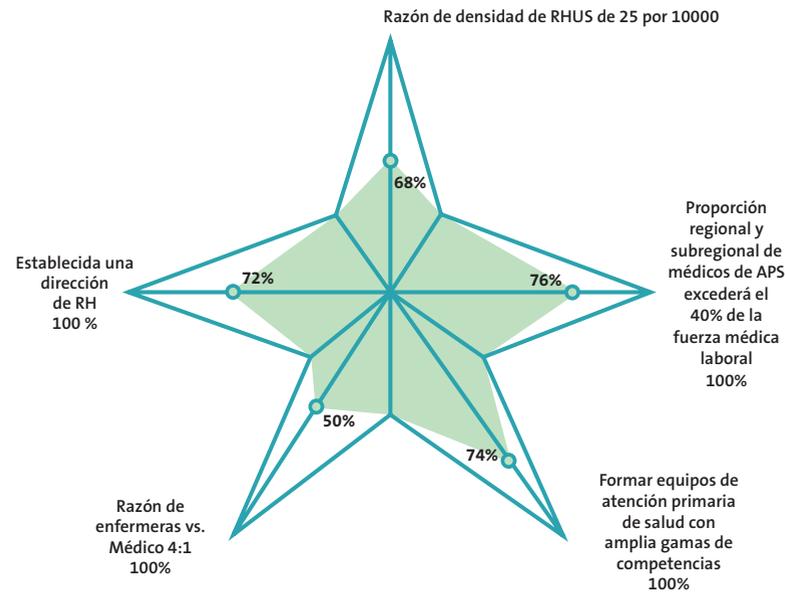


Gráfico 4 Ecuador



Desafío 2 de Toronto

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

El segundo desafío de Toronto está operativizado en cuatro metas (de la 6 a la 9), que abarcan diferentes ámbitos referidos a las brechas que señalan inequidades en el acceso de la población a la atención primaria sobre todo la que vive en áreas rurales. Se destacan en estas metas, las relaciones entre recursos humanos, comunidades y atención primaria, además de registrar la inequidad en los accesos por situación geográfica de las poblaciones. Estos fueron sus resultados:

Tabla No. 6 Línea de base de la meta 6

País	Meta 6
Ecuador	0,1
Perú	0,73
Chile	S. D.
Colombia	S. D.
Bolivia	S. D.
Venezuela	N.P

La brecha¹⁴ en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tres países no registran datos desagregados para las zonas rurales. Por tanto, una de las primeras tareas es conseguir que se genere información sistemática con los institutos de estadísticas y censos que permitan identificar el número de profesionales en estas áreas. Para Ecuador y Perú, el desafío es eliminar estas brechas en los próximos cinco años.

¹⁴ La brecha está considerada como la diferencia entre la relación de la densidad de recursos humanos para el área urbana y rural, y el resultado es una razón de distribución de recursos humanos para la salud. Las definiciones de ruralidad para cada país pueden cambiar. Los institutos de estadísticas y censos definen criterios de ruralidad basados en el número de habitantes que viven en cada localidad. Los no-datos pueden deberse a que no se encuentra información con esta desagregación y solamente es posible hallar cifras totales del personal de salud.

En el Capítulo 3 en el apartado que corresponde a OPE-RATIVIZANDO LAS METAS, se puede leer la definición de competencias de salud pública y una lista de competencias interculturales del trabajador de atención primaria de la salud.

Tabla No. 7 Línea de base de la meta 7

País	Meta 7
Ecuador	17%
Perú	37%
Chile	64%
Colombia	No aplica
Bolivia	28%
Venezuela	N.P

Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán la definición de competencias de salud pública e interculturales comparables.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 8 Línea de base de la meta 8

Esta meta tampoco encuentra con facilidad de registros de datos que la documenten, por eso la alternativa fue trabajar con un grupo focal o entrevistas a informantes clave, respecto de ¿existe un programa de educación en el trabajo (incluida la oferta universitaria o de institutos) para perfeccionar la formación inicial de enfermeras, enfermeras auxiliares, técnicos de la salud y trabajadores comunitarios de salud? En el caso de Ecuador y Bolivia la respuesta fue no. En el de Colombia y Venezuela, no se tenía la información. En cuanto a Perú, una cuarta parte de la meta aparece cumplida ya para el año 0, mientras Chile ya ha cumplido la meta propuesta.

País	Meta 8
Ecuador	0%
Perú	28%
Chile	85%
Colombia	S. D.
Bolivia	0%
Venezuela	N.P

60% de las enfermeras, auxiliares de enfermería técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 9 Línea de base de la meta 9

País	Meta 9
Ecuador	0%
Perú	S. D.
Chile	S. D.
Colombia	No aplica
Bolivia	0%
Venezuela	N.P

El 30% del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

Esta meta obtiene cero en dos países, en otros tres no hay datos, y en un quinto, no se aplica. Se prenden las alarmas sobre la atención primaria y la relación con las comunidades en las que se desarrollan sus acciones. Es un gran espacio para trabajar el tema de los recursos humanos y la construcción del sistema de salud basado en la atención primaria renovada.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Desafío 2

Porcentaje de cumplimiento de las metas en el año 0

Gráfico 7 Bolivia

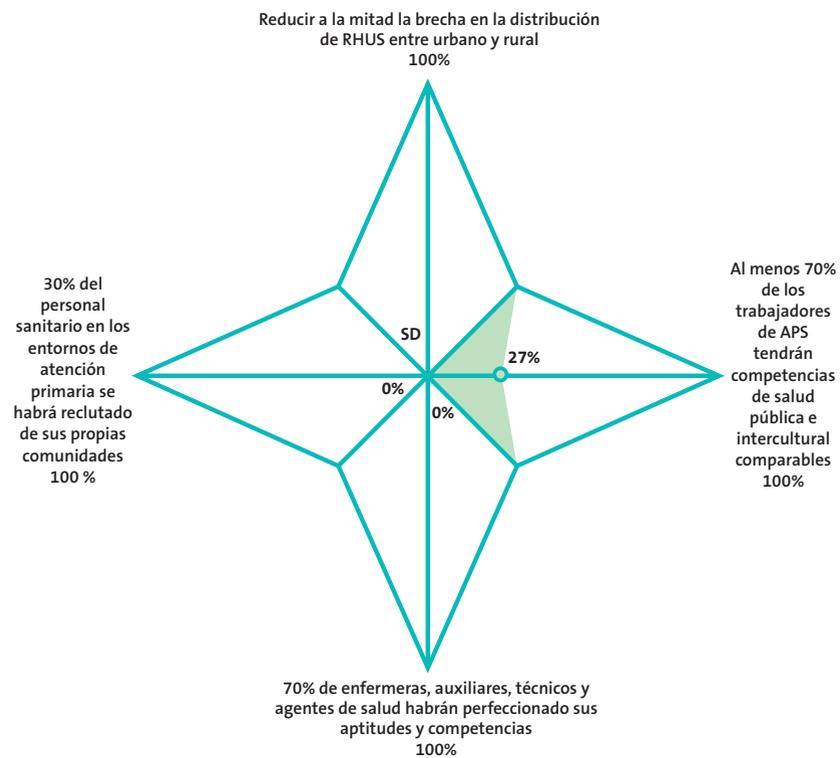


Gráfico 8 Chile

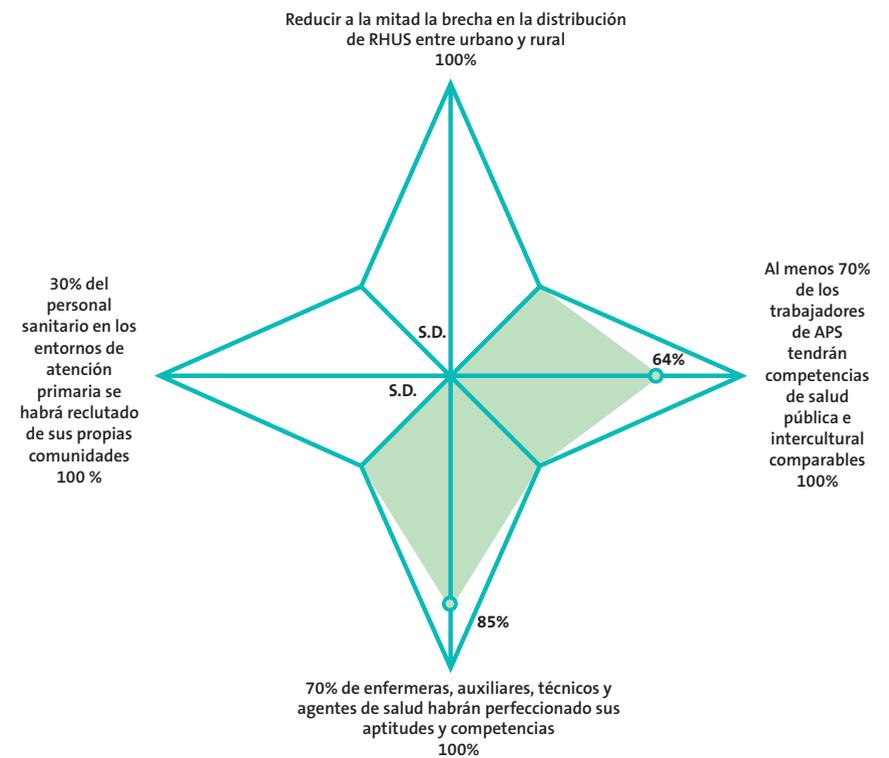


Gráfico 9 Ecuador

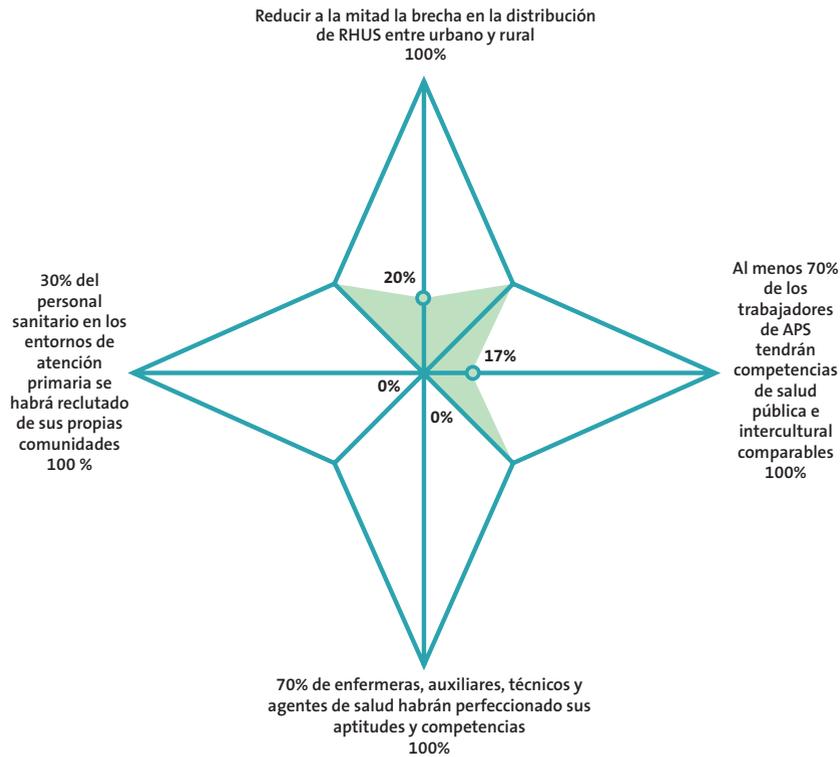
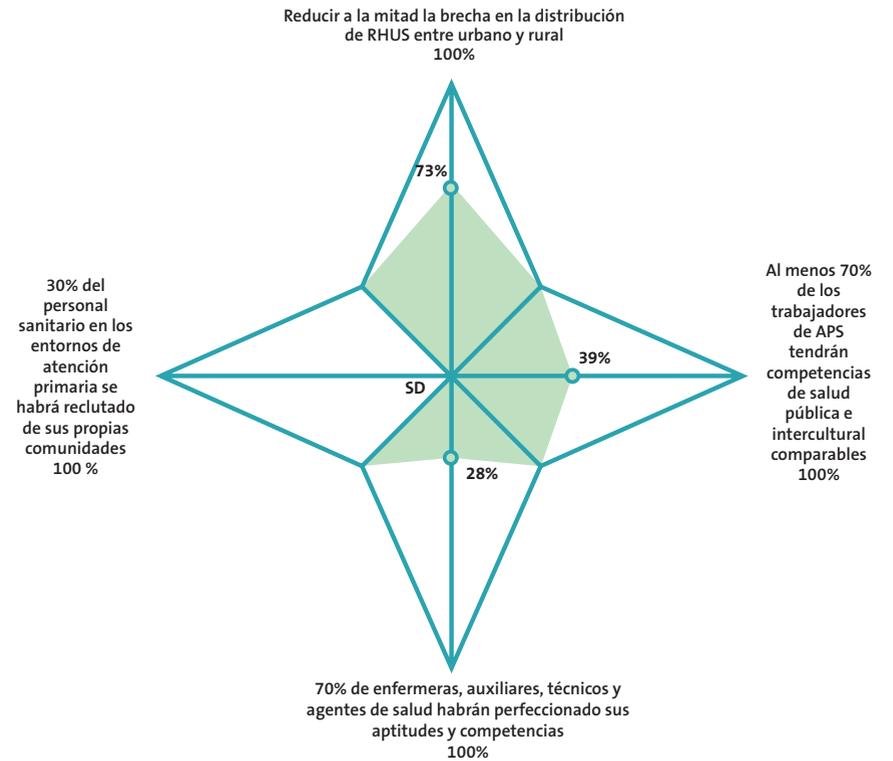


Gráfico 10 Perú



*En caso de Colombia no es posible construir la estrella pues no aplica según el modelo de salud colombiano.

Desafío 3 de Toronto

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

El tercer desafío de Toronto está operativizado en tres metas dirigidas a reconocer la doble problemática que enfrentan los países ante la migración internacional de los recursos humanos de salud: por un lado, el riesgo de los países expulsores de quedar sin recursos y, por otro, el derecho a la libre movilidad de las personas, y el respeto a sus condiciones de vida.

Este desafío realiza una mirada integral hacia todos los países organizados en regiones o subregiones; por esto, si bien se presentan a continuación los datos desagregados encontrados sobre Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela el gráfico tiene un resumen de la Región Andina para dar respuesta al sentido de las metas.

Tabla No. 10 Línea de base de la meta 10

País	Meta 10
Ecuador	0
Perú	0
Chile	0
Colombia	No aplica
Bolivia	0
Venezuela	N.P

Todos los países de la región habrán adoptado un código internacional de práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

No existe en los países la adopción de un código internacional de práctica o no han desarrollado normas éticas para el reclutamiento internacional de los trabajadores de la salud.

Con excepción de Colombia, los países no han planteado una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos en salud. Esto alerta sobre el hecho de que no es el fuerte de la gestión estratégica de las personas, la planificación de sus recursos humanos a mediano y largo plazo.

Tabla No. 11 Línea de base de la meta 11

País	Meta 11
Ecuador	0
Perú	0
Chile	0
Colombia	100%
Bolivia	0
Venezuela	N.P

Todos los países de la región tendrán una política de autosuficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud. (IC)

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 12 Línea de base de la meta 12

Ecuador y Perú no señalan información. Los otros cuatro países afirman tener acuerdos mutuos y haber implantado mecanismos para reconocer a profesionales capacitados en el extranjero.

El balance global de la región es que este desafío es el de más limitado desarrollo; en consecuencia, se deberá emprender el posicionamiento de la temática de la migración de los profesionales de la salud, dado el contexto global que parecería incentivar la alta movilidad humana, sobre todo de los recursos calificados que los países desarrollados no los tienen en la cantidad y calidad que requieren.

País	Meta 12
Ecuador	12%
Perú	S.D.
Chile	100%
Colombia	100%
Bolivia	100%
Venezuela	N.P

Todas las subregiones habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 13 Línea de base de la Región Andina sobre las tres metas del desafío 3

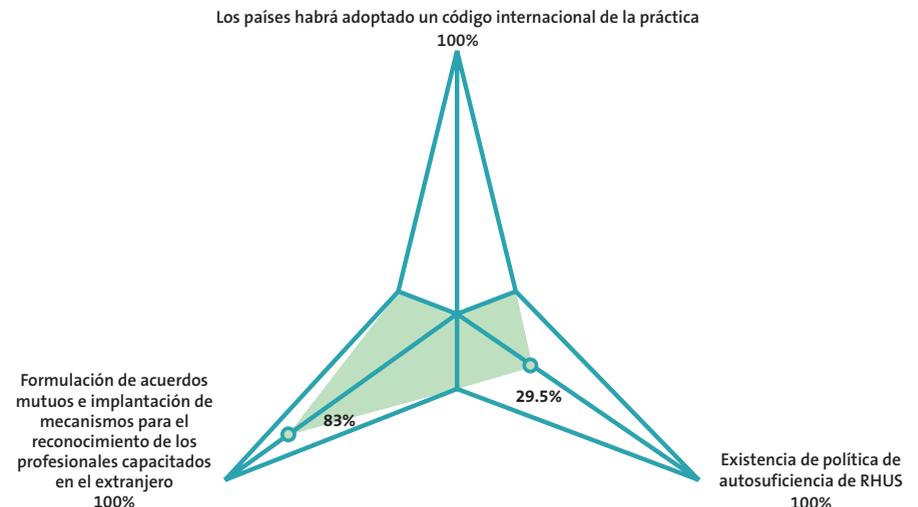
País	Meta 10	Meta 11	Meta 12
Ecuador	0	0	0
Perú	0	0	S.D.
Chile	0	0	100%
Colombia	No Aplica	100%	100%
Bolivia	0	0	100%
Venezuela	N.P	N.P	N.P

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Desafío 3

Porcentaje de cumplimiento de las metas en el año 0

El estado de cumplimiento de la meta andina se grafica a continuación:



Recuadro No. 7 **La utilidad de la línea de base**

Al estar representados en las metas los desafíos más importantes, este es el inicio de un proceso para compararse. El que los indicadores están respaldados por un consenso internacional, tiene más peso que cuando se trata de la información de un país. Uno de los indicadores, por ejemplo, sobre la densidad de RH, tiene respaldo científico en su construcción y ayuda a presentarlo sólidamente. Al ser OMS quien lanza el indicador, se cuenta con su respaldo, y se legitima el indicador; las metas representan los problemas más serios en RH que enfrentan los países. Estos problemas tienen un peso significativo porque están basados en datos construidos científicamente.

Betsy Moscoso

Dirección General de RHS y del Observatorio de RHU, Perú



Desafío 4 de Toronto

Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

Tabla No. 14 Línea de base de la meta 13

País	Meta 13
Ecuador	36%
Perú	31%
Chile	7.4%
Colombia	0%
Bolivia	19%
Venezuela	N.P

La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud, se habrán reducido a la mitad en todos los países.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

La definición de empleo precario que utiliza el indicador de la meta 13, se refiere al número total de puestos de empleo en el sector de la salud en el país que no cuenta con seguro social, comprendido como tal a aquel que no incluye un mínimo seguro de salud, pensiones y licencia por enfermedad/embarazo.

La reducción de empleo precario y sin protección para los trabajadores de la salud incrementará, a largo plazo, el éxito del reclutamiento de la fuerza de trabajo de salud y las estrategias de retención; de esta manera es posible ofrecer estabilidad, lograr acuerdos, evitar conflictos y llegar a mayor efectividad general de la fuerza de trabajo de salud.

Se observa que en dos países, tres de cada diez trabajadores y en un país, casi dos de cada diez, tienen empleos precarios. Lo contrario sucede en Colombia y Venezuela, donde no hay empleo precario en el sector salud, y en Chile, donde éste no llega ni a uno de cada diez trabajadores.

Tabla No. 15 Línea de base de la meta 14

La revisión de fuentes documentales en los países arroja resultados altamente positivos para casi la totalidad de la Región Andina; las legislaciones aceptan políticas de salud y seguridad para sus trabajadores.

País	Meta 14
Ecuador	100%
Perú	S.D.
Chile	100%
Colombia	100%
Bolivia	100%
Venezuela	N.P

80% de los países en la región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 16 Línea de base de la meta 15

No se reporta esta información en tres de los seis países. El porcentaje de gerentes con competencias de gestión y de salud pública, y con ello las de carácter ético, en el caso de Chile llega a uno de cada diez, en el de Ecuador a 8 de cada 10, y en Venezuela a seis de cada diez.

País	Meta 15
Ecuador	80%
Perú	S.D.
Chile	12.5%
Colombia	S.D.
Bolivia	S.D.
Venezuela	N.P

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 ellos las de carácter ético.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 17 Línea de base de la meta 16

País	Meta 16
Ecuador	100%
Perú	100%
Chile	25%
Colombia	100%
Bolivia	100%
Venezuela	N.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 los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Nuevamente la legislación laboral de los países andinos aparece como un punto a favor de las regulaciones de las condiciones de trabajo. Con excepción de Chile, todos anotan que poseen mecanismos de negociación para prevenir, mitigar o resolver conflictos, y que no se cierran los servicios de salud ante potenciales reclamos laborales.

Desafío 4

Porcentaje de cumplimiento de las metas en el año 0

El nivel de cumplimiento de las metas desde el año 0 (2009) hasta el 2015 permite graficar las siguientes estrellas:

Gráfico 12 Bolivia

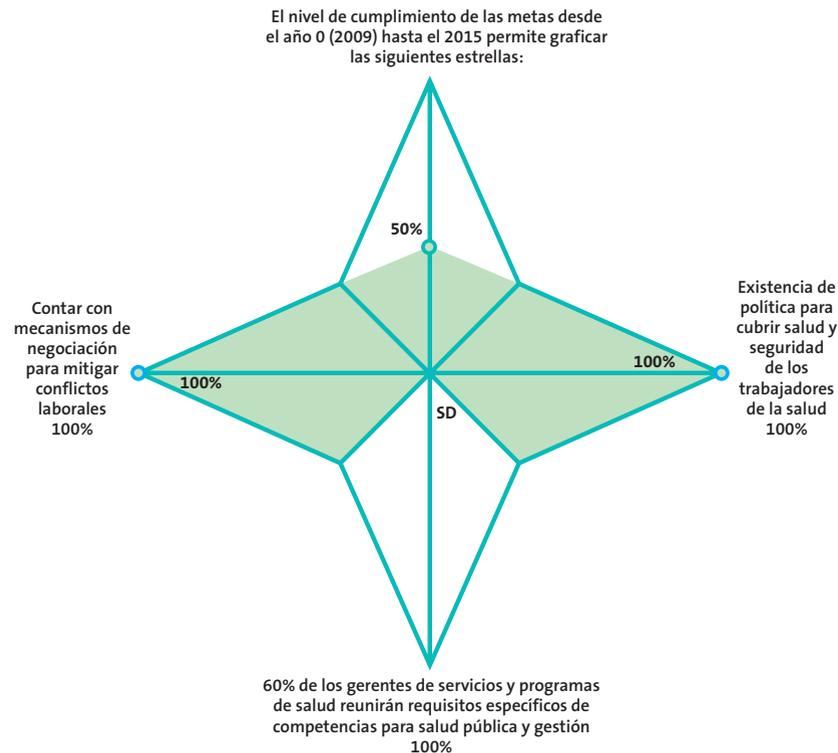


Gráfico 13 Colombia

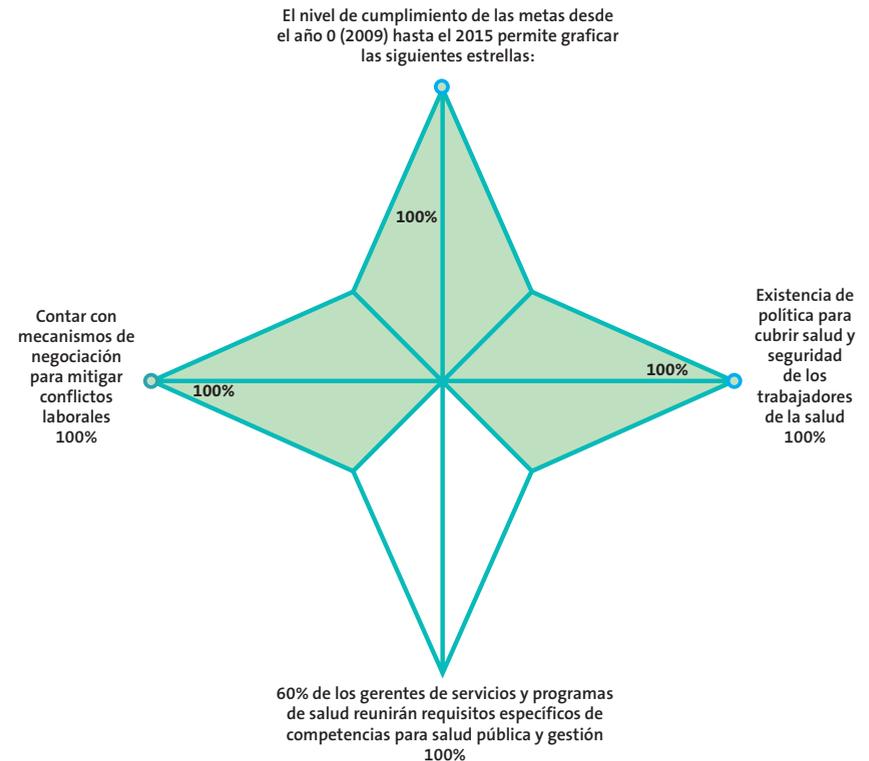
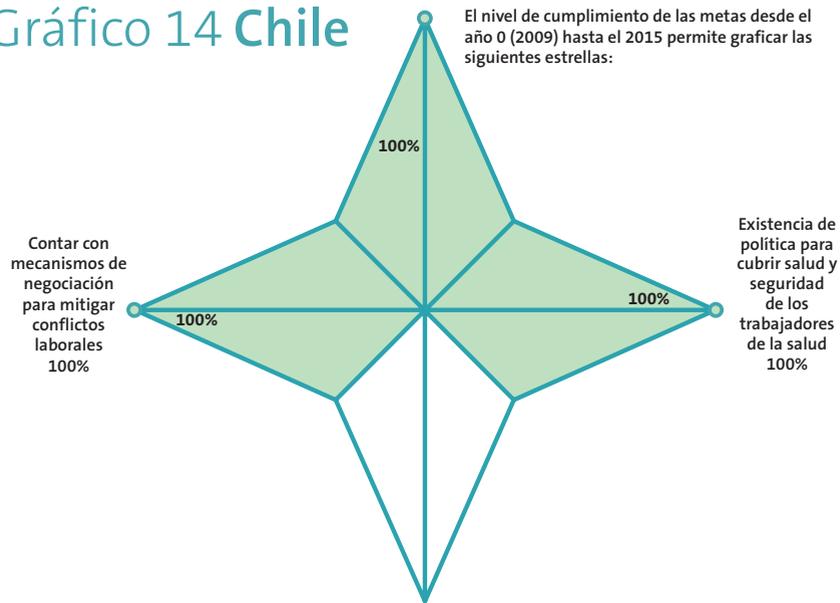


Gráfico 14 Chile

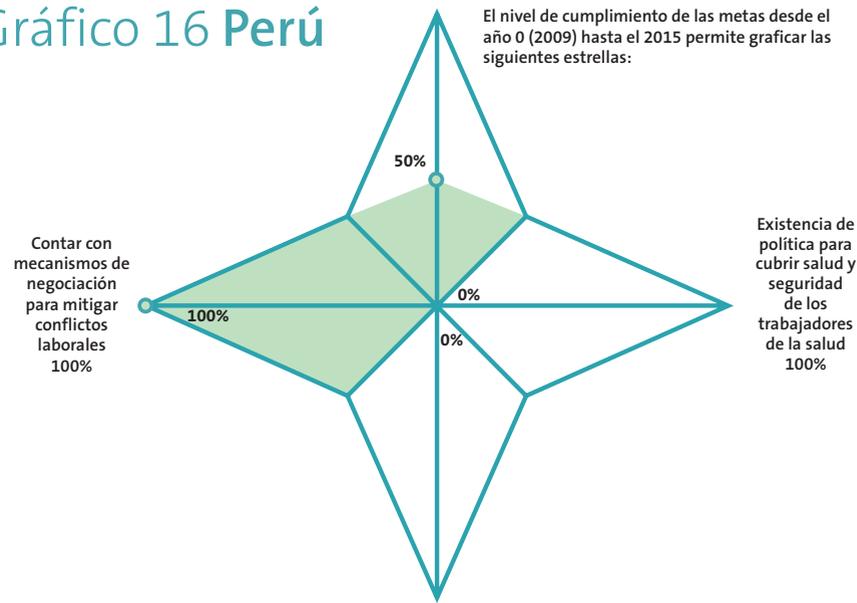
El nivel de cumplimiento de las metas desde el año 0 (2009) hasta el 2015 permite graficar las siguientes estrellas:



60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para salud pública y gestión 100%

Gráfico 16 Perú

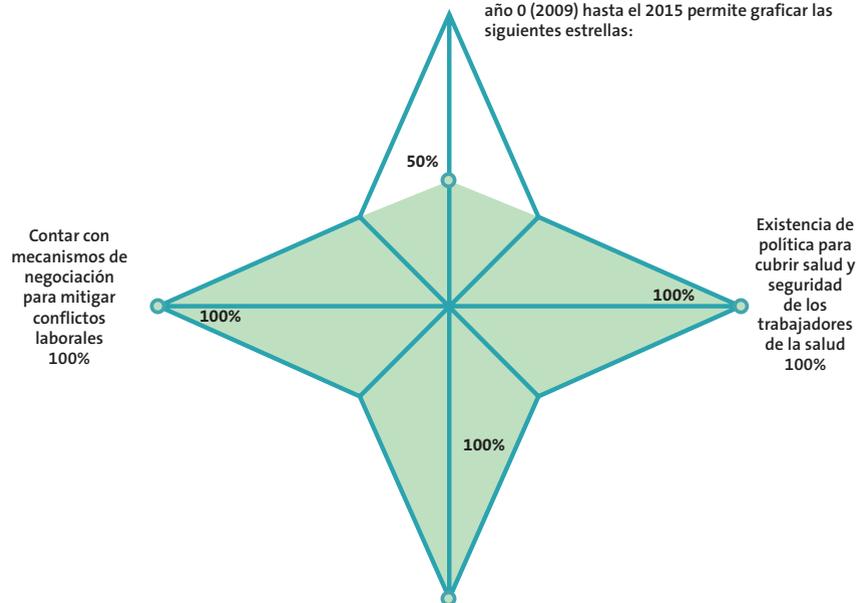
El nivel de cumplimiento de las metas desde el año 0 (2009) hasta el 2015 permite graficar las siguientes estrellas:



60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para salud pública y gestión 100%

Gráfico 15 Ecuador

El nivel de cumplimiento de las metas desde el año 0 (2009) hasta el 2015 permite graficar las siguientes estrellas:



60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para salud pública y gestión 100%

Desafío 5 de Toronto

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios calificados y sensibles a las necesidades de la comunidad.

Tabla No. 18 Línea de base de la meta 17

País	Meta 17
Ecuador	7.6%
Perú	60%
Chile	S.D.
Colombia	No aplica
Bolivia	7%
Venezuela	N.P

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.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Esta meta se inserta en el concepto renovado de atención primaria de salud que integra la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio y reafirmación de paradigmas juegan los recursos humanos en salud (OPS, 2007).

La formación universitaria del personal con este enfoque cobra una nueva e importante dimensión. La operacionalización de la meta consideró los siguientes aspectos a ser discutidos en grupos focales: ¿centra la escuela de ciencias de la salud la formación de los profesionales en el modelo biomédico? ¿Incluyen estas escuelas contenidos de APS en el currículo o cambiaron el modelo curricular y lo reorientaron hacia APS? Finalmente, ¿tienen estrategias de formación interprofesional y soporte financiero para este tipo de formación?

En Colombia y Chile no fue posible recabar información. Con excepción de Perú, los otros dos países tienen un bajo porcentaje de cumplimiento de la meta.

La definición utilizada para población subatendida fue aquella tradicionalmente excluida por etnia, recursos económicos e inaccesibilidad geográfica.

A partir de un grupo focal de expertos universitarios, el indicador proponía definir el porcentaje de universidades con programas específicos para estudiantes de poblaciones subatendidas, y el de programas de formación de estudiantes que provienen de poblaciones indígenas, o de escasos recursos, o que viven a distancias geográficas inaccesibles.

No existen datos en dos países, y en otros dos no existen programas para estas poblaciones. Bolivia señala que el 100% de sus programas universitarios si contemplan esta peculiaridad.

Tabla No. 19 Línea de base de la meta 18

País	Meta 18
Ecuador	0%
Perú	0%
Chile	S.D.
Colombia	S.D.
Bolivia	100%
Venezuela	N.P

El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 20 Línea de base de la meta 19

No existen datos para este indicador. En el caso de los dos países que tienen datos, se refieren a investigaciones específicas, En Ecuador la medición de la meta sólo fue dirigida a médicos y en el de Colombia a médicos y enfermeras. Aquí se evidencia la necesidad de mantener un sistema de registro permanente para poder dar cuenta de esta meta.

País	Meta 19
Ecuador	30%
Perú	S.D.
Chile	S.D.
Colombia	Médicos 30% Enfermeras 16.8%
Bolivia	S.D.
Venezuela	N.P

Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no sobrepasarán del 20%

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Tabla No. 21 Línea de base de la meta 20

País	Meta 20
Ecuador	2.8%
Perú	S.D.
Chile	27%
Colombia	32%
Bolivia	0%
Venezuela	N.P

El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida.

Fuente: países, 2009. Elaboración: OSE, 2009.

Los tres países donde se obtuvieron los datos observan muy bajo cumplimiento de la meta, El mejor en la línea de partida es Colombia, tan sólo le resta la mitad del camino. Chile le sigue muy de cerca, y Ecuador se ubica en una situación incipiente.

Desafío 5

Porcentaje de cumplimiento de las metas en el año 0

Gráfico 18 Bolivia

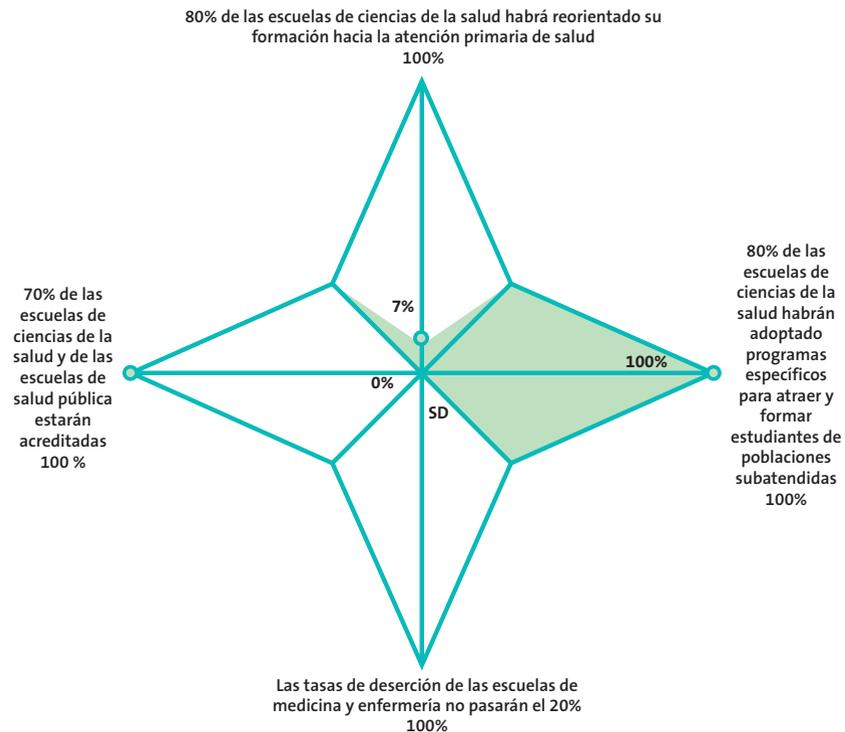


Gráfico 19 Colombia

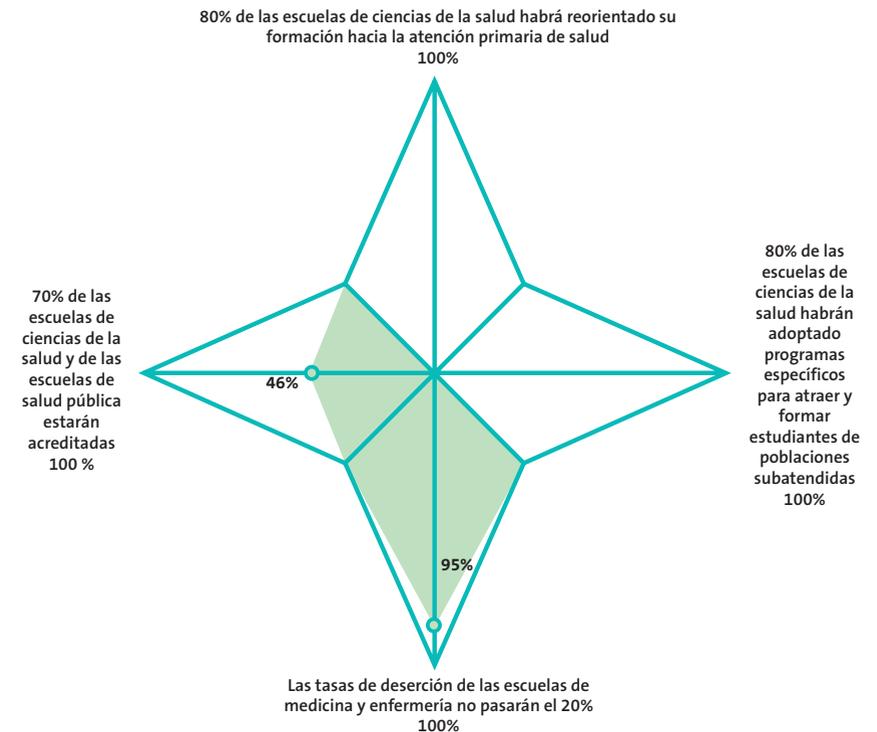


Gráfico 20 Chile

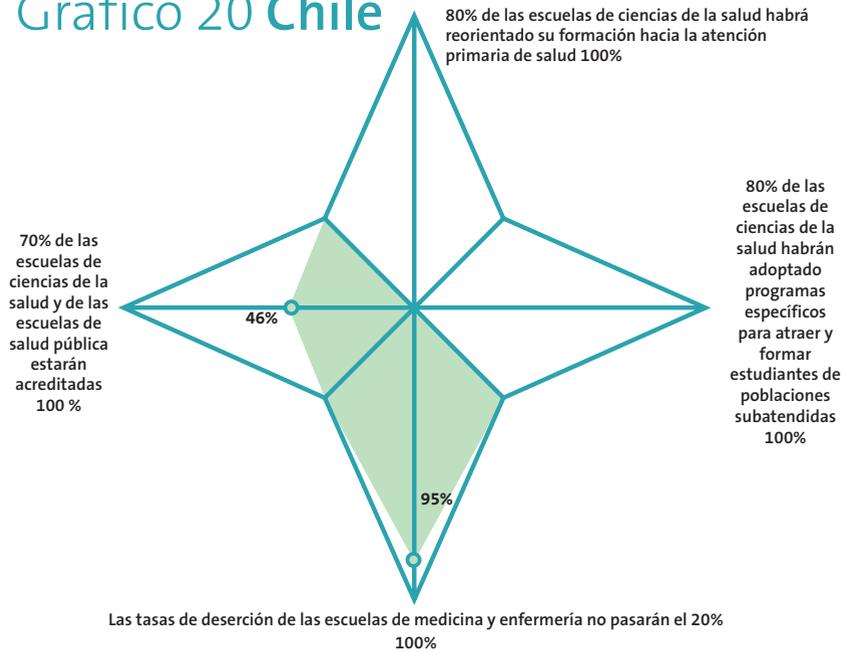


Gráfico 22 Perú

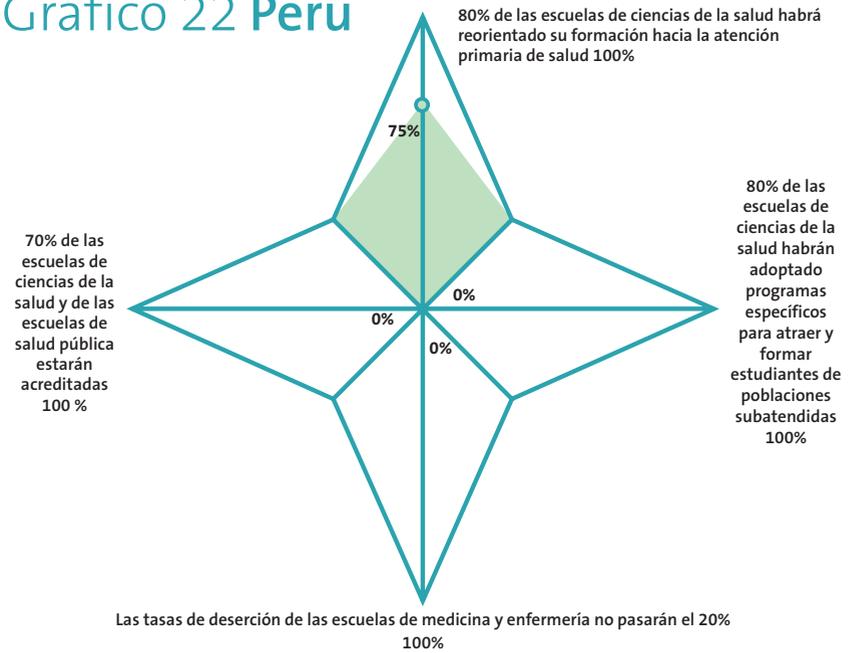
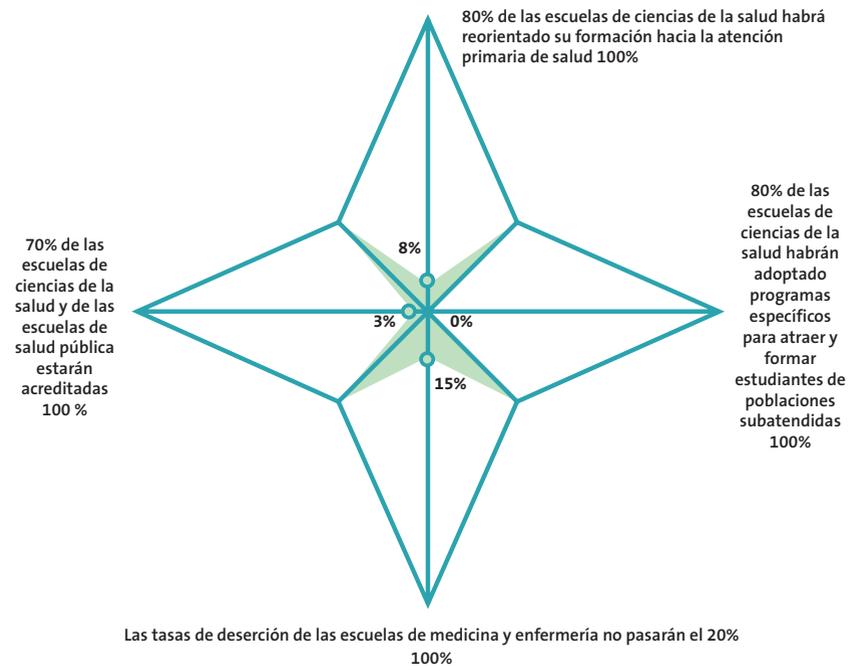


Gráfico 21 Ecuador





5

Lecciones aprendidas durante el proceso

La utilización de una tecnología que permite medir los avances en la implementación de la política depende de cada uno de los gestores. Allí descubrimos que es necesario generar mayor experticia para utilizar estos instrumentos para la generación de decisiones de política, para construir argumentos y alcanzar decisiones. La medición de las metas utilizando una figura como la estrella, tiene un alto valor comunicacional, refleja una situación y sugiere una trayectoria. El punto es que utilización se hace de esta medición, como se utiliza esta información en el proceso de negociación interno y externo para la implementación efectiva de opciones de política que modifiquen las situaciones problema.

Mónica. Padilla,
OPS, subregional de RHUS

Seis líderes de recursos humanos de la Región Andina reflexionaron sobre el proceso seguido y perflaron así las lecciones aprendidas:

1

La utilización de la tecnología evidencia capacidades de cada uno de los gestores como líderes más modernos. Por ejemplo, ¿cómo se usan estos instrumentos en la generación de la política? Allí descubrimos que falta experticia y metodología para este nuevo paso de la espiral. El valor comunicacional del trabajo y la síntesis en las estrellas fue comprobado. El uso que dan los gestores es nuevo para ellos; implica el desarrollo de procesos políticos. Esta experiencia les está exigiendo usar herramientas más creativas y estratégicas.

Mónica Padilla, OPS regional de RHUS

2

Esta información en Bolivia sirvió para, desde OPS, involucrar a la cooperación internacional en la gestión de recursos. La divulgación de la situación del país desde los desafíos y las metas fue un instrumento objetivo de diagnóstico, y alertó sobre las deficiencias y áreas concretas en las cuales esta cooperación podría apoyar de manera organizada y con impactos medibles a mediano y largo plazo.

Hugo Rivera, OPS-OMS Bolivia

3

Facilita un proceso de discusión sobre la realidad del país. No es sólo la meta sino la reflexión sobre la falta o dispersión de la información; encontrar que el trabajo aislado de las instituciones en sus espacios de poder no permite la consolidación de la gestión. Es interesante la posibilidad de comparación con los otros países (saber si estamos bien, más o menos o mal) no para definir iguales líneas de acción sino para establecer una metódica de reflexión-acción-reflexión.

Eduardo Puente, Director RHUS Ecuador

4

Ayuda a realzar aún más el tema en las agendas nacionales e internacionales; permite dirigir la atención de los gobiernos, y organizar, centralizar y sistematizar la información dispersa; genera inquietudes frente a cuestiones que el país no está pensando: si esto está ocurriendo a nivel regional, ¿por qué nosotros no tenemos este objetivo o cómo lo estamos abordando? o ¿se aborda realmente el tema de atención primaria, para llegar a estos objetivos de coberturas, promoción y prevención?

Luis Carlos Ortiz, Director de Análisis y Política de RH del Ministerio de Protección Social, Colombia

5

Esta metodología permite fortalecer el vínculo entre el área de RHUS y las áreas de “línea”: acerca el lenguaje de los gestores de RHUS con el personal de salud reconociéndolos como pieza clave del desarrollo de sistema sanitario que busca la equidad y la eficiencia. Visibiliza las áreas de mayor y menor desarrollo relativo, permitiendo focalizar iniciativas y esfuerzos en las áreas débiles. Los cinco desafíos representan áreas de intervención para el desarrollo de los RHUS. Recomiendo definir metas parciales que pueden ser medidas a futuro, establecer estrategias de desarrollo y comparaciones entre países y región, y analizar áreas de cooperación.

Verónica Bustos, Unidad de Estudios de RH de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile

6

El caso de Venezuela se realizó la medición en ejercicio coordinado con el Ministerio de Poder Popular de salud hasta el momento de la publicación no se ha autorizado su publicación.

¿Qué hacer con la información?

Las líneas de base reflejan el estado aproximado de la situación de los recursos humanos en salud en cada país.

¿Lo sabe el ministro o la ministra? ¿Están conscientes de esta situación los directores de las diversas unidades y departamentos, o los líderes de los procesos? ¿Conocen estos resultados los rectores de las universidades? Si bien se ha logrado una definición política sobre la importancia de la gente que trabaja en el sector salud a través de los desafíos de Toronto y de la declaratoria de la década del recurso humano, surge la pregunta: ¿cómo difundir la necesidad de invertir, promocionar, desarrollar, utilizar y potencializar la capacidad humana de los trabajadores de la salud?

Cinco líderes de la Región Andina contestaron así a estas preguntas, luego de analizar en conjunto los resultados de sus países:

Primero es importante difundir entre las autoridades, al interior del MSP, para que concienticen sobre estos datos, y en el ámbito de rectoría, asuman el liderazgo. Luego, el ministerio debe socializarlo con el resto de instituciones del sistema de salud, para que estos datos sean útiles para la gestión, al momento de resolver los problemas. El proceso de reflexión de las metas debería ser más amplio para comprometer a otros actores, como la seguridad social o las universidades.

Eduardo Puente, Ecuador

Apoyar al ministerio, y tal como él lo establezca, poder difundir la información. Sería necesario que los directores departamentales de los servicios de salud y los alcaldes conozcan, ya que ellos tienen que ver con los temas de RH.

Hugo Rivera, OPS-OMS Bolivia

La idea original es difundirlo a través del observatorio de RHUS; sin embargo, considerando que estamos al término de este gobierno, el desarrollo de este proyecto ha quedado suspendido por el momento. de RHUS; sin embargo, considerando que estamos al término de este gobierno, el desarrollo de este proyecto ha quedado suspendido por el momento. tales de los servicios de salud y los alcaldes conozcan, ya que ellos tienen que ver con los temas de RH.

Verónica Bustos, Chile

El ministro conocía que estábamos en este proceso,

pero no tuvo oportunidad para escuchar los resultados. La socialización debería iniciarse con las autoridades del más alto nivel, el ministro y su equipo, para que a partir del conocimiento, se apropie y lidere el proceso de RHUS y así emprenda también en una estrategia de difusión. En el proceso de cambio en el que está Bolivia, no se está dimensionando en su verdadero punto a los recursos humanos como elementos fundamentales de esta transformación.

Miriam Gamboa, responsable de la implementación de la Política de Desarrollo de RHUS y Coordinadora Académica de la formación de de RHUS, Bolivia

Debería tratarse como la estrategia de difusión que utilizó el tema de funciones de la salud pública, con mayor compromiso de la OPS en su difusión. El tema de RHUS ha estado más en la agenda de algunos grupos y debe pasar a ser asumido al más alto nivel. El Ministro de Salud debe difundirlo entre los grupos técnicos, en los niveles provincial y local, provocando el involucramiento de las unidades de todo el ministerio, y superando el criterio de que el tema corresponde sólo a RHUS y no a toda la institución.

Betsy Moscoso, responsable del Observatorio de RH en Salud, Ministerio de Salud del Perú

Recuadro No. 8 ¿Qué hacer con los datos?

En el corto plazo:

1. Consolidar y robustecer los informes de las metas regionales de los países, abordando no sólo los resultados de los indicadores sino también el análisis de dichos resultados, y una referencia a lo que los países están haciendo en cada ámbito.

2. Potenciar el instrumento, incorporando datos que permitan visualizar la evolución que cada indicador tiene en el tiempo y establecer, a nivel de la REMSAA, un trabajo coordinado entre OPS y Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, con la obligatoriedad de un informe anual.

3. Elaborar un informe con el diagnóstico regional global, cuyos resultados servirán de base para tomar decisiones futuras respecto de la modificación de metas. En el mediano plazo y sobre la base del análisis de los resultados

1. Sistematizar “buenas prácticas” impulsadas por los países con mejores logros en cada una de las metas, incluyendo el análisis de las políticas de desarrollo que los han sustentado. Esto implica un esfuerzo por caracterizar no sólo los sistemas de salud de cada país sino también el contexto político, social y cultural en que se sitúan, posibilitado la reflexión acerca de su pertinencia en otras realidades nacionales.

2. Analizar la viabilidad de elevar las exigencias de las metas y, si es necesario, agregar otras nuevas. El 2015 está a la vuelta de la esquina y es importante que las metas sean desafiantes pero que, además, se planteen desde un marco de la realidad regional (Verónica Bustos, Chile).

El futuro: construyendo procesos

Las políticas son enunciados para modificar; deben llevar implícito el compromiso de un país y proveer financiamiento par su ejecución.

Este proceso de medición ayuda a evidenciar si una política es sólo declaratoria o pasa a ser parte de la acción.

Betsy Moscoso, Perú

Esta medición ha sido un proceso de trabajo compartido por los equipos de RHUS de los países andinos para contar con las líneas de base de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Esta aproximación a la realidad del área andina permite realizar una lectura rápida del desarrollo e impacto de la política, decisiones y acciones que desarrollan y deben desarrollar los países y la subregión en materia de RHUS. Este insumo ofrece una perspectiva de áreas con desarrollo acumulado y otras que requieren reforzarse, como una contribución clave para la planificación de políticas intervenciones en esta materia, con la opción de

proponer hitos y monitorear los avances.

Una mirada agregada de las metas permite reconocer una heterogeneidad entre los países, identificar áreas de fortaleza y otras en las que deberá concentrarse un mayor esfuerzo. Algunos países alcanzan alto nivel de cumplimiento de algunas de las metas, lo que permite identificar opciones de política efectivas que pueden ser aplicadas por otros países.

Los datos han señalado los puntos de partida o línea de base de todos los países andinos que participaron en el proceso. Las estrellas, por el contrario, grafican el camino que

falta por recorrer para llegar, en el 2015, a la meta o a un nivel cercano a ese ideal.

Es importante el hecho de que en una mirada se integran cinco áreas prioritarias sobre la temática de los RHUS, que seguramente no son exhaustivas pero son las mínimas a las que deberían apuntar los países para mejorar la situación de las personas con quienes trabaja, y su relación con sus objetivos organizacionales, que tienen que ver con la población y su derecho a la salud.

1. Políticas de recursos humanos en salud

Fortalecer el desarrollo de las direcciones de RHUS hacia el logro de una visión y acción estratégica. Para ello se recomienda continuar con un proceso sostenido de implementación de la capacidad de influencia interna y sectorial de estas direcciones al interior de sus ministerios, sin perder la perspectiva del sector salud, en miras a apoyar la construcción del sistema nacional de salud.

Un elemento táctico es el desarrollo de la unidad de gestión de la educación, que debe ser parte de esta dirección para generar una nueva relación entre la universidad y el servicio de salud.

Este campo es amplio: desde el involucramiento de la academia para discutir y sensibilizarse sobre los perfiles y el número de recursos humanos que requiere la propuesta del

Estado, hasta las condiciones en las cuales se debería dar la práctica de los estudiantes del pregrado y posgrado en los servicios estatales. Sólo así podrán formarse como profesionales, bajo una política de salud que atiende a la construcción del sistema de salud.

Es decir, construir el espacio para iniciar una relación de pares en la cual el servicio de salud es utilizado para el aprendizaje pero este servicio está marcado por una propuesta coherente y dirigida a las necesidades de la población. Por tanto, los estudiantes no vienen con una agenda privada y especial sino que se suman a esta propuesta, puesto que van a transitar por los servicios de salud del Estado que están organizado, dirigidos a operativizar su propia propuesta.

Los servicios no son utilizados como espacios para ejercer

cualquier práctica; todos son parte de la construcción de una atención integral de la salud, basada en atención primaria para racionalizar y elevar la calidad del cuidado y cumplir con el derecho social de la población a la salud.

Todos los desafíos que se estudiaron tienen que ver con el fortalecimiento de la dirección de RHUS y su protagonismo, primero dentro de las carteras de salud y, luego, en el ámbito de una red de atención del sistema.

2. Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados

Mientras el objetivo es fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria, llama la atención que la dotación de RHUS desdice este propósito, en la gran mayoría de países.

Las brechas entre las zonas urbanas y rurales, y la concentración del personal de salud en las primeras, no ha

podido ser modificada, encontrándose incluso un riesgo mayor al observar el tema migratorio y el abandono de la atención a la población rural. No sólo llama la atención estas brechas campo-ciudad sino que se encuentran cifras modestas en la proporción del personal de salud laborando en el primer nivel de atención y, además, en el caso de

algunos países, desproporciones entre el número de personal médico y de enfermería.

Este panorama torna difícil el cumplir con los postulados de la atención primaria renovada y, por tanto, es motivo de alerta para el diseño de políticas públicas que den cuenta del problema.

3. Gestionar la migración del personal profesional de la salud

El desafío 3 es el de mayor déficit; en todas las metas la línea de base es 0. Plantear e implementar políticas y acciones dirigidas a la retención del personal profesional y a la observancia de sus derechos laborales a nivel internacional, así como establecer acuerdos entre países para enfrentar los problemas migratorios, son temas prioritarios para la subregión.

Los estudios iniciales sobre migración de personal profesional que algunos países de la región han presentado (Bolivia, Ecuador, Chile, Perú), comienzan a alertar sobre la ausencia de datos que permitan cuantificar el volumen de la migración pero, sobre todo, a señalar que los países en desarrollo han iniciado un flujo migratorio de médicos y enfermeras hacia los países del norte (EUA y Canadá) y

hacia la Unión Europea (España e Italia), sin que se den normativas o códigos de ética para garantizar, por un lado el empleo digno pero, por otro, y aún de mayor gravedad, suplir a los que salen para no desproteger los servicios de salud y arriesgar el sueño de la construcción de los sistemas de salud.

4. Las condiciones de trabajo del personal de salud

En materia legal, los países tienen altos porcentajes de cumplimiento del marco jurídico que regula las condiciones de trabajo. Sin embargo, la precarización del trabajo debe ser resuelta en el 60% de los casos para llegar a

la meta en todos los países.

Esta situación también se puede convertir en expulsora de recursos humanos, que pueden encontrar en países más

desarrollados condiciones –por ejemplo salariales y de desarrollo profesional– más afines con sus expectativas.

5. Relación universidades/servicios de salud/calidad de la educación

Desde la visión de las direcciones de recursos humanos se ha mencionado ya cómo debería cambiar la relación con la universidad. En este desafío se observan elementos propios e internos de las entidades formadoras: su calidad educativa acreditada por organismos de control y evaluación, la capacidad de retención de sus estudiantes de enfermería y medicina, y el acceso de personal de las comunidades y grupos excluidos a sus programas universitarios, con el fin de asegurar la dotación futura de RH calificados.

Por otro lado, la propuesta implícita en las metas,

dirigida a formar en conjunto al equipo de salud desde el pregrado, coloca un desafío interesante para poder integrar a médicos y enfermeras con personal de la comunidad, desde su formación inicial.

Las actividades para lograr las metas son complejas, porque indirectamente la ausencia de datos sistemáticos sobre el tema de la deserción, ya plantea como requerimiento el establecer, por parte de las universidades, un sistema para recolectar información sobre el tránsito de estudiantes por sus aulas y, en segundo lugar, porque los países que lograron encontrar alguna información, deben

mejorar en 85% la retención de los estudiantes. No se debe perder de vista que uno de los indicadores de la calidad educativa es la deserción.

Finalmente, la integración de la universidad, el servicio y las necesidades de salud de la población, bajo el marco de una política de salud, demandará de la academia priorizar la formación de sus estudiantes bajo esta perspectiva por sobre las necesidades del mercado.

El ejercicio realizado ha permitido movilizar a los actores de RHUS alrededor de un conjunto de informaciones “clave” que permiten describir la situación del RHUS en los países. Este primer acercamiento ha puesto sobre la mesa las importantes capacidades de los equipos técnicos de los ministerios y de los actores del campo de los rhus en los seis países andinos.

El valor de haber recopilado información sobre las 20 metas regionales es fundamentalmente haber generado un amplio debate sobre las definiciones y con ellas las realidades de cada uno de los países. Esta medición se convierte en un punto inicial de medición que los propios equipos de RHUS pueden tomar para seguir sus desarrollos, para medir el impacto de sus decisiones de política y para diseñar intervenciones que modifiquen sus líneas de base. La discusión alrededor de opciones de política en RHUS entre países, será uno de los resultados de mayor valor asociado a la aplicación de esta metodología.

La medición se ha completado en los seis países andinos, por lo que consideramos que se ha validado la propuesta metodológica, lo que permite recomendar su aplicación en los países de la región como un proceso que contribuye a la gestión de la política.

Igualmente consideramos que es fundamental, tomando en cuenta el período definido para las metas 2008 a 2015, impulsar la medición de medio término a nivel regional para tener un panorama de la situación y un referente de avance y cambio.

Es importante señalar que la aplicación de la medición, la información que va recopilando los equipos nacionales, van ofreciendo criterios sobre los indicadores definidos inicialmente que deben ser revisados en un ejercicio integrador en el 2011. De esta manera se podría afinar la información que se puede ir obteniendo y mejorando la sensibilidad y amplitud de información que se puede generar vía la metodología generada.

Este documento presenta un resultado agregado de la medición de los países andinos que nos permite visualizar los desafíos de la migración y de la cooperación entre unidades educativas y servicios de salud como los temas que mayor esfuerzo exigen desde el nivel subregional, corresponde a los equipos de país utilizar y difundir esta información así como preparar su estrategia para monitorear los cambios que se puedan lograr en la consecución de las metas al 2015

Recuadro No. 9 **Tareas siguientes:**

1. En lo político: agregado en el plano de lo subregional –ojalá en el regional– para llegar a medir los indicadores de RH tal como hoy se monitorean las vacunas, y lograr el sueño posible que plantea Toronto: precarización 0% y todos con trabajo digno, que sería una medida de resultado de lo que se ha hecho en cuanto a la gestión de las personas para la salud de la población.

2. A nivel nacional: la utilización de las metas para mirar de manera descentralizada la realidad del país, con desagregaciones que permitan visibilizar lo que sucede tanto en las áreas rurales como en las urbanas, para que los gestores descentralizados puedan así medir su capacidad en lo local.

3. En términos metodológicos: complementar la información con sistemas que permitan recolectar, fuir, utilizar y evaluar los datos sobre recursos humanos y aplicarlos en el monitoreo y aplicación de sus políticas.

M. Padilla

Visto en el plano subregional, esta medición permite identificar temas que deben ser desarrollados con mayor intensidad. Resta a los equipos de país y al nivel subregional, analizar las implicaciones de estas líneas de base, revisar las opciones de política que ha definido este nivel de desempeño y correlacionar esta medición con sus planes nacionales. Esta es una tarea pendiente.

M. Padilla, 2009

Bibliografía

Bauer, R. Social Indicators, 1966

Bovínic, Marcia. Women and Development Indicators of their changing role. UNESCO, 1981

Consejo Nacional de Salud del Ecuador, Comisión Nacional de Recursos Humanos, “Plan Decenal de Desarrollo de los RH 2006-2015”, documento de trabajo, Quito, 2006

Dussault, “Mejoramiento del desempeño del personal de salud: de la promoción a la acción”, 47 Sesión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, septiembre, 2006

Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, “Metas regionales de los RHUS, Colombia”, Bogotá, marzo, 2009.

Ministerio de Salud de Chile, “Metas regionales de RH de salud. Avances y desafíos”, Santiago, 2009

Ministerio de Salud de Perú, “Perú: línea basal, metas de RHUS 2007-2015”, Lima, 2009

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, “Línea de base de Ecuador. Desafíos de Toronto. Estado de situación del Ecuador”, Quito, marzo de 2009

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”, Montevideo, octubre de 2006

Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, “Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia 2005”, Quito, Noción, 2006

OPS, “Consulta regional recursos humanos en salud: desafíos críticos”, Reunión Regional de los Observatorios de RHUS, Toronto, 2005

_____, “RHUS 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”, en 47 Consejo Directivo, realizada entre el 25 y 29 septiembre de 2006

_____, “Metas regionales en materia de RHUS 2007-2015”, en 27 Conferencia Sanitaria Panamericana, 59 Sesión del Comité Regional, Washington DC, realizadas entre el 1 y el 6 de octubre de 2007

_____, “Indicadores de las metas regionales de RH”, en Manual de medición de líneas de base, octubre, 2008

_____, Observatorio Andino de RH en Salud, registro de documentos de las reuniones del Consejo Directivo de la OPS-OMS y otras reuniones regionales de RHUS.

- ____. Observatorio Andino de RH en Salud. Audio de la conferencia de Pedro Brito, en Reunión de Políticas de RHUS, Lima, 22 de julio de 2009
- ____. Representación de Bolivia/Ministerio de Salud de Bolivia. Taller para construir la línea de base de las metas de los desafíos de Toronto. La Paz, mayo, 2009
- Padilla Mónica, “Desarrollo de RH en salud subregión andina”, en Memoria del IV Encuentro Subregional Andino de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Lima, OPS/OMS, 2009
- Velasco, Margarita, Francisco Carrión, Caroline Reed, Alexandra Escobar y Fernando Carrasco, “Sistema de monitoreo de los desafíos de Toronto”, consultoría para OPS/OMS, Quito, marzo de 2007
- Velasco, Margarita y Alexandra Escobar, “El monitoreo de los planes de acción”, consultoría para OPS/OMS, Quito, noviembre de 2007
- Informantes clave
- Bolivia
- Gamboa, Miriam, Responsable de la Política de Recursos Humanos en Salud y Coordinadora Académica de la Residencia de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RESAFICI), Rivera, Hugo, OPS-OMS
- Chile
- Bustos, Verónica, profesional de la Unidad de Estudios de RH de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud de Chile
- Colombia
- Ortiz, Luis Carlos, Director de Análisis y Política de RH del Ministerio de Protección Social
- Ecuador
- Puente, Eduardo, Director de RHS/MSP
- Perú
- Moscoso, Betsy, Dirección General de RHS Perú y del Observatorio de RHU
- Organismo Regional Andino de Salud
- Yépez, Patricio, Director,
OPS/OMS
- Padilla, Mónica, consultora subregional andina de desarrollo de RHUS, OPS/OMS
- Rigoli, Félix, consultor regional de Políticas y Regulación de RHUS, OPS/OMS, Sede Regional.....

Anexos

1. ¿Existe un programa nacional con respecto a equipos de atención primaria de la salud?
(sí – 10 puntos, no – 0 puntos).
2. Si la respuesta es afirmativa, ¿qué porcentaje de la población total del país es cubierta por los equipos de atención primaria de salud?
< 20% – 2 puntos
20 a 39% – 4 puntos
40 a 59% – 6 puntos
60 a 79% – 8 puntos
>80% – 10 puntos.
3. ¿Utiliza redes comunitarias el programa de atención primaria de la salud?
(sí – 10 puntos, no – 0 puntos).
4. ¿Cubre el programa a poblaciones vulnerables? (sí – 10 puntos, no – 0 puntos).
5. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál de las siguientes poblaciones es cubierta por los equipos de atención primaria de la salud? (un punto cada uno; nota máxima de 10 puntos): mujeres embarazadas de alto riesgo, grupos étnicos, niños-as, grupos religiosos, adultos mayores, grupos culturales, discapacitados, bajos recursos, enfermos mentales, idioma
6. ¿Cuáles grupos profesionales son generalmente incluidos en los equipos de atención primaria de la salud? (dos puntos cada uno; nota máxima de 10 puntos)
Profesión: médicos, enfermeras, parteras, técnicos de saneamiento básico, trabajadores comunitarios de la salud, auxiliares de enfermería.
7. ¿Qué conjunto de competencias amplias son requeridas actualmente en los equipos de atención primaria de la salud (dos puntos cada uno; nota máxima de 10 puntos)
Competencias
Diagnóstico y manejo de condiciones crónicas y agudas, cuidado prenatal y posnatal, prevención de enfermedad y discapacidad, crecimiento y desarrollo, rehabilitación después de enfermedad, coordinación de los servicios de atención de la salud para poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, niños, enfermos mentales, adultos mayores y discapacitados)

