

Directorio del Consejo Nacional de Salud Diciembre 2006

Dr. Guillermo Wagner Cevallos
Ministerio de Salud Pública
Presidente del Directorio

Dr. Rubén Barberán
Ministro de Bienestar Social

Dr. José Avilés
Director General de Salud

Dr. Ernesto Díaz Jurado
Director General del IESS

Lic. Elena Valdivieso
Presidenta de AFEME

Dr. Iván Tinillo
Representante de los Gremios Profesionales

Dr. Paolo Marangoni
**Representante de la Honorable Junta
de Beneficencia de Guayaquil**

Dr. Santiago Contreras
Representante de SOLCA

CRNL CSM Dr. Dario Gallegos
Representante de la Fuerza Pública

Dr. Francisco Ortega
Representante del CONCOPE

Sr. Lorens Olsen Pons
Presidente de la AME

Dr. Leonardo Pazmiño
**Representante de las Entidades de
Salud Privadas con fines de lucro**

Dr. Nelson Oviedo
**Representante de las Entidades de
Salud Privadas sin fines de lucro**

Ab. Marianela Rodríguez
Representante de los Gremios de Trabajadores

Dr. Jorge Luis Prospero
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Sra. Mercedes Borrero
Representante UNFPA en el Ecuador

Sr. Juan Vasconez
Delegado UNICEF en el Ecuador

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo Encargado

Consejo Nacional de Salud

Proceso Gobernante

Dirección Ejecutiva

Albán Villacís Jorge

Procesos Agregadores de Valor

Coordinación Técnica de Comisiones

Almeida Mariño Irina

Calahorrano Cabrera Narcisa

Calderón Layedra Lilián

Gross Albornoz Milton

Vizcaino Cabezas Gustavo

Procesos Habilitantes

Asesoría

Gestión de Recursos Humanos

León Naranjo Inés

Asesoría Jurídica

León Proaño Julio

Apoyo

Gestión Administrativa Financiera

Aldáz Gaibor Alfonso

Armijos Valdéz Eblin

Barrera Morocho Carlos

Flores Martínez Guido

Gaibor Vásconez Lorena

Jácome Lescano Rudy

Merizalde Heredia Genoveva

Paéz Dávalos Blanca

Salgado Granda Mónica

Soria Villafuerte Harold

Editores responsables

Albán Villacís Jorge

Gross Albornoz Milton

Granda Ugalde Edmundo

Diseño y Diagramación

Mi-lú diseño 098 69 69 08

Impresión

Imprenta Avilés

Índice

Sección PRESENTACIÓN CONASA

| | |
|---|----------------------------------|
| 2 | <u>Directorio CONASA</u> |
| 3 | <u>Consejo Nacional de Salud</u> |
| 5 | <u>Presentación</u> |

Sección TÉCNICA

MARCO REFERENCIAL DE LA DÉCADA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

| | |
|----|---|
| 7 | <u>Una década de Recursos Humanos</u> |
| 9 | <u>La iniciativa de Aprendizaje Conjunto "The Joint Learning Initiative"</u> |
| 19 | <u>Desafíos críticos de los Recursos Humanos en salud: Una visión regional</u> |
| 27 | <u>Llamado a la acción de Toronto 2006-2015</u> |
| 31 | <u>Informe Mundial de la Salud 2006</u> |
| 41 | <u>Los Recursos Humanos de Salud - Retos Fundamentales para la región de las Américas</u> |

LOS ENCUENTROS

| | |
|----|---|
| 47 | <u>Memorias del encuentro subregional Andino - Planes decenales de Salud: Una Visión Común</u> |
| 52 | <u>Plan decenal de desarrollo de los Recursos Humanos de la CONARHUS</u> |
| 58 | <u>La construcción de la Política Nacional y el plan decenal para la década del desarrollo de los Recursos Humanos en Salud - el camino peruano</u> |
| 70 | <u>Desafíos Regionales</u> |
| 71 | <u>Síntesis de la plenaria de grupos</u> |

CARRERA SANITARIA

| | |
|----|---|
| 78 | <u>El Ecuador requiere urgentemente una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria</u> |
| 80 | <u>Anteproyecto de Ley de la Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador</u> |
| 89 | <u>Propuesta de recertificación de profesiones médicas como elemento de la Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador</u> |
| 96 | <u>VIII Reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud en las Américas</u> |

Sección INFORMATIVA

| | |
|-----|---|
| 101 | <u>Una mujer con experiencia al frente de la OMS</u> |
| 103 | <u>Informe de gestión - Período Enero-Diciembre 2006</u> |
| 108 | <u>Informe preliminar de la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida - Cuenca 2007</u> |
| 112 | <u>El Seguro Social Campesino en el Ecuador</u> |
| 123 | <u>Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud sobre la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y la Anticoncepción de Emergencia</u> |
| 126 | <u>Memoria fotográfica de los Encuentros</u> |

Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo (E) del Consejo Nacional de Salud

Plan decenal de desarrollo de los recursos humanos en salud del Ecuador 2006-2015

De conformidad a las disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, Artículo 26 del Capítulo VI, referido a los recursos humanos, el Consejo Nacional de Salud a través de la Comisión de Recursos Humanos, con el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y la cooperación técnica de la OPS/OMS representación Ecuador; ha impulsado y desarrollado un plan de trabajo alrededor de los siguientes tres objetivos principales:

1. Promover el desarrollo de los recursos humanos en salud, a través de la promulgación de una Ley de Carrera Sanitaria que regule y armonice la gestión del RHUS

Uno de los objetivos centrales del Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Recursos Humanos, tiene que ver con el apoyo al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud mediante la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria.

El Consejo Nacional de Salud, concibe a la Carrera Sanitaria como un modelo para el desarrollo y gestión de la fuerza de trabajo en salud que relaciona y armoniza los derechos del ciudadano-usuario, los derechos del trabajador y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios; que asegura la gestión de la fuerza de trabajo en salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad, calidad, equidad, eficiencia, eficacia, con respeto de la diversidad cultural, profesional y técnica.

Para el efecto, se ha elaborado un documento técnico de consenso que precisa los aspectos de gestión y regulación durante las etapas de formación, ejercicio y cesación de la fuerza de trabajo en salud. Documento que se encuentra actualmente en la fase de análisis técnico-jurídico.

Como un componente fundamental de la Carrera Sanitaria se ha desarrollado una propuesta de Certificación y Recertificación para médicos, odontólogos, enfermeras y obstetras.

Posteriormente al análisis del Anteproyecto de Ley sobre Carrera Sanitaria, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud llevarán adelante un proceso de socialización, análisis y consenso entre todos los actores del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, para concretar la viabilidad de la Carrera Sanitaria. De manera simultánea a este proceso se está trabajando en el reglamento a esta Ley.

2. Armonizar la formación y utilización de los recursos humanos de salud de acuerdo a los modelos de atención vigentes en las instituciones del sistema nacional de salud del Ecuador

En el contexto de las políticas nacionales de salud relacionadas con el desarrollo del talento humano se han realizado varias reuniones con decanos de las facultades de medicina y ciencias médicas del país con la finalidad de analizar los procesos formativos, tanto desde la visión académica, cuanto desde la perspectiva de los prestadores de servicios públicos y privados.

No se pretende la unificación del pénsium debido a las especificidades de los modelos universitarios de formación y a la autonomía institucional en el tema; así como a las características

de los servicios de salud en donde se producen los procesos de formación (Internado Rotativo) y empleo (Salud Rural). Más bien, se propone continuar con un proceso orientado a crear suficientes espacios de reflexión entre los planificadores universitarios y propiciar el análisis de la coherencia de los procesos formativos con las condiciones sanitarias y con los requerimientos de competencias de los diferentes modelos de atención vigente en el país.

3. Promover, apoyar y fortalecer la base de información para el funcionamiento del observatorio de recursos humanos del Ecuador que permita la toma de decisiones en relación a la gestión de los recursos humanos

Se han producido tres libros y doce informes técnicos de la Serie del Observatorio de Recursos Humanos en el Ecuador, entre los que se puede citar:

1. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio
2. Estabilidad y Remuneraciones. El Personal de Salud del Ecuador a Inicio de Siglo XXI.
3. Empleo de los Recursos Humanos de Salud en Instituciones del sector Público.

Plan de acción

Ante esta situación y en el contexto de las recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 y “los desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión integral”; la CO-NARHUS del CONASA recoge las prioridades estratégicas de i) actuar ahora para apoyar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el Ecuador y ii) proyectarse al futuro en el marco de nuevos escenarios en el tema de los recursos humanos mediante la propuesta de un plan de acción de mediano y largo plazo.

Visión de futuro 2016

En un plazo de 10 años, en el Ecuador se habrán conseguido los siguientes objetivos:

- Apoyar al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud en las instituciones públicas del sector que hacen parte del Sistema Nacional de Salud mediante la implementación efectiva de la Ley de Carrera Sanitaria, debidamente financiada para armonizar su desarrollo y la regulación de su gestión.
- Establecer en la Ley de Carrera Sanitaria mecanismos y procesos regulados de contratación, incentivos, evaluación del desempeño y educación permanente de la fuerza de trabajo en salud y lograr la aceptación, apoyo y aplicación de estas regulaciones por parte de las organizaciones sindicales y profesionales.
- Establecer entre las instituciones de formación profesional y la Autoridad Sanitaria los mecanismos de regulación

necesarios entre la oferta y demanda de los Recursos Humanos en Salud, sobre la base del conocimiento objetivo de la oferta y la proyección de demandas de personal de salud en términos de cantidad y capacidades.

- Establecer mecanismos de monitoreo de las migraciones internas y externas de la fuerza de trabajo en salud del Ecuador.
- Formular convenios o leyes de apoyo al desarrollo de la fuerza de trabajo migratoria en salud con países receptores; y, finalmente,
- Apoyar la producción del conocimiento en el tema de los recursos humanos en salud (RHUS), a través del establecimiento de compromisos de gestión con nodos institucionales de apoyo.

Esta visión de futuro se está operativizando ya en el Ecuador, mediante acciones concretas, factibles de ejecutarse con los recursos disponibles y en las condiciones políticas y de entorno actuales a través de un plan de acción, desglosado por objetivos, que tiene una característica fundamental de ser un plan ampliamente consensuado entre los actores del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano.



Dr. Jorge Albán Villacis
Director Ejecutivo Encargado

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

www.observatoriorh.org

Una Década de Recursos Humanos

Diversos movimientos y encuentros internacionales a lo largo de los últimos dos años han abogado a favor de establecer una iniciativa de diez años (2006-2015) para el desarrollo de los recursos humanos en salud. Un conjunto de países de las Américas han identificado desde hace tiempo los desafíos y las acciones necesarias de recursos humanos para su sistema de salud, y esta propuesta ha sido retomada con carácter regional por el Llamado a la Acción de Toronto en octubre de 2005.

Las tareas de una Década

Existe la convicción de que es necesario un proceso planificado y sostenido en el tiempo, ya que será necesario:

- Construir o reforzar la capacidad estratégica de las Unidades o Direcciones de Recursos Humanos de los gobiernos, muchas veces limitadas a asuntos de gerencia de personal
- Desarrollar la base de información que permita conocer la situación de disponibilidad, distribución y características del personal de salud, y las tendencias en su formación y migraciones.
- Promover una conciencia y un diálogo social sobre la importancia del trabajo en salud y sobre las necesidades de contar con mecanismos financieros que permitan que los trabajadores de salud se desempeñen en condiciones motivadoras y seguras.
- Crear y sostener en el tiempo sistemas de gerencia, carreras e incentivos que aseguren el empleo y motiven a los equipos de trabajadores a brindar servicios de calidad a toda la población.

- Lograr contar con una masa crítica de líderes en recursos humanos, que cuenten con la capacidad técnica y las herramientas para la gerencia del personal de salud.
- Unir a los servicios de salud y las universidades para producir planes conjuntos que atiendan al número y tipo de profesionales y técnicos requeridos por las necesidades del país.
- Crear nuevos paradigmas tales como la educación interprofesional y los nuevos enfoques de capacidades en los equipos de atención primaria en salud.

Vale la pena invertir diez años de esfuerzos?

- **Esta Inversión vale la pena.** Las personas que trabajan en salud son la condición fundamental para asegurar los resultados. Se ha demostrado la incidencia de los factores de disponibilidad de trabajadores de salud para disminuir la mortalidad materna, infantil, expandir la correcta atención del parto y la cobertura de vacunaciones. Las enfermedades emergentes, las posibles epidemias y los desastres han evidenciado a nivel mundial la vulnerabilidad de los sistemas de salud pública.

- **Una inversión de largo plazo con altos retornos.** El desarrollo de capacidades humanas y en las organizaciones es una inversión a largo plazo. Tiene altísimos retornos, pero debe invertirse en forma sostenida durante períodos largos. A veces los ciclos políticos son muy cortos y el apoyo de la comunidad internacional puede ayudar a sostener un esfuerzo que cada país aisladamente no sería capaz de realizar.
- **Una década perdida.** Durante la década de los 90, las reformas olvidaron la inversión en capacidades humanas y existió una demora en aceptar que los mecanismos de mercado no resolvían problemas tales como la migración incontrolada, el exceso de médicos especialistas o la falta de profesionales en zonas rurales. Durante los últimos años se acentuaron muchos de los desequilibrios y deberá hacerse esfuerzos prolongados para revertirlos.
- **De los cambios en el papel a los cambios en las conductas.** La formación de profesionales de salud puede ser cambiada fácilmente en el papel, pero ha demostrado en la práctica ser muy resistente a los cambios, por la conexión entre modelos mentales, los currículums no explícitos y el rol de los docentes en los cambios, que muchas veces constituyen una fuerza de mantenimiento del statu quo.

Qué hacer en una Década de Recursos Humanos en Salud?

Los países deberán orientarse hacia:

- Definir políticas y planes para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Todos estos procesos implican cambios profundos y encadenados: no será posible contar con equipos de trabajo interprofesionales sin modificar sistemas de educación; no será posible implantar nuevas carreras sin modificar los presupuestos y el espacio fiscal del sector salud; no será posible redistribuir el personal a las regiones desprotegidas sin adaptar los sistemas de formación, carreras e incentivos.

Muchas de estas actividades requerirán estudios de situación, desarrollo de sistemas informáticos, pruebas y rectificaciones de programas de enseñanza, nuevos esquemas de incentivos a aplicarse en forma gradual; otras requerirán diálogos políticos, búsqueda de consensos, construcción de una cultura de cooperación, aprobación de nuevas leyes.

Pero en todos los casos las mujeres y hombres que trabajan en los servicios de salud deberán aceptar nuevas ideas, utilizar nuevos conocimientos, aprender a colaborar en nuevas formas, y muchas veces cambiar su lugar de trabajo y su rol profesional. Nada de esto se consigue a corto plazo.

Por estas razones, es necesario pensar en un proceso de largo plazo: diez años de esfuerzos planificados. Los países de las Américas se han comprometido a colaborar entre sí para mantener el rumbo y medir el progreso.

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Resumen Ejecutivo:

Informe Estratégico de la Iniciativa de Aprendizaje
Conjunto en Recursos Humanos para la Salud
27 de Noviembre de 2004

La iniciativa de Aprendizaje Conjunto

The Joint Learning Initiative

Este análisis de la fuerza de trabajo en salud a nivel global hecho por la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto -un consorcio de más de 100 líderes de salud- propone la movilización y el fortalecimiento de los recursos humanos en salud. Esta tarea, muchas veces postergada, es crucial tanto para combatir las crisis en salud en algunos de los países más pobres del mundo como para construir sistemas de salud sustentables en todos los países. Casi todas las naciones tienen un número insuficiente de trabajadores de salud, una mala distribución de los especialistas, ambientes de trabajo sin recursos y poco estimulantes y una base de conocimientos insuficientes. Una fuerza laboral amenazada por el VIH/SIDA, migración de profesionales, y pocas e inadecuadas inversiones en este campo son crudas realidades especialmente en los países más pobres. Estrategias nacionales efectivas deberían ser emprendidas cuanto antes contando con el suficiente apoyo internacional. En última instancia, la crisis de recursos humanos es un problema de todos que requiere asumir una responsabilidad común para poder realizar una acción en conjunto. Las alianzas para la acción, que aquí se recomiendan, están dirigidas a fortalecer y mejorar el desempeño de todos los actores existentes al mismo tiempo que motivar y crear espacios para nuevos actores en salud.

El Poder de los Trabajadores de Salud

Después de un siglo donde se han producido los avances médicos y sanitarios más espectaculares en la historia de la humanidad, confrontamos una crisis en salud sin precedentes y de dimensiones íntimamente entrelazadas. Algunos de los países más pobres enfrentan crecientes tasas de mortalidad y caídas dramáticas de sus expectativas de vida, mientras que pandemias globales nos amenazan a todos¹.

Los avances logrados en la capacidad de extender la duración y la calidad de la vida de los seres humanos están perdiéndose debido a débiles sistemas nacionales de salud.

En la primera línea de defensa de la supervivencia humana, se encuentran trabajadores de salud muchas veces estresados, sobrecargados de tareas, que no cuentan con el respaldo necesario y cuyo número es absolutamente insuficiente. Por ello, están perdiendo la batalla. Muchos caen víctimas de la tensión. Otros tantos están muriendo, especialmente del SIDA. Y demasiados migran hacia las naciones más ricas buscando mejorar sus vidas y encontrarse con un trabajo mejor remunerado.

Los dramáticos retrocesos en salud que se experimentan hoy en día ponen en riesgo mucho más que la supervivencia humana de las naciones más pobres. Además amenazan la salud, el desarrollo y la seguridad de todo el planeta ya que el mismo es interdependiente. La manera como la comunidad mundial responda a estos desafíos marcará el curso de la salud global por el resto del siglo veintiuno. La crisis global de salud ocurre en un marco de pobreza masiva, desarrollo económico desigual e inestabilidad política.

¹ Alex de Waal y Alan Whiteside. 2003. "New Variant Famine: AIDS and Food Crisis in Southern Africa." *Lancet* 362 (9391): 1234-37.

Tres grandes problemas afectan a los trabajadores de salud y generan una acelerada y viciosa espiral de parálisis en respuestas adecuadas a la amenaza de enfermedades.

En primer lugar, la devastación del VIH/SIDA. Un número cada vez mayor de sobrecargas laborales, exponen a los trabajadores de salud a la infección y ponen a prueba su temple². Muchos están dejando de ser sanadores para convertirse en cuidadores de enfermos terminales,. Aunque las sociedades mas golpeadas son las del África Subsahariana, el virus esta difundiéndose rápidamente en lugares en riesgo en Asia, las Américas, y Europa Oriental. En segundo lugar, se esta acelerando la migración laboral, constituyéndose en una verdadera hemorragia de enfermeras y médicos que abandonan precisamente aquellos países que son los que menos pueden sobrellevar la “fuga de cerebros.”³ En tercer lugar, hay una tradición crónica de no invertir suficientemente en recursos humanos. Dos décadas de reforma económica y sectorial han limitado los gastos, congelado los nombramientos y salarios, y restringido los presupuestos del sector público. Como resultado de lo anterior, se han reducido y deteriorado los equipos, faltan las medicinas, y los ambientes de trabajo son inadecuados.⁴ Estas fuerzas han golpeado más duramente a los países frágiles políticamente que luchan por sacar adelante su economía.

A pesar de los problemas, dedicados trabajadores de salud a través del mundo han demostrado que su compromiso y determinación van más allá del simple cumplimiento del deber. Su firme motivación esta siendo finalmente compensada con nuevas prioridades políticas y mayores asignaciones financieras para salud. Ello ha ocurrido en gran parte gracias a una mayor preocupación pública por la epidemia del SIDA y al activismo social generado en relación a esta enfermedad. El dinero, a pesar que todavía esta lejos de ser suficiente, esta comenzando a fluir y las medicinas que ayudan a prolongar la vida de las personas seropositivas, son más baratas que hasta hace pocos años. Esta respuesta ha sido acompañada por las Naciones Unidas con una decisión más amplia e integral. Se trata de lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015. Estos objetivos globales, que tienen como un rasgo prominente a la salud, se han convertido en un punto focal de la cooperación internacional dispuesta a alcanzar metas específicas en un plazo determinado. Como consecuencia, están surgiendo nuevos actores, programas, mecanismos, y estrategias de financiamiento. Para aprovechar estas oportunidades es esencial contar con sistemas de salud fuertes y vibrantes.

2 Linda Tawfik Linda y Stephen N. Kinoti. 2003. “The impact of HIV/AIDS on the health workforce in Sub-Saharan Africa. Support for Analysis and Research in Africa Project (SARA).” USAID, Washington, D.C. September 2003.

3 S. Alkire y L. Chen. 2004 “Medical Exceptionalism in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently?” Global Equity Initiative, USA. Joint Learning Initiative Working Paper [http://www.globalhealthtrust.org].

4 Vasant Narasimhan, Vasant, Hilary Brown, Ariel Pablos-Mendez, Orvill Adams, Gilles Dussault, Gijs Elzinga, Anders Nordstrom, Demissie Habte, Marian Jacobs, Giorgio Solimano, Nelson Sewankambo, Suwit Wibulpolprasert, Timothy Evans, y Lincoln Chen. 2004. “Responding to the global human resources crisis.” Lancet 363 (9419): 1469-72.

Sin embargo, estos sistemas serán imposibles de conseguir sin trabajadores de salud, recurso primordial para el buen funcionamiento de los mismos. Es verdad que el dinero y las medicinas son necesarios, pero estos exigen la existencia de una fuerza laboral efectiva. Son las personas, no solamente las vacunas o medicamentos, las que previenen enfermedades y administran tratamientos. Los trabajadores son agentes activos, no pasivos, de los cambios en salud. Con sus salarios, que muchas veces representan dos tercios de los presupuestos de salud, articulan las diferentes partes del sistema y a la vez están a la vanguardia de la producción de salud.⁵

La evidencia demuestra que la fuerza laboral determina el desempeño de los servicios de salud.⁶ A través de la historia, los periodos de aceleración del desarrollo en salud han sido estimulados por movilizaciones populares de los trabajadores y de sus sociedades. Una mayor densidad de trabajadores de salud y mejor calidad de su trabajo –junto con la mejora de los determinantes sociales de la salud como la educación, el género, la equidad y un mayor ingreso– han incrementado la salud colectiva y la supervivencia humana.

La densidad de trabajadores de salud en una población puede hacer una enorme diferencia en la eficacia de las intervenciones para lograr los ODM. Por ejemplo, las proyecciones de alcanzar una cobertura de 80 por ciento para inmunizaciones contra el sarampión y atender los partos por

5 Peter Berman, Lisa Arellanes, Pamela Henderson, y Alessandro Magnoli. 1999. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts Network. LAC/HSR Health Sector Reform Initiative.

6 Anand, Sudhir y Till Baernighausen. 2004. “Human Resources and Health Outcomes: cross-country econometric study” Lancet 364: 1603-09 y World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press.

personal calificado, tendrían mayores posibilidades de éxito si la densidad de los trabajadores de salud excediese la tasa de 2.5 trabajadores por 1,000 habitantes.⁷ Setenta y cinco países con 2.5 miles de millones de habitantes están por debajo de este umbral mínimo.⁸

Nosotros estimamos que globalmente la fuerza de trabajo en salud se compone de más de 100 millones de personas. Sumados a los 24 millones de médicos, enfermeras y parteras que comúnmente son contabilizados, existen por lo menos tres veces más de individuos que informalmente realizan labores sanitarias ya sea en la medicina tradicional, en la comunidad, o como auxiliares de los profesionales de salud. La mala distribución de los profesionales es severa y perversa. El África Subsahariana cuenta tan solo con un décimo de enfermeras y médicos para su población en relación a los que tiene Europa. Etiopía tiene un quinto de los profesionales para su población de los que posee Italia.

Con variaciones tan extremas, cada país debe diseñar una estrategia para su fuerza laboral que sea adecuada a sus necesidades de salud y al mejor uso de sus valiosos recursos. En este proyecto hemos ordenado a 186 países en cinco grupos (Gráfico 1). Para ello los hemos clasificado primero en países de baja, media y alta densidad de trabajadores de salud (considerando de baja densidad aquellos que más abajo de 2.5 trabajadores de salud por mil habitantes, los de media en el rango 2.5 y 5.0, y de alta densidad los que están por encima de 5.0 trabajadores por mil habitantes). Asimismo, hemos subdividido a los países de baja y alta densidad teniendo en cuenta la alta o baja mortalidad de los niños menores de cinco años. Entre los países de baja densidad, 45 son predominantemente de baja densidad y alta mortalidad infantil, y además son mayoritariamente del África Subsahariana, adonde existe una doble crisis de crecientes tasas de mortalidad y débiles sistemas de salud. Los restantes 30 países de baja densidad, están mayormente en Asia y América Latina. Estas regiones son además predominantes para 42 naciones que tienen una densidad media. En el grupo de países que tienen una alta densidad, 34 tienen también una baja mortalidad infantil, y todos son países ricos, generalmente miembros de la OECD. Algunas características importantes entre los restantes 35 países que tienen una alta densidad, es el de ser economías de transición o exportadores de profesionales de salud.

Todos estos países, ricos y pobres, sufren de desajustes y desequilibrios numéricos, geográficos, y de especialidades en su fuerza de laboral, y sin duda pueden acelerar sus logros invirtiendo y administrando su fuerza laboral sanitaria de manera más estratégica.

⁷ La densidad de trabajadores se refiere a la densidad de médicos, enfermeras y parteras donde exista información. Es importante señalar que la información sobre la cantidad de grupos de trabajadores de salud es limitada. La relación entre la vacunación por sarampión y la cobertura y calificación del personal atendiendo partos aparece en el Gráfico 2.

⁸ Basado en las estimaciones de la OMS sobre personal de salud "WHO Estimates of Health Personnel: physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists." WHO Headquarters, Geneva.

Manteniendo una perspectiva global, este proyecto se ha concentrado en los países de baja densidad y alta mortalidad infantil en niños menores de cinco años, debido a la gravedad de sus situaciones sanitarias. Con respecto a los retos globales nuestras conclusiones más importantes son:

Déficits globales. Existe una inmensa escasez global de trabajadores de salud. Estimaciones, todavía algo generales, permiten calcular que son necesarios más de cuatro millones de trabajadores. Los países de África Subsahariana tienen que casi triplicar el número actual de trabajadores de salud, a través de actividades de retención, reclutamiento y entrenamiento, si pretenden lograr los ODM para salud.

Desajustes en las habilidades. Casi todas las naciones sufren de marcadas desigualdades en las habilidades de sus trabajadores de salud. En algunos la mezcla de habilidades está inclinada hacia los médicos y los especialistas. En muchos se posterga el logro de una combinación donde la salud pública basada en la población sea lo prioritario. Muchos países deben renovar sus planes de salud hacia una fuerza de trabajo que refleje mejor sus necesidades, especialmente promoviendo el desarrollo de trabajadores comunitarios y auxiliares del trabajo sanitario.

Malas distribuciones. Casi todos los países sufren de una mala distribución de sus trabajadores de salud, agravada por migraciones no planificadas. Asimismo, la concentración urbana de los trabajadores es un problema generalizado. Mejorar la equidad al interior de los países requiere incorporarlos a comunidades rurales y marginales, así como retenerlos en estos lugares. En muchas naciones existe además una mala distribución entre los sectores públicos y privados. La inequidad internacional se ve agravada por la migración internacional no planificada, con la consiguiente pérdida de enfermeras y médicos, lo que debilita aun más la situación en naciones pobres que exportan estos profesionales.

Ambientes de trabajo inadecuados. Casi todos los países deben mejorar sus ambientes de trabajo dándole mayor relevancia a las buenas prácticas en salud con respecto al manejo apropiado de los recursos existentes, disponibilidad de insumos y existencia de equipos adecuados. Al mismo tiempo deben establecerse tanto incentivos monetarios como no financieros para retener y motivar a los trabajadores de salud. Las voces de los trabajadores de salud deben ser escuchadas.

Conocimiento limitado. Una débil base de conocimiento sobre la fuerza laboral en salud impide la planificación, adecuadas políticas de promoción de la misma y la efectiva operación de programas de salud. Información dispersa e insuficiente, datos fragmentados y pocas investigaciones, son deficiencias que deben ser remediadas.

Estrategias de recursos humanos en salud. Las evidencias confirman que la fuerza laboral mejora el desempeño de los sistemas de salud, cuando cuenta con estrategias efectivas. Ello puede ocurrir inclusive bajo circunstancias difíciles.⁹ El camino fundamental para alcanzar los ODM es a través de los trabajadores; no hay atajos. Los trabajadores, por su puesto, no son la panacea. Construir una fuerza de trabajo con un alto desempeño requiere de un esfuerzo enorme, consistente y sostenido en el tiempo. Para que los trabajadores sean efectivos en su quehacer, deben contar con medicamentos y equipos. Y para que puedan usar eficientemente los mismos deben estar motivados, calificados y debidamente apoyados.

La fuerza laboral sanitaria puede lograr enormes ganancias en su propia eficiencia si se cuenta con estrategias de desarrollo apropiadas. Estas estrategias para ser exitosas tienen que radicarse y ser dirigidas desde los países, enfatizando el trabajo en las comunidades locales como la primera prioridad y contando con la ayuda internacional.

Toda estrategia debe tener un enfoque que asegure el acceso de toda familia a un trabajador de salud motivado, con habilidades y debidamente apoyado.

La base del sistema de los trabajadores de salud implica frecuentemente el apoyo de miembros de su familia, parientes, amigos, es decir una suerte de "fuerza laboral invisible" generalmente formada por mujeres.¹⁰

Esta labor es igualmente apoyada por una serie de practicantes de la salud y sanadores, formales e informales, y en muchos lugares por una verdadera comunidad de practicantes de salud. Además de esta primera línea de proveedores de cuidados de

salud, existen diversos tipos de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y administradores no médicos que permiten que la práctica de la salud sea efectiva. Reconociendo una diversidad extraordinaria en los patrones de organización de los trabajadores sanitarios, todas las estrategias deberían promover el engranaje con la comunidad, de tal manera que estas últimas contribuyan al reclutamiento y la retención de los trabajadores. Asimismo, esta relación debe servir para que los trabajadores de salud rindan cuentas a la comunidad de su desempeño.

Los puntos de apoyo para el desarrollo de la fuerza laboral de salud son los gobiernos porque establecen políticas y sientan las bases del financiamiento, la educación y la operación del sector público. Asimismo, son los gobiernos los que regulan al sector privado. La diversidad de las circunstancias nacionales significa además que las soluciones deben ser adaptadas a la problemática específica de cada nación. Sin embargo, todas las estrategias deben tomar en cuenta cinco aspectos cruciales —el engranaje con líderes y otros actores locales, la planificación de las inversiones en capital humano, la gestión del desempeño en el trabajo, el desarrollo de políticas facilitadoras y la construcción de capacidades al mismo tiempo que se evalúan los resultados.

El desarrollo de una fuerza laboral adecuada no es solo el resultado de un proceso técnico; es también un asunto político. Demanda la construcción de una coalición sólida por la acción que comprometa a todos los actores en juego que muchas veces tienen diversos intereses. Los trabajadores de salud deben estar al centro de esta coalición pero esta alianza debe ir más allá del sector de salud comprometiendo a los sectores financieros, de educación y a otros ministerios. Al mismo tiempo, debe trascender los gobiernos para llegar a líderes académicos, asociaciones profesionales, sindicatos, instituciones educativas y organismos no gubernamentales. Todos deben estar comprometidos en el establecimiento de metas nacionales, el diseño de estrategias

9 Véase World Bank. 2004. World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People. World Bank/Oxford University Press así como World Health Organization 2000. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. y también de WHO 2003. "The Costa Rican health system: Low cost, high value." Bulletin of the World Health Organization. 81(8):626-627.

10 UNDP (United Nations Development Programme). 1995. Human Development Report 1995: Gender and Human Development. New York: Oxford University Press.

adecuadas, la elaboración de los planes necesarios y la implementación de políticas y programas. Buenos bancos de datos nacionales, casi siempre inexistentes adonde más se necesitan, son esenciales para informar y guiar estos esfuerzos.

Para lograr un mejor desempeño de la fuerza laboral, se requiere aunar los esfuerzos de los sectores de educación y salud con el fin de alcanzar tres objetivos centrales: cobertura, motivación y competencias (Gráfico 2). Las estrategias de cobertura promueven el equilibrio numérico de los trabajadores de salud, las mezclas de habilidades más apropiadas y la llegada a las poblaciones más vulnerables. Las estrategias de motivación se centran en una remuneración adecuada, en un ambiente de trabajo positivo, oportunidades para el desarrollo laboral, y el respaldo de los sistemas de salud. Las competencias son fomentadas a través de la educación de las actitudes y las destrezas apropiadas, creando las condiciones para un aprendizaje continuo y cultivando el liderazgo, el espíritu emprendedor y la innovación. Todos estos esfuerzos deben estar orientados hacia la construcción de capacidades nacionales. Tanto los avances como los retrocesos deben ser monitoreados para poder realizar las correcciones que sean necesarias en forma oportuna.

Una responsabilidad global. Estas tareas deben ser compartidas porque ningún país puede comportarse como una isla en el desarrollo de su fuerza de trabajo. Los flujos transnacionales laborales, de conocimiento, y de financiamiento implican que estrategias nacionales exitosas dependan de un apoyo internacional apropiado. Algunos de estos flujos pueden dejar consecuencias negativas en salud; por ejemplo, la “la fuga de cerebros” de los países emisores. Sin embargo, con frenos apropiados estos flujos pueden tener un gran potencial—haciendo predominantes las mejores prácticas y apelando a los mejores ejemplos de cooperación externa.

Un aspecto muy importante es un mejor manejo de los flujos transnacionales de profesionales médicos especializados. La migración de médicos y enfermeras se parece a un carrusel con múltiples posibilidades de entradas y salidas pero generalmente orientándose de regiones de bajos ingresos a las de altos ingresos.¹¹ Estos flujos migratorios pueden producir beneficios pero al mismo tiempo generar muchos daños. Debido a que un bloqueo del movimiento de personas es una violación a los derechos humanos y es frecuentemente imposible de imponer, un manejo global de la migración médica debería buscar proteger tanto a la salud como a los derechos humanos—amortiguando las fuerzas de impulso para retener el talento localmente y reduciendo las fuerzas de atracción, y buscando en lo posible la autosuficiencia educativa.¹²

11 Véase S. Alkire y L. Chen 2004 *ibid* así como D. Ncayiyana, 1999. “Doctor migration is a universal phenomenon.” *South African Medical Journal* 89 (11): 1107.

12 D. Dovlo. 2003. “Background Paper for Consultative Workshop on HRH in East Central and Southern Africa, 21-25 July 2003, Arusha, Tanzania”.

Las oportunidades globales deben ser ampliadas masivamente incrementando las inversiones educativas en los países que son la fuente de la emigración profesional y en la aceleración de “flujos revertidos” apropiados de trabajadores de salud desde las naciones mejor dotadas a los países deficitarios.¹³

El enorme potencial que significaría frenar el flujo transnacional de conocimiento y fuerza laboral sigue siendo un asunto pendiente. La difusión del conocimiento explica muchos de los avances espectaculares en salud en el siglo pasado. Sin embargo, los datos sobre la fuerza laboral sanitaria e investigación sobre este tema siguen siendo insuficientes. Las estrategias deben enfocarse en establecer puentes entre el conocimiento y la acción, en promover el acceso de la información y en fortalecer una amplia base de conocimientos. De especial importancia es inculcar una cultura de la investigación y promover la difusión de la innovación en las mismas.

Después de una década de estancamiento, la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD), otro flujo transnacional de gran potencial, esta experimentado un auge. Estimamos que para el año 2002 la AOD alcanzo un total de 57 miles de millones de dólares americanos, de los cuales 13 por ciento fueron dirigidos a salud (y hoy en día esta cifra se aproxima a los 10 miles de millones de dólares americanos). La mayoría de los nuevos recursos están dirigidos al VIH/SIDA en el África Subsahariana. Asimismo, alrededor de entre 30 y 50 por ciento, o cerca de cuatro miles de millones de dólares americanos de la asistencia para el desarrollo en salud, están dedicados a recursos humanos como salarios, beneficios, entrenamiento, educación, asistencia técnica y desarrollo de capacidades.

Los actuales patrones de gastos en recursos humanos son fragmentados e inefectivos. Para invertir de una manera más estratégica, debe mejorarse

13 G. Mutume. 2003. “Reversing Africa’s brain drain.” *Africa Recovery* 17 (2): 1-9.

drásticamente la coherencia entre las prioridades de los donantes y las políticas que se implementan, cambiando las actitudes tradicionalmente negativas sobre el comportamiento y el significado de los trabajadores de salud para pasar a considerarlos como una inversión decisiva. Para ello se requiere armonizar las categorías de los trabajadores sanitarios pertenecientes a programas que a veces entran en competencia. Asimismo, se deberá establecer políticas fiscales que apoyen el mejoramiento de la fuerza laboral.

Para países con una emergencia de salud, ciertas agencias financieras internacionales deben permitir elevar el gasto público con el fin de que un mayor aporte de otros donantes permita movilizaciones masivas de trabajadores de salud cuando sea necesario.

Poniendo a los trabajadores primero

Llamamos a una acción inmediata para impulsar decisivamente el poder de los trabajadores de salud por una salud global equitativa y el desarrollo. El imperativo para la acción surge de la urgencia de la crisis de salud, de las oportunidades únicas que se presentan hoy en día, y de las posibilidades que ofrece el conocimiento existente, si es aplicado correctamente y con energía, para salvar muchas vidas. No existe duda alguna sobre el costo de la inacción: un fracaso en la consecución de los ODM, el surgimiento de epidemias sin control y las pérdidas innecesarias de muchas vidas. Lo que está en juego es nada menos que el destino de la salud global y del desarrollo durante el siglo veintiuno.

La urgencia de la situación demanda una respuesta excepcional por parte de la comunidad global. La solución debe basarse centralmente en los países y debe ser dirigida desde los países. Toda iniciativa global que quiera ser efectiva tiene que ser implementada, planeada y apropiada en contextos nacionales específicos. Esa respuesta debe ser además multinacional. Las aproximaciones técnicas por sí solas no van a resolver los problemas, requiriéndose especialmente un financiamiento adecuado, un liderazgo sólido y el compromiso político nacional y local. Asimismo, la respuesta debe ser inclusiva, comprometiendo a todos los actores, grupos e instituciones interesadas, incluyendo a aquellos que no pertenecen al sector salud y a los organismos no gubernamentales. En los países más pobres, la solución debe incluir también conductas apropiadas por parte de la comunidad internacional, debido a que los recursos externos siempre son necesitados para complementar los recursos locales.

Seguir haciendo más de lo mismo no va a funcionar. La credibilidad misma de las instituciones de salud nacionales, regionales y globales está en riesgo. Las emergencias de salud, los sistemas de salud colapsando, y las crisis de los recursos humanos en salud, no pueden ser restringidas ni contenidas en los países más pobres. Estos son, en última instancia, problemas globales comunes. Fortalecer la fuerza laboral en salud es un reto que requiere de soluciones desarrolladas en conjunto, es decir constituye una responsabilidad de todos. La clave para impulsar un futuro común en salud en común es integrar la acción de todos los actores responsables tanto para combatir las crisis como para construir sistemas sustentables.

Para guiar estas actividades debe establecerse la “Década de los Recursos Humanos para la Salud” (2006–2015) e implementarla a través de alianzas centradas en la acción. Contribuir a que la fuerza laboral responda a las necesidades nacionales de salud va a requerir esfuerzos sostenidos en el tiempo, no puede ser una moda pasajera. El plazo propuesto coincide con los 10 años que quedan para alcanzar los ODM. Las agencias, las instituciones educativas, las asociaciones profesionales, los organismos no gubernamentales, y las iniciativas privadas deben orientarse por una agenda que priorice tres aspectos (Gráfico 3). Primero, el fortalecimiento de sistemas de salud sustentables en todos los países. En segundo lugar, la movilización para combatir las emergencias de salud en las naciones en crisis. Finalmente, la construcción de una base de conocimientos para todos.

El fortalecimiento de sistemas de salud sustentables. Todos los países, pobres o ricos, deberían tener un plan nacional sobre los trabajadores de salud, adaptado a su situación y adecuado a la solución de sus necesidades de salud. Estos planes deben asegurar el acceso de cada familia a un trabajador de salud motivado, apoyado y con las habilidades requeridas. Donde sea posible, ese trabajador debería ser reclutado en, responsable ante y apoyado por la comunidad. Nuestras recomendaciones más específicas son:

- Todos los países deben desarrollar un plan estratégico nacional de mejoramiento y desarrollo de la fuerza laboral sanitaria para guiar y mejorar las inversiones en recursos humanos como el componente central del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud.
- Los líderes académicos de las instituciones educativas así como los líderes de salud en los ministerios deben iniciar diálogos para desarrollar una fuerza de trabajo de salud apropiada y efectiva, para contribuir a formar núcleos articulados de trabajadores para enfrentar las necesidades prioritarias de salud.

- Todos los países deben examinar e incrementar sus inversiones para tener una educación apropiada. Asimismo, deben aumentar la producción y retención de sus recursos humanos.
- Se deben elaborar normas, e incluso legislación apropiada, internacionales que reconozca el carácter “excepcional” que tiene la migración médica, velando, al mismo tiempo, por los derechos humanos que protegen la libre circulación de las personas, y también por la salud de las poblaciones más vulnerables. Apoyamos la acción nacional tanto en los países emisores como en los receptores, pero no la “compensación” internacional debido a su poca viabilidad. En cambio, urgimos el lanzamiento de un fondo global de reinversión educativa en los países del sur. Asimismo, es imprescindible promover los “flujos revertidos” de las diásporas, incluyendo a los voluntarios, así como los intercambios de trabajadores, cuando sean apropiados.
- Los responsables de las políticas financieras y de salud deben trabajar juntos para asegurar un ambiente financiero que facilite el mejoramiento y el desarrollo de la fuerza laboral en salud. Los donantes deben armonizar sus aportes para utilizar por lo menos 10 por ciento, o sea 400 millones de dólares americanos, de los 40 miles de millones de dólares gastados en recursos humanos para fortalecer las capacidades de manejar estos recursos en los propios países. De los 400 millones, el 10 por ciento o sea 40 millones, deberían destinarse al fortalecimiento tanto técnico como de la política de cooperación relacionada con los recursos humanos, a nivel regional y global (Gráfico 4).

Movilizándose para combatir las emergencias de salud.

Es urgente que en las naciones severamente afectados por el VIH/SIDA, especialmente aquellos del África Subsahariana, se realicen movilizaciones populares para revertir la crisis de supervivencia humana. Los países en crisis deben evaluar en que medida su fuerza laboral es adecuada, y movilizar el apoyo necesario para delegar funciones esenciales de salud a trabajadores comunitarios bien entrenados. El apoyo de los donantes, los organismos regionales, y las organizaciones globales es fundamental para una efectiva implementación de estas acciones. Al respecto nuestras recomendaciones específicas aparecen en los siguientes párrafos.

En primer lugar, necesitamos urgentemente desarrollar las estrategias necesarias para movilizar, retener y capacitar a trabajadores de salud tanto para combatir el VIH/SIDA como para enfrentar otros problemas prioritarios. Ello debe ser parte de un esfuerzo amplio para construir sistemas de atención primaria de salud. La situación exige que los países del África Subsahariana tengan que casi triplicar el número de sus trabajadores de salud. Ello significa añadir el equivalente a un millón de trabajadores. Los nuevos agentes sanitarios deben actuar en ambientes de trabajo estimulantes que los alienten y les permitan ser productivos. En segundo lugar, debemos atraer la experticia nacional, regional y global a través de redes “virtuales” o “operativas” que permitan diseminar las mejores prácticas y ofrecer apoyo técnico efectivo a acciones

basadas y dirigidas desde los países. Finalmente debemos formular una política y un ambiente financiero para establecer políticas macroeconómicas que apoyen estos cambios, generando fondos sustantivos y coherentes para enfrentar el VIH/SIDA y otros problemas prioritarios. Estas políticas deben ser consistentes con los planes nacionales de recursos humanos en salud. Los programas de control de enfermedades deben alcanzar sus objetivos prioritarios a la vez que fortalecen, y no contribuyen a fragmentar, una fuerza laboral sustentable.

Construyendo la base de conocimiento.

Una acción efectiva, que es urgente y debe ser sostenida, requiere de información sólida, análisis confiables y una firme base de conocimientos. Sin embargo, los datos estadísticos y las investigaciones en recursos humanos en salud esta subdesarrollados, especialmente en los países de menor densidad y de mayor mortalidad infantil.

Deben iniciarse procesos de aprendizaje nacionales y globales para rápidamente construir una base de conocimientos; esencial para guiar, acelerar y mejorar la acción en este campo. Se debe difundir intensivamente una cultura científica basada en un mayor conocimiento sobre el tema de los recursos humanos. Sobre esto nuestras recomendaciones específicas aparecen a continuación.

Primero, todos los países deben fortalecer sus datos nacionales, bases de información, así como el análisis e investigación sobre recursos humanos en salud. Se debe conocer cuantos son todos los actores sociales y cuales son sus atributos sociales. Al mismo tiempo se debe conocer sus funciones de trabajo. Toda esta información serviría para mejorar el planeamiento, las políticas, y los programas de salud.

Segundo, se deben aumentar rápidamente la investigación sobre las normas que rigen la fuerza laboral, los estándares y las mejores prácticas de las mismas. Debemos diseminar los resultados de nuevos, y mejores estudios para elevar la efectividad de la fuerza laboral.

En tercer lugar, los donantes, tanto nacionales como internacionales, deben incrementar y mejorar de una manera significativa sus inversiones dirigidas a la obtención de información y conocimiento sobre recursos humanos. Es importante considerar que además de fortalecer las acciones nacionales, estas inversiones pueden proporcionar un bien público de interés y valor global.

Una agenda inconclusa: Acción y Aprendizaje

Implementar esta agenda de trabajo requiere de acciones inmediatas y respaldadas por diversos procesos de aprendizaje. Debemos iniciar un circuito virtuoso de acción, aprendizaje, ajuste y crecimiento, aún cuando no tengamos ahora todas las respuestas ya que debemos actuar con lo que sabemos debido a que la situación es urgente. Teniendo en cuenta que las acciones claves corresponden a los gobiernos nacionales, llamamos a los líderes nacionales a implementar estas recomendaciones. Asimismo, hacemos un llamado a las agencias internacionales, especialmente a la Organización Mundial de la Salud, al Banco Mundial y también a la UNDP, UNESCO, al Fondo Global contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, a la Alianza Global de Vacunas e Inmunizaciones (GAVI), al Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para asistir el SIDA y a otros, a apoyar acciones nacionales coherentes. Podemos fortalecer sistemáticamente estas alianzas para la acción, mediante una planificación realizada en colaboración y de una retroalimentación regular. De esta manera, los actores internacionales podrán jugar un rol más efectivo en el desarrollo de los recursos humanos por la salud tanto en el nivel nacional como en el comunitario.

Nuestra propuesta también incluye además establecer un organismo nogubernamental por cinco años denominado: "Iniciativa de Acción y Aprendizaje". Este organismo servirá para impulsar las recomendaciones de la Iniciativa de Aprendizaje Conjunto y realizar abogacía, promoción del aprendizaje compartido y monitoreo de los progresos alcanzados. Operando a través de redes con nodos en la mayoría de las regiones del mundo, esta iniciativa de acción-aprendizaje estará "al pie del cañón" para mantener la llama viva en todos los grupos de grupos que tienen una responsabilidad en este campo.

La ventaja de una alianza para la acción es que las actividades más críticas pueden ser realizadas por las organizaciones existentes, sin crear un programa oficial o una alianza global adicional que además de burocrático puede resultar demasiado caro. Sin embargo, el éxito depende, en cuanto las instituciones existentes estén dispuestas a mejorar significativamente sus capacidades y rendimiento. Las agencias oficiales requieren urgentemente asumir roles de liderazgo en las áreas en que son fuertes, mientras que las instituciones académicas no ligadas al gobierno, las asociaciones profesionales y las organizaciones sociales deben ser estimuladas a unirse a este trabajo, tanto directamente como ayudados por la Iniciativa de Acción y Aprendizaje. Es imposible subestimar la importancia que tiene la respuesta afirmativa a este llamado de acción. Lo que está en juego es nada más ni nada menos que la "agenda inconclusa" del siglo pasado y el enfrentamiento con los retos sin precedentes en salud de este nuevo siglo. Millones de personas en todo

el mundo están atrapados en una espiral viciosa de enfermedad y muerte. Para muchos de ellos no hay mañana sin acción efectiva ahora. Mucho puede alcanzarse a través de una rápida movilización de la fuerza de trabajo en salud y de inversiones responsables para construir una infraestructura humana más fuerte y sustentable. Lo que hagamos, y lo que dejemos de hacer, señalará el curso de la salud global en el siglo veintiuno.

La Iniciativa de Aprendizaje Conjunto en Recursos Humanos para la Salud (Joint Learning Initiative, JLI) es una red independiente de más de 100 líderes de salud de todo el mundo que a través de siete grupos de trabajo examinaron y elaboraron un panorama del campo de los recursos humanos en salud con el fin de identificar estrategias para fortalecer el desarrollo de la fuerza laboral en salud. Mas información sobre el JLI aparece en el sitio de internet: www.globalhealthtrust.org.

Gráfico 1: Atlas Mundial de la Densidad de los Trabajadores de Salud

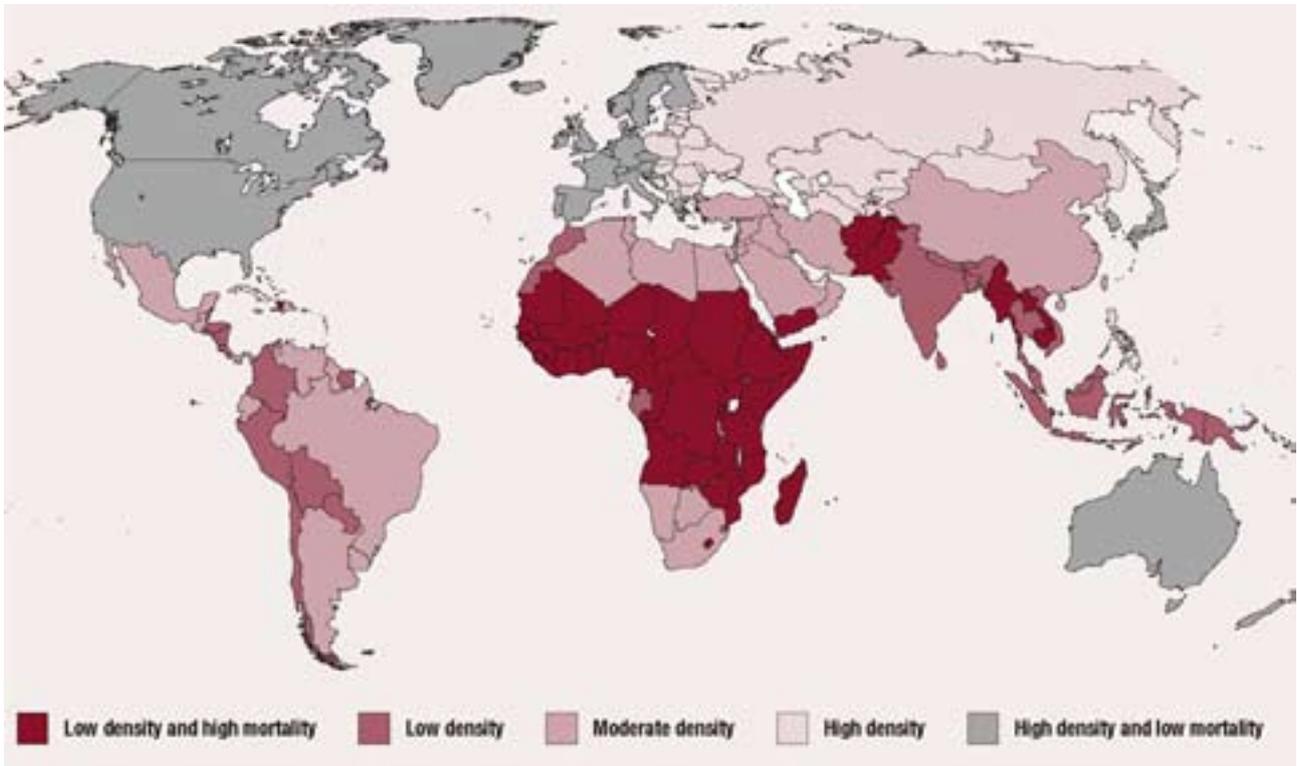


Gráfico 2: Administrando para el desempeño

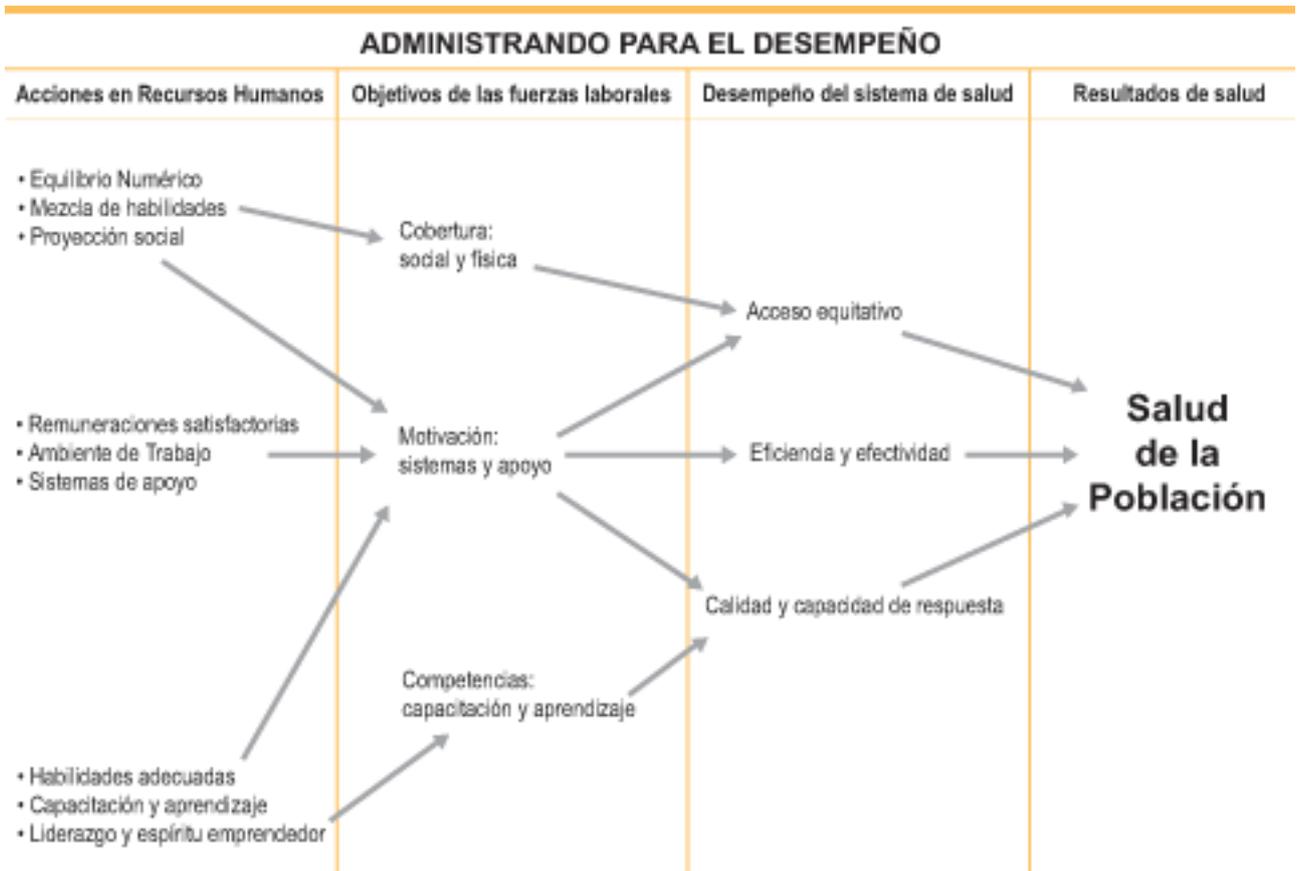


Gráfico 3: Alianzas para la Acción en la Década de los Recursos Humanos para la Salud

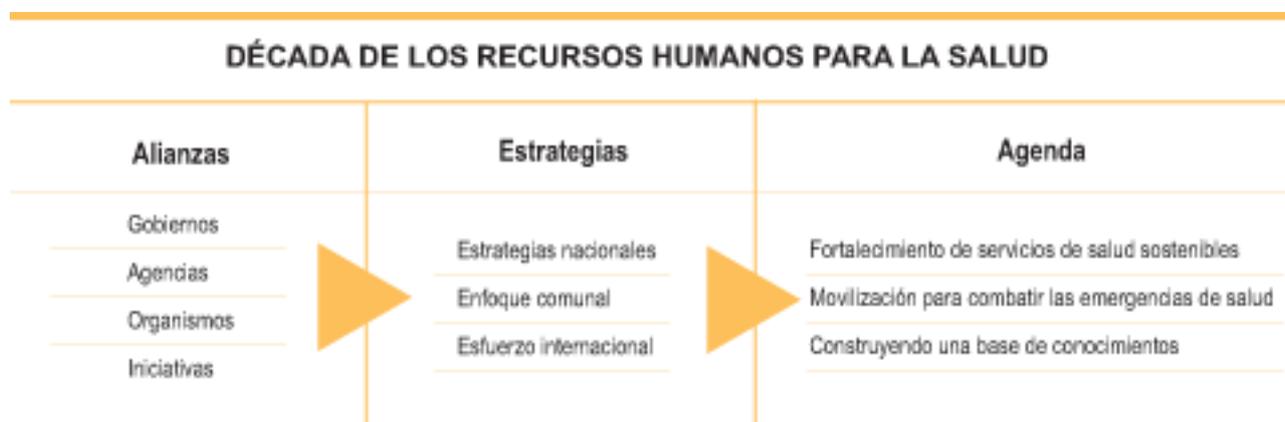


Gráfico 4: Asistencia Oficial para el Desarrollo en Recursos Humanos para la Salud



EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Felix Rigoli

Mestre em Saúde Pública, Mestre em Administração de Saúde, Assessor Regional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS), e-mail: rigolife@paho.org

Cristianne Famer Rocha

Doutora em Educação, Mestre em Educação, Técnica em Educação junto ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), e-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

Allison Annette Foster

Consultora Temporária da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS), e-mail: fosteral@paho.org

Desafíos críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [online]. 2006, vol. 14, no. 1 [citado 2007-01-12], pp. 7-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1169200600010002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692006000100002

Desafíos críticos de los Recursos Humanos en Salud: Una Visión Regional

Este texto presenta el contexto y antecedentes, la metodología y algunos de los principales resultados de la Consulta Regional sobre los desafíos críticos de los recursos humanos en salud en la Región de las Américas. La Consulta, realizada en junio y julio de 2005, hizo parte de la estrategia de la Organización panamericana de Salud (OPS/OMS) para la organización de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos, realizada en Toronto (Canadá). Se presentan los principales resultados y las sugerencias formuladas por los actores consultados en relación al papel de la cooperación internacional en los países de la Región, a fin de que los países y las agencias internacionales puedan formular estrategias comunes de desarrollo y fortalecimiento de la fuerza laboral en el campo de la salud.

Descriptor: recursos humanos en salud; desafíos; redes comunitarias; Américas.

En relación al contexto y los antecedentes

En los años noventa, se produjeron transformaciones profundas en los sistemas de salud de muchos países. Esas transformaciones, en general, se focalizaron en la estructura de los sistemas de servicios de salud, con énfasis en la descentralización, en la separación de funciones, en el financiamiento y a prestación de servicios, en la introducción de mecanismos de mercado y en el cambio del papel del Estado.

Mientras tanto, varios problemas persisten - tales como la inequidad en el acceso a los servicios, el descuido con los aspectos de salud colectiva, la dificultad de las autoridades sanitarias para conducir el sector - y en algunos casos aumentaron, configurando puntos para una agenda regional pendiente para los próximos años.

Muchos de los problemas de esa agenda inconclusa se encuentran asociados -casi siempre de forma genérica- con los recursos humanos. Los cambios en las estructuras agotaron su efecto y los países comienzan a darse cuenta que sin cambios en los comportamientos y capacidades de los trabajadores de salud, las reformas no producirán sus efectos y -aún peor- pueden estar produciendo efectos contrarios a los deseados.

En busca de una acción conjunta para los países de la Región de las Américas, la OPS, el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario organizaron la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud¹, en Toronto, en octubre de 2005, para definir orientaciones estratégicas que permitan enfrentar los desafíos críticos sobre recursos humanos para la salud.

La finalidad de la Reunión de Toronto fue buscar construir un acuerdo entre

¹ Para mayores informaciones sobre los Observatorios de Recursos Humanos consultar: <http://www.lachsr.org/observatorio/esp/>

los países de las Américas en relación a las orientaciones estratégicas que apoyen la elaboración de planes nacionales que permitan a los países de la Región alcanzar sus objetivos prioritarios de desarrollo de recursos humanos y superar sus desafíos más urgentes durante los próximos diez años - la Década de los Recursos Humanos en Salud².

Para esto, cada uno de los países participantes fue invitado a realizar consultas nacionales con actores sociales relevantes, con el fin de identificar tanto sus objetivos de largo plazo para el desarrollo y la gestión de los recursos humanos, así como sus problemas/necesidades críticas.

Cada país tiene problemas particulares y desequilibrios en su fuerza de trabajo en salud y, muchas veces, estos problemas y desequilibrios afectan de forma diferente regiones distintas en el mismo país, ya que:

- Pocos países consiguieron definir de forma satisfactoria un diagnóstico de la situación de recursos humanos y una política de largo plazo para enfrentar los problemas identificados;
- Muchos de los países de la Región, con diferentes fases de desarrollo, consideran insatisfactorias la cantidad, la adecuación y la capacidad del personal de acuerdo con las necesidades del país;
- La escasez y los desplazamientos de los trabajadores de salud y, en especial, de profesiones críticas para los servicios de salud superan, en muchos casos, la capacidad de los países de garantizar niveles mínimos de atención, muchas veces en las zonas o actividades que más lo necesitan;
- Inclusive en aquellos casos en que los países tienen cantidades suficientes de trabajadores de salud, los sistemas de gestión del trabajo no siempre permiten a estos trabajadores brindar los mejores servicios de forma productiva y con calidad.
- A pesar de que existen muchas experiencias de aproximación entre los organismos de formación de profesionales y los servicios de salud, es raro que exista una compatibilidad entre los perfiles educacionales y las competencias requeridas por los servicios.
- La planificación y regulación de los recursos humanos parece una atribución del Estado siempre que los servicios de salud conformen un sistema sobre el cual el Estado o, más concretamente, los Ministerios de Salud, no siempre mantienen un control y capacidad de decisión directa. Sin embargo, este puede no ser el caso en un buen número de países, donde el mercado tiene una influencia preponderante en el funcionamiento de los servicios de salud.

2 Propuesta de Joint Learning Initiative. Ver: Human Resources for health, overcoming the crisis. Joint Learning Initiative. Harvard University Cambridge, Massachusetts, 2004. Disponible en: http://www.globalhealthtrust.org/report/Executive_Summary_Portuguese.doc

Sobre la Consulta regional

Durante los meses de junio y julio de 2005, la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos (HR) de la OPS/OMS realizó una consulta sobre los desafíos críticos en relación a la gestión y educación de los recursos humanos en la salud. Se enviaron formularios³ a los puntos focales nombrados por las Autoridades Sanitarias Nacionales de un total de 28 países. **De estos países, 26 (92,8%) participaron de la Consulta** (24 enviaron los formularios completados y 2 enviaron documentos complementarios con las informaciones solicitadas).

Los países que enviaron respuestas a la Consulta fueron:

Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Trinidad & Tobago y Uruguay.

La Consulta, estructurada a partir de cinco desafíos críticos que se detallan a continuación, buscó orientar reflexiones en las siguientes direcciones:

- Evaluar la importancia de los desafíos presentados para los actores consultados;
- Cómo se encuentran actualmente los países en relación a cada uno de estos desafíos;
- Cuáles son las posibilidades de formulación de estrategias comunes para los países de la Región, con el fin de la superación de cada uno de los desafíos existentes.

3 Los formularios fueron enviados electrónicamente a los puntos focales y colocados a la disposición de todos en la homepage de la Consulta: <http://www.campusvirtualsp.org/observatorio/esp/survey.html>. Por esto, además de las respuestas recibidas por los puntos focales de los países, existieron otras enviadas por personas o grupos que respondieron a la Consulta directamente a través del site.

Además, para cada uno de los Desafíos mencionados, se presentó un determinado número de condiciones consideradas necesarias para la superación del desafío y se les solicitó a los actores consultados que opinasen hasta qué punto tales condiciones son realmente necesarias y cuál ha sido la inversión realizada o las acciones concretas iniciadas hasta el momento por los países, en cada uno de los procesos analizados. Los actores consultados tuvieron que calificar el grado de desarrollo de cada uno de los desafíos y condiciones presentados en una escala de 1 a 5 (de nada desarrollado a satisfactoriamente desarrollado respectivamente), obteniéndose valores medios para la Región de las Américas. La consulta realizada tuvo como objetivo evidenciar, a partir de la formulación de cinco desafíos críticos, la importancia de los temas presentados para los actores consultados, ya que se pretende que el programa de colaboración conjunta - interna en los países, entre los países, y entre ellos y las agencias y organismos de cooperación internacional - sea construido sobre la base de las recomendaciones resultantes de los procesos de consulta realizados.

El objetivo es que tanto los perfiles de los países como las informaciones resultantes de las consultas señalen caminos posibles para superar los desafíos críticos considerados:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
4. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda población.
5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de salud para un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

En relación a algunos resultados

Esta Consulta representa ciertamente un importante documento en relación a la forma como los países se posicionaron en relación a algunos de los desafíos actuales de los recursos humanos en salud. No es nuestra intención en este artículo referir toda la riqueza de esta consulta, ya sea en relación a los datos cuantitativos recolectados, o en relación a la diversidad de las respuestas enviadas en las preguntas abiertas⁴. Nuestra ambición, más limitada,

⁴ El Informe completo de la Consulta se encuentra disponible en: http://www.observatoriorh.org/esp/pdfs/DesafiosCriticosESPANOL_22SET_.pdf

es resaltar algunos de sus puntos más importantes (tales como los desafíos considerados más o menos desarrollados por los actores consultados), para que aquí podamos resaltar la importancia de los resultados de esta consulta, para que los mismos puedan ser tenidos en cuenta en las futuras estrategias de fortalecimiento de la fuerza de trabajo en salud en la Región de las Américas.

De los cinco desafíos antes citados, en la Región de las Américas en su totalidad, fue considerado de menor desarrollo el desafío formulado como:

“Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud, ya como movimientos internos (dentro del país), ya como en migraciones internacionales, de manera que permitan garantizar la atención a la salud para toda la población”.

Entendiendo además que el desafío podría ser superado cuando: “Existen desplazamientos y migraciones de profesionales de salud entre países y regiones, pero se conocen las tendencias de los mismos y existen mecanismos que permiten ajustar la cantidad de formación de profesionales, los sistemas de incentivos y la creación de empleos, que permiten compensar estos movimientos de manera que no perjudiquen los servicios en las zonas más necesitadas.”

Este desafío obtuvo un promedio regional de **2.23** en una escala de 1 a 5, tal como se ve a continuación, en cada una de las sub regiones consideradas⁵.

⁵ Se consideraron en el cálculo los siguientes países, para cada una de las subregiones identificadas: Región Andina (Bolivia, Ecuador, Perú); América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana); Caribe (Bahamas, Barbados, Belice, Guyana, Jamaica, Suriname, Trinidad & Tobago); Conosur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay). En el cálculo de las Américas se incluyeron además los resultados de: Canadá, Cuba y México.

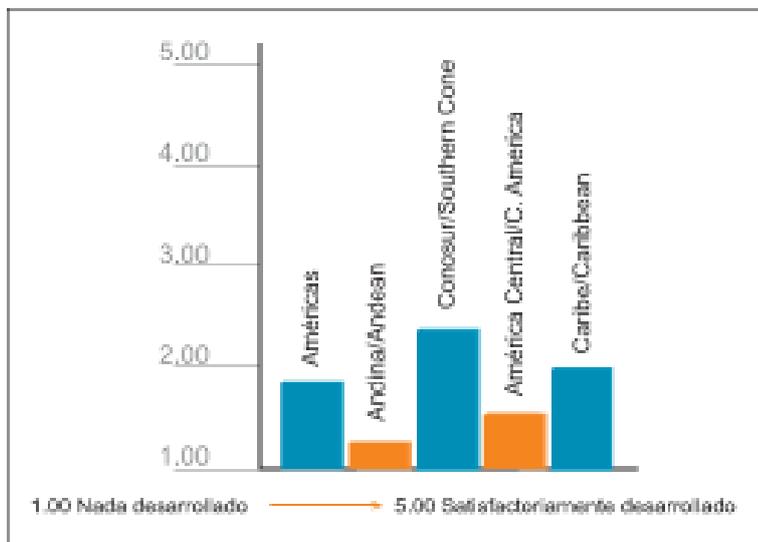


Figura 1 - Regulación de las migraciones de la fuerza de trabajo en salud

Para alcanzar este desafío todos los países consultados consideran necesarias las condiciones que se detallarán a continuación, aunque sugieren tener en cuenta lo siguiente:

1ª Condición: Debe existir un monitoreo de desplazamientos internos y migración internacional del personal de salud y se conocen las tendencias de migración interna y externa de las principales profesiones. Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.18

Tabla 1

RAZONES PARA EL MONITOREO DE LOS DESPLAZAMIENTOS DE LOS TRABAJADORES DE SALUD

| | |
|-----------------|---|
| Bahamas | Es importante que exista un monitoreo de los desplazamientos internos y de la migración externa de los profesionales de salud. Se ha observado que han ocurrido transferencias internas de los médicos y de las enfermeras entre diversos organismos en el sector público. La migración externa (particularmente en el servicio de enfermería) también tuvo un impacto en los sectores de personal. |
| Barbados | La migración externa debe ser monitoreada, ya que es importante evaluar de forma completa los factores y las fuentes de esa situación. Es necesario mantener registradas las pérdidas y la repercusión de las mismas para el sector salud, ya sea en relación a las necesidades de salud de la población, o en relación a la planificación necesaria para la reposición de estos puestos vacantes. La pérdida en relación a la inversión en formación y desarrollo de personal también debe ser reconocida, particularmente la favor de los países pequeños. Para compensar esta pérdida, los países desarrollados que reciben estos trabajadores deberían dar mayor asistencia técnica a los países de los migrantes, dado que están consiguiendo ganancias substanciales por no tener que invertir en la formación de los expatriados, cuyos servicios utilizan |

El Salvador

Es un aspecto que se considera de mucha relevancia especialmente cuando los servicios son afectados con la migración interna o externa del personal calificado.

Guatemala

Es importante también comprender los motivos para la migración, los verdaderos incentivos y compensaciones que promueven estos movimientos para realizar acciones en algún sentido. Si no fuera comprendido así, se estaría en un papel de espectadores fáciles que no contribuyen en nada. En el país, la migración externa no parece ser en el momento un problema serio, pero ante la inminente entrada en vigor del Acuerdo de Libre Comercio de América Central con los Estados Unidos puede llegar a serlo, sin que estemos preparados para abordarlo. El seguimiento de la migración interna debe ser motivo de preocupación especial, tratando de adecuarla a las necesidades de la población. Esta requiere que profesionales y técnicos formados en las principales ciudades emigren donde mas se los necesita: regiones distantes del país, con carencias en muchos sentidos. Por otro lado, existen migraciones de personal en servicio del área rural para la urbana, en busca de mejores oportunidades. Esta tendencia produce mucho impacto en los servicios, ya que buena parte del país posee zonas rurales.

República Dominicana

Es importante realizar estudios para establecer una línea de base del flujo migratorio y del desplazamiento interno, para poder monitorear el comportamiento de este fenómeno; debe basarse en las informaciones y sensibilizar todos los actores para crear estrategias que impidan el éxodo y la pérdida de capital humano.

2ª Condición: Deben existir acuerdos internacionales que regulen la actividad profesional de los trabajadores y que regulen los movimientos más habituales o frecuentes de trabajadores desde o hacia su país. Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.27

Tabla 2

| CARACTERÍSTICAS DE LOS ACUERDOS SUGERIDOS PARA LA REGULACIÓN DE LAS MIGRACIONES DEL PERSONAL DE SALUD | |
|---|--|
| Barbados | Los acuerdos deben permitir la colaboración y la cooperación mutua entre los países. |
| Bolivia | Deberían existir tratados para evitar el excedente de recursos humanos en aquellos países que pueden recibir una gran oferta de recursos humanos. Este mecanismo es el cual permitiría un intercambio ordenado de profesionales de salud. Por otro lado, el hecho de contar con instrumentos reguladores, podría evitar la discriminación de la cual son objeto los profesionales bolivianos en el exterior. Deben buscarse mecanismos para regular el ejercicio profesional de los extranjeros residentes en el país. |
| Canadá | Los objetivos de los acuerdos internacionales para la coordinación de la concesión de licencias deben ser cuidadosamente considerados antes de ser aprobados, dadas las consecuencias negativas que podrían tener (por ejemplo, mayor éxodo de profesionales de la salud de países en desarrollo). Sin embargo, estos acuerdos podrían reducir las dificultades enfrentadas por individuos que son profesionales de la salud y que ya decidieron migrar. |
| Cuba | La hipótesis de conseguir una mayor amplitud en la aceptación de los títulos profesionales (acreditación de los procesos de formación) puede contribuir para aumentar la cobertura de servicios de salud en los países con dificultades en distribuir los profesionales de salud. |
| Ecuador | Los acuerdos deben ser respetados de acuerdo con las normas vigentes en el país, sin dejar de lado el proceso de la globalización. Se debe dar protección a la fuerza de trabajo local, como una forma de garantizar la acreditación del recurso humano y proteger la población. |
| República Dominicana | Estos acuerdos deben ser igualitarios en el sentido de dar ventajas a los países involucrados, independientemente de su situación social, política y económica. |

Una comparación de estas dos condiciones, en el conjunto de los países de la Región, puede ser observada en el siguiente gráfico:

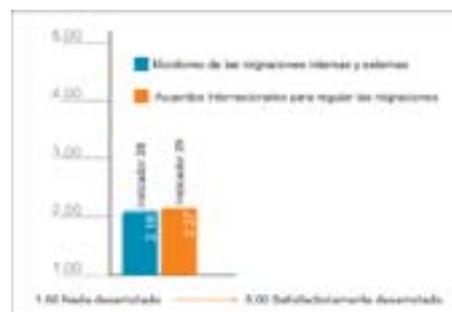


Figura 2 - Condiciones para la regulación de las migraciones

Por otra parte, el desafío considerado mejor desarrollado en la Región fue el número 2, definido como: “Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, logrando una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población”, siendo que se considera que el desafío se ha superado cuando: “la disponibilidad de trabajadores de salud en relación a los habitantes/usuarios permite el acceso de la población a los servicios de salud de forma igualitaria, incluyendo una mayor disponibilidad para poblaciones que tienen necesidades mayores.” Este desafío obtuvo un promedio de **2.92** en una escala de 1 a 5, en particular la existencia de informaciones sobre distribución de cantidad de trabajadores en relación a la población que cubren y en relación a las metas sanitarias, que es la condición más completamente desarrollada en la región.

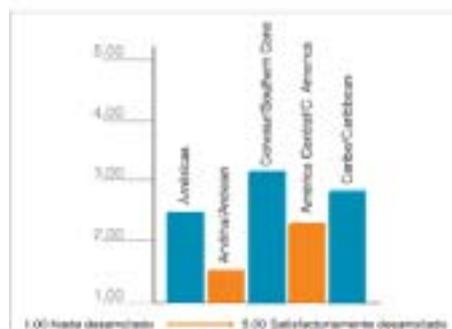


Figura 3 - Distribución equitativa de la Fuerza de Trabajo en Salud en las subregiones

En relación a las condiciones para alcanzar este desafío, los países consultados sugieren y observan lo siguiente:

1ª Condición: Deben existir informaciones vde distribución de cantidad de trabajadores en relación a la población que cubren, para el país en conjunto, en relación a las unidades geográficas (Estados, Municipios), en relación a los sectores públicos y privados y a las metas sanitarias, tales como las Metas de Desarrollo del Milenio. Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.18.

Tabla 3

| RELACIONES ENTRE BUENAS INFORMACIONES Y BUENA DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DE SALUD | |
|---|--|
| Argentina | No será fácil mejorar la equidad en la distribución de personal de salud si los responsables de áreas de salud no comprenden el modo en que se planifican los recursos humanos (no solo los médicos), como se calculan las dotaciones, como se proyectan puestos y perfiles por competencias, en sincronía con las metas sanitarias. |
| Haití | El Ministerio puede controlar y verificar el sector público, pero no existe un mecanismo para controlar la fuerza de trabajo del sector privado. |
| Perú | Se debe tener un mapa poblacional, un mapa epidemiológico y un mapa de distribución de trabajadores de salud para poder delinear las políticas que hoy no existen. Sin embargo, la eficiencia y la distribución no deberían ser los criterios más importantes, y sí las necesidades y la magnitud de las necesidades. No necesariamente el criterio poblacional ayuda a satisfacer necesidades de salud, Es preferible la elección adecuada (o equitativa) de estrategias de salud y trabajo para los problemas dispersos. |
| Trinidad y Tobago | Esta información está disponible, pero no es usada de una manera significativa cuando se evalúan los resultados en salud, así como las Metas de Desarrollo para el Milenio. |

2ª Condición: Debe existir información sobre el uso de la fuerza de trabajo en diferentes niveles de atención y en programas prioritarios (por ejemplo: % de trabajadores en atención primaria y comunitaria en relación al % de trabajadores en hospitales o % de trabajadores en servicios de atención individual en relación al % de trabajadores en servicios de salud pública). Grado de desarrollo (de 1 a 5): 3.09

Tabla 4

| USO DE LAS INFORMACIONES SOBRE DISTRIBUCIÓN DE TRABAJADORES DE SALUD | |
|--|---|
| Belice | Alcanzar un equilibrio en los recursos humanos entre la atención preventiva y curativa, ya que es mas económico emplear recursos en acciones preventivas de que en estrategias curativas. |

| | |
|--------------------|---|
| El Salvador | Estos porcentajes todavía no son considerados de forma significativa, ya que el modelo de atención predominante es el curativo. Las brechas son conocidas, pero continua pendiente el fortalecimiento del nivel primario. |
| Guatemala | Algunas veces no es un problema de número, sino de localización el que se enfrenta y la falta de información puede incrementar innecesariamente el número de trabajadores en determinado nivel o dependencia, mientras que en otro está subutilizado. |
| Perú | Es preciso tener un sistema de información que permita generar este tipo de información. |

3ª Condición: Debe existir decisión política y planes efectivos para movilizar y atraer los trabajadores de salud a las regiones con mayores necesidades. Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.55

Tabla 5

| COMO MOVILIZAR Y ATRAER A LOS TRABAJADORES DE SALUD A LAS REGIONES CON MAYORES NECESIDADES | |
|--|---|
| Bahamas | Es difícil atraer los profesionales de salud a las zonas rurales. Hay necesidad de mayor creatividad en términos de incentivos para abordar este problema. |
| Belice | Los profesionales de salud, sobre todo enfermeras están migrando a los EE. UU. Reino Unido y Canadá en función de mejores formas de compensación. Se necesita incentivos más atractivos para que los profesionales de la salud prefieran quedarse en casa y en la región. |

| | |
|------------------|--|
| Cuba | Los profesionales de salud de mayor rendimiento son los seleccionados para desempeñar sus actividades en las zonas de difícil acceso y mayor complejidad, con resultados satisfactorios. |
| Guatemala | Es fundamental la decisión política y la existencia de planes efectivos para movilizar a los recursos necesarios a las regiones con mayores necesidades, las cuales son generalmente las de condiciones de vida más precarias y de mayor índice de marginalidad. Deben existir incentivos que vayan más allá de lo económico, como pueden ser los de desarrollo profesional. |
| Perú | Es necesario tener programas de capacitación, perfeccionamiento, pero deben ser articulados con otros sectores: educación, saneamiento, comunicación, transporte. La mayoría de los trabajadores viven en lugares aislados y necesitan desplazarse para estos programas. |

4ª Condición: Deben existir recursos y posibilidades de readequar los presupuestos de gastos de personal de los Ministerios (o Secretarías) de Salud y de otros servicios públicos de acuerdo con las principales necesidades de la población. Grado de desarrollo (de 1 a 5): 2.86

Esta condición depende de los sistemas de financiamiento de los servicios de salud de cada país. En Brasil por ejemplo, existen leyes que determinan las inversiones mínimas para el gobierno federal, los estados y municipios, mientras que en Costa Rica, las planillas de presupuesto están adecuadas a las posibilidades económicas y no necesariamente a las necesidades del país. En el caso de Honduras, está vinculado al alto costo del trabajo, ya que los gastos de personal representan el 70% del presupuesto de salud y los gremios y sindicatos no lo aprobarían.

Una comparación de estas condiciones, en el conjunto de los países de la Región, puede ser demostrada en el siguiente gráfico.

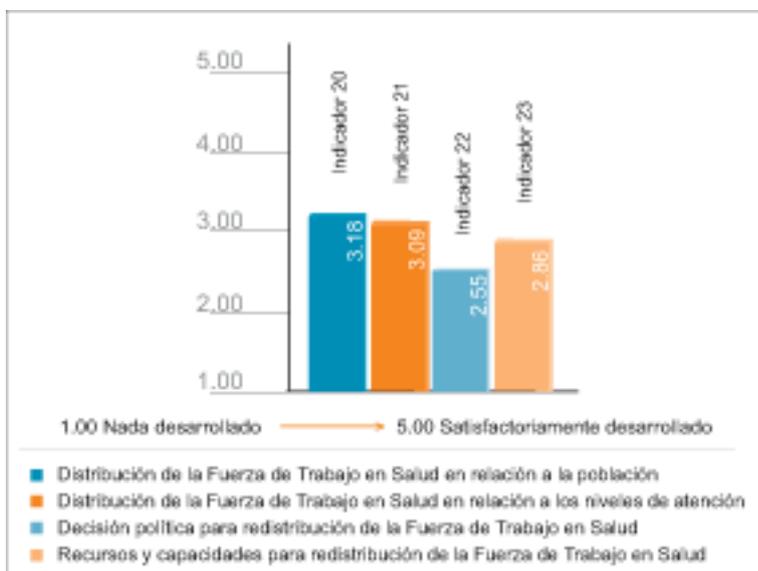


Figura 4 - Condiciones para alcanzar una distribución equitativa de la Fuerza de Trabajo en Salud

En relación a las inversiones que están siendo realizadas por los países o a las acciones que ya iniciaron para superar este desafío, cabe resaltar las observaciones que siguen:

- Barbados ha invertido bastante, a lo largo de los años, en el desarrollo del sistema de atención primaria gratuita para todos los barbadenses. En este sentido, esas instituciones funcionan con profesionales bien entrenados. Sin embargo, con el cambio del perfil epidemiológico será necesario asegurar que estos profesionales tengan las habilidades y los conocimientos constantemente mejorados para asegurar que puedan estar preparados para las afecciones médicas emergentes también.
- Se está discutiendo una ley de responsabilidad sanitaria que obligará a un mejor uso de los recursos para estos fines. (Brasil)
- El Estado invirtió, en grados variables, en todos los procesos anteriores. El éxito de las iniciativas no está necesariamente relacionado con el funcionamiento del sistema como un todo.
- El éxito depende enormemente del liderazgo local (regional). Por ejemplo, en algunas regiones administrativas con un liderazgo mejor capacitado en el sector de salud, el desempeño en el área de los recursos humanos es mejor. En otras palabras, con limitaciones semejantes, las diversas regiones presentan resultados diferentes.
- El descuido en el fortalecimiento del liderazgo sectorial local de una manera uniforme, refuerza estas deficiencias. Por otra parte, el fortalecimiento del liderazgo local permitirá una mejor utilización de los recursos ya invertidos, dentro del ambiente de contención presupuestaria. Pero sin una adecuada y regular supervisión del nivel central, los mejoramientos en este sentido podrían ser perdidos rápidamente. (Guyana)

- Se han invertido recursos técnicos y financieros en la implementación de los procesos anteriores, pero no se han informado y difundido suficientemente y no son ejecutados conforme lo establecido en las políticas. No se ejecutan los presupuestos para satisfacer las necesidades. No existe distribución ni localización de los recursos humanos conforme perfil, idoneidad e y capacidad profesional. (Paraguay)
- El estado invirtió la atención y los recursos en todos los procesos mencionados arriba. Sin embargo, la información no es usada para el análisis crítico, como está siendo sugerido. (Trinidad & Tobago)

Sobre las sugerencias:

El papel de la cooperación internacional

Para cada uno de los desafíos analizados, se solicitó a los actores consultados que sugiriesen el tipo de apoyo o de experiencias que las agencias internacionales o de otros países podrían utilizar para ayudar al país a alcanzar estos desafíos. Las respuestas, de una manera general, sugieren lo siguiente:

Apoyo a la definición de políticas de largo plazo para adecuar la fuerza de trabajo en salud a las necesidades de salud de la población.

- Los organismos internacionales pueden facilitar el compartir de experiencias documentadas por los países. (Bahamas)
- El apoyo técnico puede permitir fortalecer el papel gerenciador del Ministerio de Salud en la toma de decisiones. Se necesita apoyo para el fortalecimiento de las capacidades locales para producir información sobre la fuerza de trabajo existente en el nivel local. También para el intercambio de experiencias exitosas. (Bolivia)
- Es necesario el apoyo y conocimiento de experiencias de planeamiento de recursos humanos en salud. (Brasil)
- Intercambio de la información sobre el establecimiento de mejores prácticas/herramientas relacionadas con la planificación de la fuerza de trabajo en salud y datos sobre los recursos humanos.
- Oportunidades establecidas a través de la OPS y de la OMS para trabajar con otros países en cuestiones de planeamiento de la fuerza de trabajo, que sean de interés común y que resulten en impulsores de políticas comunes para debate/adopción en los foros de la OPS y la OMS. (Canadá)
- Conocer experiencias positivas de algunos países que tengan desarrollado el tema de recursos humanos, la coordinación entre el sector formador y empleador, la gestión de la conflictividad laboral, la negociación con organizaciones de trabajadores, entre otras. (Costa Rica)
- Apoyo para la automatización en información de recursos humanos. (Cuba)
- Hay una gran necesidad de mejorar la capacidad inadecuada a través de la capacitación y (re)capacitación de la fuerza de trabajo. Hay una escasez aguda de formadores capacitados que ejecuten los programas de formación profesional y que preparen más formadores para que los programas de formación profesional sean autosustentables. El apoyo de formadores críticos podría incentivar la realización de determinados programas con la formación simultánea de formadores locales para continuar el programa cuando el apoyo extranjero no exista más. Por ejemplo, en la adaptación de categorías profesionales existentes para darles nuevas aptitudes cuando hay cambios ambientales; o la creación de categorías nuevas, mas adecuadas a las necesidades y a las limitaciones existentes del sistema. (Guyana)
- Las agencias deben: incentivar la reestructuración del papel de los recursos humanos y que ésta sea considerada como uno de los principales soportes de éxito de la reforma del sector salud; realizar adecuada destinación y distribución de recursos en salud donde realmente sea necesario; apoyar el papel gerenciador del Estado de acuerdo con las experiencias existentes para incentivar la creación de marcos legales adecuados; exigir condiciones mínimas que garanticen los resultados de la inversión y mecanismos transparentes. (Perú)
- Las agencias deben ayudar en la construcción de una carrera administrativa para el sector y en la creación de una carrera sanitaria; deben ayudar al desarrollo de una instancia intersectorial y multidisciplinaria que impulse un Plan de desarrollo del campo de recursos humanos en salud en el país; deben apoyar el intercambio de experiencias entre países y deben influir positivamente en los procesos políticos para la alimentación de decisiones que mejore la fuerza de trabajo. (República Dominicana).

Para lograr una distribución equitativa de los trabajadores de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con las diferentes necesidades de salud de la población.

- Abogar por una política sectorial planeada que incentive la distribución de oportunidades profesionales en los lugares más alejados, con un sistema de puntuación, con residencias por especialidades distribuidas a lo largo de todo el territorio nacional. (Argentina)
- Apoyo de especialistas para la coordinación y instalación de talleres de estudios, información y planeamiento de recursos humanos. Programa de estudios en países con mayor desarrollo en estas áreas. (Chile)
- Considerar y aprender a partir de otras experiencias en países que realizaron procesos para resolver el problema de equidad, orientados a la gestión de estas estrategias. Además de eso, los organismos que pueden intervenir en estos procesos son los que pueden facilitar recursos económicos para la capacitación, para realizar estudios o pasantías con el propósito de contar con recursos humanos capacitados para estos procesos. (Costa Rica, El Salvador)
- La propuesta de carrera sanitaria impulsada por la OPS, la creación y funcionamiento de Consejos locales o municipales de gestión en salud y la propuesta OPS, OIT y CEPAL de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Es necesario el apoyo de países como el Brasil, Canadá, Cuba, Costa Rica, Colombia y Chile. En este último caso, donde se han aplicado carreras sanitarias y modelos de atención a la salud familiar. (Ecuador)
- Para enfrentar el desafío de una distribución de la fuerza de trabajo que alcance eficazmente las necesidades de toda la población, los organismos internacionales tendrán que fortalecer nuestra capacidad de formar un número suficiente de profesionales para eliminar las brechas existentes y reponer las pérdidas por migraciones naturales. Este apoyo tiene dos aspectos: 1. proveer, en corto plazo, formadores para realizar determinados programas de formación profesional; 2. fortalecer simultáneamente la capacitación de los formadores locales para asegurar nuestra capacidad de mantener los programas de formación profesional cuando los tutores extranjeros vuelvan para sus países. Como la migración natural continua siendo el desafío principal para la sostenibilidad de cualquier esfuerzo tendiente a la distribución adecuada de la fuerza de trabajo para cumplir con las necesidades de toda la población, las experiencias y conocimientos especializados de los organismos internacionales en el área de la gestión de la migración serán muy útiles. (Guyana)
- Capacitación y evaluación, sobre todo para asegurar un control efectivo. (Haití)
- Invertir en educación permanente y organizada; rescatar y sistematizar experiencias extranjeras y nacionales, mejor todavía si fueran latinas; tener cuidado para que la actividad no acabe con el término del proyecto de cooperación, o sea, es necesario institucionalizar las experiencias realizadas. (Perú)

- Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar la atención a la salud para toda la población.
- Los organismos internacionales podrían proveer asistencia técnica para el desarrollo de las estrategias de retención, entrenamiento de los profesionales de salud, inclusive los programas de intercambio y oportunidades de formación interdisciplinaria, que permita el desarrollo futuro de las aptitudes de los profesionales de salud. (Bahamas)
- Informaciones sobre las experiencias y medidas internacionales adoptadas para disminuir la repercusión de la migración externa. (Barbados)
- Compartir la información de las características y tendencias de las migraciones internas de los profesionales de salud y de los esfuerzos internacionales para administrar este fenómeno. Tener oportunidades establecidas a través de la OPS y de la OMS para trabajar con otros países en las competencias de la fuerza de trabajo, entrenamiento, concesión de licencias y problemas de planificación de interés común que resulten en políticas comunes para debate/adopción en los foros de la OPS y la OMS. (Canadá)
- Sería deseable conocer experiencias o acuerdos que existen entre países que reciben personal calificado y en qué o cómo se benefician los países de los profesionales que han emigrado. (El Salvador)
- Debe existir mayor información, además de la oferta de cursos online (e-learning) y gerenciales. Debería darse apoyo a la construcción de sistemas integrales de educación permanente, que tengan continuidad. (Perú)

Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

- Diseño de modelos para evaluación de necesidades de aprendizaje basado en competencias. Desarrollo de un sistema de Educación Permanente. Desarrollo de un sistema de evaluación de los procesos de capacitación implementados, en relación a la satisfacción de los usuarios. (Bolivia)
- Pasantías en países con mayor desarrollo en ese aspecto. Presencia de consultores que permitan una evaluación externa en relación al desarrollo de los diferentes procesos. (Chile)
- Apoyo al desarrollo del Observatorio de Recursos Humanos y de los sistemas de información de las instituciones relacionadas. Apoyo a la continuidad de alianzas entre instituciones académicas y de servicio. Intercambio de experiencias con países que enfrentaron o enfrentan problemas similares. Dotación de metodologías apropiadas. Cooperación técnica directa a las instituciones. Experiencias de otros países en materia de relaciones de trabajo con entidades profesionales y sindicales. (Guatemala)
- Más importante que la ayuda externa es la necesidad de liderazgo local. (Suriname)

Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de salud

- Compartir prácticas exitosas. (Canadá)
- Conocer estrategias innovadoras. (El Salvador)
- Capacitación de profesionales capaces de diseñar nuevos currículos, adecuación de la oferta y de la demanda, regulación de los sistemas de salud. (Haití)
- Apoyo técnico para capacitación de capacitadores; apoyo financiero, apoyo logístico y de experiencias internacionales. Con el intercambio de experiencias se podría alcanzar una "instancia única operativa" para la regulación. (Perú)
- El factor principal que impide la reforma sistémica del planeamiento de recursos humanos, desarrollo y administración es la falta de liderazgo, visión y capacidad de ejecutar el Plan del Sector Salud. Una vez que la ejecución se inicie, la OPS podría ayudar a proporcionar los inputs técnicos necesarios. (Surinam)

Finalmente...

La experiencia de realización de la Consulta fue muy significativa tanto para los actores consultados – que representaban a sus países- como para los que estuvieron involucrados en la formulación y compilación de resultados. Sin embargo, consideramos que esta Consulta (y particularmente sus resultados) será más o menos trascendente siempre que la misma sea utilizada y referida profusamente con el fin de proponer estrategias futuras que consideren la complejidad de la temática y propongan soluciones a los desafíos formulados de manera responsable, ética y sobre todo con amplia participación ciudadana.

Tal como los resultados de la VII reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en salud, se espera que esta

Consulta sea una importante oportunidad para reafirmar:

- Que la fuerza de trabajo es fundamental para la plena ejecución de las políticas del sector salud, tanto en relación a las acciones de promoción como de servicios a las personas, pero también por su papel en la formación y en las políticas que incentivan la participación ciudadana para el alcance de los objetivos de salud de todos los países de la región de las Américas;
- Que la activa cooperación entre todos los actores interesados en este tema es necesaria y que tanto los representantes de los países como los de las agencias participantes en la reunión expresaron el deseo de continuar realizando actividades conjuntas que promuevan, fortalezcan y desarrollen la fuerza de trabajo en salud;
- Que la adaptación de la fuerza de trabajo, para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población, es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio-demográficos de los países, y exige inversiones permanentes, además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo;
- Que la diversidad de los países de la Región exige la realización de acciones que consideren la especificidad de cada uno, pero que al mismo tiempo sean capaces de promover la integración y la cooperación técnica entre ellos;
- Que es necesario mantener la comunicación entre todos los actores sociales involucrados, ya que esta comunicación es de vital importancia para la necesaria movilización en torno del objetivo común de construcción de políticas sostenibles de desarrollo de recursos humanos en la Región;
- Que las acciones inmediatas deberán orientarse a construir la agenda de la próxima década, pero también a las acciones de corto plazo.

Finalmente, esperamos que la información proporcionada sirva para la toma de decisiones que lleven a acciones efectivas para el desarrollo pleno de los RR. HH. en salud en las Américas.

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud
4-7 octubre de 2005

Llamado a la acción de Toronto 2006 - 2015

Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas

Presentación

El **Llamado a la Acción de Toronto** para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) reúne las discusiones de los grupos de trabajo de la **VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud**, realizada en Toronto, Canadá, del 4 al 7 de octubre de 2005, promovida por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en conjunto con el Ministerio de Salud de Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario.

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

Los participantes de la Reunión reconocen la importancia de esta iniciativa y sugieren que la misma sea abordada en diferentes ámbitos (nacional, subregional y regional) y que el **Llamado a la Acción de Toronto** sea un documento que promueva el esfuerzo conjunto para una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas (2006 a 2015). Esta Década presupone la necesidad de realizar esfuerzos de largo plazo, intencionales y concertados para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud en todos los países de la Región de las Américas.

Estos esfuerzos deberían guiarse por los siguientes principios:

Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema de salud de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.

Trabajar en salud es un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.

Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: El desarrollo de los recursos humanos en salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la

salud. Los participantes coincidieron en resaltar la importancia de los siguientes temas que deberán ser adecuadamente abordados en la formulación de las intervenciones y planes de recursos humanos:

- Fortalecimiento de los liderazgos en salud pública;
- Incremento de la inversión para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos;
- Coordinación, concertación e integración de acciones en los ámbitos nacionales, sub-regionales, y regionales;
- Asegurar la continuidad de políticas e intervenciones;
- Mejorar la disponibilidad y acceso de información útil para la toma de decisiones.

Para lograr que los acuerdos alcanzados en la Reunión de los Observatorios de recursos Humanos se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países.

Para conseguirlo será necesario desarrollar una plataforma amplia de acción, que permita la mayor participación de actores y la generación de consensos para la implementación de acciones a lo largo de la Década; para construir y fortalecer asociaciones nacionales e internacionales para movilizar recursos para el desarrollo sostenible de los sistemas de salud y de sus recursos humanos; y para generar una manera de evaluar y monitorear el progreso y los logros de los planes nacionales en la Región.

Estos planes y políticas deberán promover **la equidad en salud y el acceso universal a la salud**, apoyando el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en **la atención primaria y los equipos multidisciplinares**. Además de estas orientaciones estratégicas, las acciones de recursos humanos deberán promover entornos de trabajo saludables tanto para los pacientes como para los trabajadores.

Desafíos críticos para el desarrollo de recursos humanos en salud

Si bien los desafíos y problemas son múltiples, pueden agruparse en cinco áreas críticas:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
2. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
3. Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

4. Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

5. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Un esfuerzo permanente y planificado: líneas de acción colectivas y colaborativas en la región de las Américas

Superar estos desafíos y problemas del desarrollo de los recursos humanos para la salud es posible a través de un esfuerzo permanente y planificado, apoyado en voluntad política e implementado a través de acciones específicas.

Para este fin se sugieren un conjunto de líneas de acción a **nivel de los países**, a nivel **subregional y a nivel regional**, debiéndose señalar que estas actividades deben ser objeto de la **cooperación internacional hacia y entre los países**. Estas acciones están dirigidas a lograr que al fin de año 2015, cada uno de los países haya avanzado significativamente en alcanzar sus objetivos en salud a través del desarrollo de sus recursos humanos.

En los países:

Fortalecer la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud:

- Creación y/o fortalecimiento de las direcciones nacionales de recursos humanos;
- Fortalecimiento de los Observatorios de Recursos Humanos y su operación en red;

- Fortalecer las instancias estables y participativas de concertación y negociación;

Defensa y promoción acerca de la importancia de los trabajadores de salud:

- Producción de información para desarrollo de argumentos políticos sobre la importancia de los recursos humanos en salud.
- Sensibilización y compromiso de los niveles políticos, utilizando en especial las actividades relacionadas con el Día Mundial de la Salud.
- Publicaciones y difusión de información, noticias y experiencias.

Financiamiento para el desarrollo del personal de salud

- Abogar para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se vea como una inversión social indispensable.
- Argumentación y negociación con los ministerios de Economía y Finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a servicios de salud.
- Alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar el financiamiento, en base a prioridades nacionales.

Mejorar la capacidad técnica para la gestión y formación de recursos humanos:

Consolidación de la capacidad técnica de los equipos responsables de la política y gestión de recursos humanos, desarrollando un lenguaje común y una visión integral del desarrollo de liderazgo.

Acercar a los servicios de salud y las universidades y escuelas de Salud Pública para trabajar conjuntamente en la planificación de recursos humanos y desarrollar programas de gestión de recursos humanos como componentes de los currículos de salud pública y gerencia.

Desarrollar la capacidad de enfrentar los paradigmas emergentes, especialmente los relacionados con la necesidad de educación interprofesional y los nuevos enfoques de capacidades en los equipos de atención primaria en salud.

Ampliación de la base de información y evidencias en Recursos Humanos:

- Generación / Fortalecimiento de sistemas de información que permita monitorear la formación, existencia y movilidad de la fuerza de trabajo en salud a través de la expansión de los Observatorios y estrategias similares.
- Desarrollo de las capacidades de manejo de datos de forma tal que la información recogida pueda ser utilizada efectivamente para guiar decisiones para planes y políticas de recursos humanos.

- Estudio e identificación de indicadores de recursos humanos en salud para comprender mejor los impactos de recursos humanos en la salud y los servicios.

Promoción de políticas de investigación de los aspectos del personal de salud, que permitan basar decisiones políticas a partir de evidencias.

- Difusión del conocimiento en relación a características y condiciones de los trabajadores de salud, con el fin de que este conocimiento sea utilizado por quienes toman decisiones.

En los ámbitos subregionales:

- Acuerdos / abogacía en las instancias políticas técnicas de integración (Reunión Sector Salud de Centroamérica y Dominicana - RESSCAD, Comunidad de Naciones del Caribe - CARICOM, Mercado Común del Cono Sur-MERCOSUR, Comunidad Andina de Naciones-CAN).
- Intercambio de experiencias e información en el ámbito sub-regional con énfasis en buenas prácticas, generación de redes de intercambio y cooperación horizontal.
- Desarrollo de procesos de formación-capacitación en los ámbitos sub-regionales para desarrollo de liderazgo.
- Articulación de escuelas de salud pública en el ámbito sub-regional para el fortalecimiento de la práctica de la salud pública (investigación / capacitación).
- Identificación de temas emergentes de recursos humanos para la elaboración y negociación de proyectos de abordaje conjunto con diferentes modalidades de financiamiento.

En la cooperación internacional:

- Los proyectos de fortalecimiento de los sistemas de salud deben tener estrategias de recursos humanos como parte central de sus propuestas de transformación.

- Es necesario mantener el entusiasmo de la comunidad internacional con el tema de los recursos humanos, para que puedan implementarse procesos de largo plazo para evitar ciclos de interés cortos o fluctuantes.
- Las principales estrategias para el plan de acción serán: abogacía, liderazgo, cooperación técnica, producción de evidencias, alianzas.
- Como demostración de la necesidad de una intervención de largo plazo, la cooperación internacional debe respaldar a la idea de una Década de Recursos Humanos en salud, de acuerdo al informe de la “*Joint Learning Initiative*” de la Fundación Rockefeller y a las discusiones de la Organización Mundial de la Salud, apoyando la construcción de una “Red de Acción y aprendizaje” para la Región.
- Es conveniente una iniciativa para el hemisferio americano, con una plataforma amplia, incluyente, pero con enfoque centrado en los países y con compromisos específicos.
- Se debe ampliar el concepto de “recursos humanos en salud” a una visión de las capacidades humanas para incluir otros paradigmas de atención (modelos no occidentales) y el rol de la mujer.
- Existe un problema de funcionamiento fragmentado (“en silos”) de las agencias, es necesaria la acción concertada.
- Existe una preocupación con el uso e impacto del financiamiento que procede de los programas verticales y su repercusión en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos humanos.
- Debe apoyarse a los Observatorios nacionales con el fin de mantener y mejorar el flujo de datos, información, conocimiento, argumentos de soporte de políticas y promoción de diálogos sociales. Además debe fortalecerse su funcionamiento en red.

El Llamado a la Acción debe promover las alianzas entre agencias y países para proyectos de interés común. Dado que los problemas de recursos humanos necesitan desarrollar capacidades nacionales, pero también modificar factores subregionales o globales, ya no son suficientes las respuestas limitadas a un país o a una agencia.

Un llamado a la acción

La VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud fue una importante oportunidad para afirmar:

- Que este Llamado a la Acción será un marco de referencia útil para la formulación e implementación de los planes de recursos humanos (a nivel de país, subregional y regional) durante la próxima década en las Américas.
- Que los países deberán apuntar al desarrollo de estos planes e intervenciones de acuerdo a los principios y orientaciones estratégicas discutidas por los participantes durante las sesiones de trabajo de la reunión de Toronto.

- Que la activa cooperación entre todos los actores interesados en este tema es necesaria y que tanto los representantes de los países como los de las agencias participantes en la reunión expresaron el deseo de continuar realizando actividades conjuntas que promuevan, fortalezcan y desarrollen la fuerza de trabajo en salud;
- Que la adaptación de la fuerza de trabajo para que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población es una actividad compleja, porque debe considerar los cambios epidemiológicos y socio-demográficos de los países y exige inversiones permanentes además de una planificación que prevea acciones de mediano y largo plazo;
- Que es necesario mantener la comunicación entre los participantes de la Reunión y con los demás actores sociales, ya que esta comunicación es de vital importancia para la necesaria movilización en torno del objetivo común de construcción de políticas sostenibles de desarrollo de recursos humanos en la Región;
- Que las acciones inmediatas deberán orientarse a construir la agenda de la próxima década, pero también a las acciones de corto plazo, en especial a resaltar y difundir el Día Mundial de la Salud 2006, la Semana de la Salud de las Américas y la próxima Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos en salud, a realizarse en Perú en noviembre de 2006.

En la esperanza que este encuentro signifique un primer e importante paso colectivo para tomar decisiones y realizar acciones efectivas y sostenibles para el pleno desarrollo de los recursos humanos en salud en las Américas, alentamos a todos y todas a divulgar de la forma más amplia posible nuestro Llamado a la Acción, para que sirva como una referencia y una herramienta para todos los que intentan desarrollar políticas de recursos humanos como parte de sistemas de salud más equitativos y de calidad en los países de nuestra Región.

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

«Tenemos que colaborar para garantizar que todas las personas, dondequiera que vivan, tengan acceso a trabajadores sanitarios motivados, calificados y bien respaldados.»

LEE Jong-wook

Foro de Alto Nivel, París, noviembre de 2005

Informe Mundial de la Salud 2006 Colaboremos por la Salud



¿Por qué es importante el personal sanitario?

En esta primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas. En la salud mundial somos testigos de los beneficios que están aportando los nuevos medicamentos y tecnologías, pero algunos de los países más pobres están sufriendo reveses sin precedentes. En zonas del África subsahariana y en más de una docena de «Estados desestructurados», la esperanza de vida ha caído a la mitad respecto a los países más ricos a causa de los estragos del VIH/SIDA. Estos retrocesos han ido acompañados, tanto en los países ricos como en los pobres, de un temor creciente a nuevas amenazas infecciosas, como el SRAS y la gripe aviar, y de problemas comportamentales «ocultos», como trastornos mentales y violencia doméstica.

La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy día muchos sistemas de salud nacionales son endeble, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población. Para superar los escollos que obstaculizan el logro de los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud es fundamental formar trabajadores sanitarios competentes, motivados y bien respaldados. La atención sanitaria es una industria de servicios basada fundamentalmente en el capital humano.

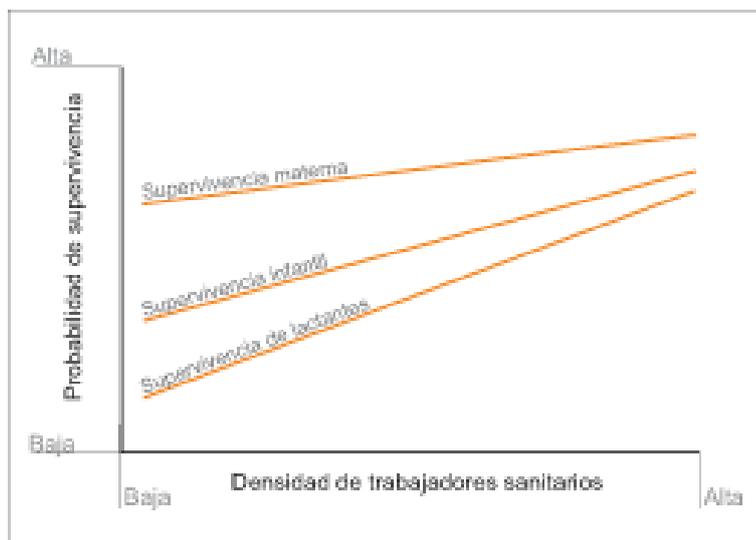
Los proveedores de atención de salud personifican los valores esenciales del sistema: curan y atienden a las personas, alivian el dolor y el sufrimiento, previenen enfermedades y mitigan los riesgos; son el vínculo humano entre conocimiento y acción sanitaria.

La fuerza de trabajo, elemento clave de todos los sistemas sanitarios, es fundamental para hacer progresar la salud. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres (véase la figura 1). Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares.

A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario. Lo ideal es que las mejoras más punteras de la calidad las emprendan los propios trabajadores, porque están en la situación ideal para descubrir las oportunidades de innovar.

En los sistemas sanitarios, los trabajadores funcionan como vigías y pilotos de una aplicación eficaz o, al contrario, poco económica de todos los demás recursos, como fármacos, vacunas y suministros.

Figura 1 ¡Los trabajadores sanitarios salvan vidas!



Panorama del personal sanitario mundial

Todos nosotros, en algún momento, trabajamos para la salud: la madre que cuida de su bebé, el hijo que acompaña a sus padres al hospital o el curandero tradicional que recurre al saber ancestral para atender y confortar. El informe considera que «*son trabajadores sanitarios todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud*».

Cuadro 1

PERSONAL SANITARIO MUNDIAL, POR DENSIDAD

| Región de la OMS | Total personal sanitario | | Dispensadores de servicios de salud | | Personal administrativo y auxiliares | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| | Número | Densidad (por 1000 habitantes) | Número | % de fuerza laboral sanitaria total | Número | % de fuerza laboral sanitaria total |
| África | 1 640 000 | 2,3 | 1 360 000 | 83 | 280 000 | 17 |
| Mediterráneo Oriental | 2 100 000 | 4,0 | 1 580 000 | 75 | 520 000 | 25 |
| Asia Sudoriental | 7 040 000 | 4,3 | 4 730 000 | 67 | 2 300 000 | 33 |
| Pacífico Occidental | 10 070 000 | 5,8 | 7 810 000 | 78 | 2 260 000 | 23 |
| Europa | 16 630 000 | 18,9 | 11 540 000 | 69 | 5 090 000 | 31 |
| Las Américas | 21 740 000 | 24,8 | 12 460 000 | 57 | 9 280 000 | 43 |
| Mundial | 59 220 000 | 9,3 | 39 470 000 | 67 | 19 750 000 | 33 |

Nota: Todos los datos corresponden al último año disponible. En el caso de los países para los que no se disponía de datos sobre el número de trabajadores sanitarios con funciones administrativas y auxiliares, las estimaciones se han basado en las medias regionales correspondientes a los países con datos completos.
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global Atlas of the Health Workforce (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

Esta descripción es coherente con la definición que da la OMS de los sistemas sanitarios, según la cual éstos comprenden todas las actividades cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud, lo que incluye a los cuidadores familiares, las fórmulas de asociación de proveedores y pacientes, los trabajadores a tiempo parcial (especialmente mujeres), los voluntarios sanitarios y los agentes de salud comunitarios.

Basándose en nuevos análisis de censos nacionales, encuestas de población activa y fuentes estadísticas, la OMS estima que hay en el mundo un total de 59,2 millones de trabajadores sanitarios de jornada completa remunerados (véase el cuadro 1). Se trata de empleados de iniciativas del sector sanitario cuya función principal es mejorar la salud (como programas sanitarios operados por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales) y de trabajadores sanitarios de organizaciones no sanitarias (por ejemplo, enfermeras empleadas en el servicio de salud de una empresa o una escuela). Los **proveedores de servicios de salud** constituyen aproximadamente las dos terceras partes del personal sanitario mundial, y el tercio restante está compuesto por **personal administrativo y auxiliar**.

Los trabajadores no son sólo individuos, sino componentes básicos de equipos sanitarios operativos en los que cada miembro aporta competencias distintas y desempeña funciones diferentes. Se ha constatado que la combinación de capacidades de los equipos sanitarios varía enormemente de unos países a otros. El número de enfermeras por cada médico va desde casi 8 en la Región de África a 1,5 en la del Pacífico Occidental. Si se comparan países, hay aproximadamente 4 enfermeras por cada médico en el Canadá y los Estados Unidos de América, frente a menos de una en Chile, el Perú, El Salvador y México. El espectro de competencias esenciales de los trabajadores se caracteriza por desequilibrios que se aprecian, por ejemplo, en la grave escasez de especialistas en salud pública y gestores sanitarios en muchos países. En general, más del 70% de los médicos son varones, mientras que más del 70% del personal de enfermería son mujeres; es decir, existe un marcado desequilibrio entre los sexos. Aproximadamente las dos terceras partes de los trabajadores están en el sector público, y el resto, en el privado.

Figura 2



Fuerzas determinantes del personal sanitario: pasado y futuro

En todo el mundo, los trabajadores de los sistemas sanitarios están sometidos a un estrés y una inseguridad cada vez mayores porque han de reaccionar a un complejo abanico de fuerzas, algunas antiguas y otras nuevas (véase la figura 2). Las transiciones demográficas y epidemiológicas inducen cambios en las amenazas para la salud de la población a los que este personal debe dar respuesta. Las políticas de financiación, los avances tecnológicos y las expectativas de los consumidores pueden modificar radicalmente lo que se les exige a estos trabajadores, quienes buscan oportunidades y seguridad laboral en los dinámicos mercados de trabajo del ámbito sanitario que forman parte de la economía política mundial.

La propagación de la epidemia de VIH/SIDA impone cargas de trabajo, riesgos y amenazas enormes. En muchos países, la reforma del sector sanitario a raíz de los ajustes estructurales impuso un límite al empleo en el sector público y frenó la inversión en formación de personal de salud, agotándose así la oferta de titulados jóvenes. Los mercados de trabajo en expansión han intensificado la concentración de profesionales en las áreas urbanas y acelerado la migración internacional de los países más pobres a los más ricos. La consiguiente crisis de personal sanitario en muchos de los países más pobres se caracteriza por graves escaseces, combinaciones inadecuadas de capacidades y lagunas en la cobertura de servicios.

La OMS ha identificado un umbral en la densidad de personal sanitario por debajo del cual es muy improbable lograr una alta cobertura de intervenciones esenciales, como las necesarias para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud. Basándose en estas estimaciones, hay actualmente 57 países con escaseces críticas equivalentes a un déficit mundial de 2,4 millones de médicos, enfermeras y parteras. En términos proporcionales, el déficit es mayor en el África subsahariana, pero en términos absolutos es muy elevado en Asia Sudoriental, debido a su gran población. Paradójicamente, es frecuente que, en un mismo país, coexistan estas insuficiencias con un gran número de profesionales sanitarios desempleados. La pobreza, las imperfecciones de los mercados de trabajo privados, la falta de fondos públicos, los trámites burocráticos y las interferencias políticas generan esta paradoja de la escasez en medio de una plétora de talento infrutilizado.

Los desequilibrios que afectan a la distribución y la combinación de aptitudes complican los problemas actuales. En muchos países, las capacidades de unos profesionales limitados, pero costosos, no se corresponden con las necesidades sanitaria locales. Es frecuente que falte personal con formación en salud pública y en políticas y gestión sanitarias.

Muchos trabajadores se enfrentan a entornos de trabajo desalentadores: salarios de miseria, gestores que no ofrecen apoyo, reconocimiento social insuficiente y un desarrollo profesional endeble. Casi todos los países adolecen de una mala distribución de los efectivos, caracterizada por concentración urbana y déficit rural, pero estos desequilibrios quizá sean más inquietantes desde una perspectiva regional. La Región de las Américas, con una carga de morbilidad del 10%, concentra a un 37% de los trabajadores sanitarios del mundo, que absorben más del 50% de la financiación sanitaria mundial, mientras que la Región de África soporta el 24% de la carga, pero sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios, que pueden disponer de menos del 1% del gasto mundial en salud. Este éxodo de profesionales cualificados en medio de tantas necesidades sanitarias sin cubrir sitúa a África en el epicentro de la crisis mundial de personal sanitario.

Esta crisis puede empeorar en los años venideros. La demanda de proveedores de servicios crecerá notablemente en todos los países, ricos y pobres. Los más ricos se enfrentan a un futuro de baja fecundidad y gran número de personas de edad avanzada, lo que determinará un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas que entrañará una importante demanda asistencial. Los avances tecnológicos y el aumento de los ingresos exigirán personal más especializado, aunque las necesidades asistenciales básicas aumentarán debido a la menor capacidad o voluntad de las familias de cuidar de sus miembros ancianos. Si no se incrementa masivamente la formación de personal sanitario en los países ricos, estas desigualdades crecientes forzarán cada vez más la salida de trabajadores de las regiones más pobres.

En los países más pobres, grandes contingentes de jóvenes (mil millones de adolescentes) vendrán a sumarse a una población que envejece, y ambos grupos se urbanizarán rápidamente. Muchos de estos países tienen aún una agenda pendiente en la que han de afrontar diversas enfermedades infecciosas y la rápida aparición de enfermedades crónicas complicadas por la magnitud de la epidemia de VIH/SIDA. La disponibilidad de vacunas y medicamentos eficaces para hacer frente a estas amenazas supone un enorme imperativo práctico y moral para responder eficazmente. Se está ensanchando el abismo entre lo que puede hacerse y lo que está ocurriendo sobre el terreno. El éxito del intento de corregir este desfase dependerá en gran medida del correcto desarrollo del personal sanitario con miras a lograr unos sistemas de salud eficaces.

Estos desafíos, pasados y futuros, quedan bien ilustrados por el estudio de la forma en que debe mobilizarse la fuerza de trabajo para hacer frente a retos sanitarios concretos.

- **Los ODM** apuntan a las principales enfermedades ligadas a la pobreza que están devastando a las poblaciones sin recursos, centrándose para ello en la atención materno-infantil y la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los países que están teniendo más problemas para alcanzar los ODM, muchos de ellos del África subsahariana, se enfrentan a escaseces absolutas de personal sanitario. Son muchos los obstáculos que hacen difícil compaginar los programas dirigidos a enfermedades prioritarias con la dispensación de

atención primaria, desplegar equitativamente a los trabajadores para el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA, expandir la delegación en agentes de salud comunitarios y desarrollar estrategias de salud pública para la prevención de enfermedades.

- **Las enfermedades crónicas**, consistentes en dolencias cardiovasculares y metabólicas, cánceres, traumatismos y trastornos neurológicos y psicológicos, son cargas importantes que afectan por igual a poblaciones ricas y pobres. Nuevos paradigmas asistenciales están impulsando un cambio: se está pasando de la atención en hospitales terciarios de agudos a la atención domiciliaria, basada en equipos y centrada en el paciente, que exige nuevas capacidades, colaboración interdisciplinar y continuidad asistencial, como han demostrado planteamientos innovadores en Europa y América del Norte. Además, la reducción del riesgo depende de medidas de protección del entorno y de cambios en hábitos como la alimentación, el tabaquismo y el ejercicio por medio de la modificación del comportamiento.
- **Las crisis sanitarias** causadas por epidemias, catástrofes naturales y conflictos son súbitas y a menudo imprevistas, pero siempre se repiten. Vencer los desafíos exige una planificación coordinada basada en una información sólida, la rápida movilización de los trabajadores, respuestas de mando y control, y la colaboración intersectorial con organizaciones no gubernamentales, el ejército, los agentes de mantenimiento de la paz y los medios de comunicación. Se necesita personal especializado para la vigilancia de epidemias o la reconstrucción de sociedades desgarradas por conflictos étnicos. En última instancia, la calidad de la respuesta depende de la preparación de la fuerza de trabajo, que se funda en la capacidad local respaldada por un apoyo internacional oportuno.

Estos ejemplos ilustran la enorme riqueza y diversidad del personal necesario para hacer frente a problemas de salud concretos. Las tareas y funciones requeridas son sumamente arduas y deben quedar integradas en sistemas nacionales de salud coherentes. Todos los problemas requieren que se actúe también desde sectores distintos del sanitario, por lo que, para que las estrategias sean eficaces, todos los agentes y organizaciones interesados deben trabajar en colaboración.

Estrategias: ciclo de vida laboral (Entrada-etapa laboral-salida)

El objetivo de la fuerza de trabajo al enfrentarse a estos problemas sanitarios mundiales es sencillo: conseguir que los trabajadores adecuados y con las capacidades pertinentes estén en el lugar oportuno haciendo lo que corresponde, y preservar así la agilidad para responder a las crisis, corregir las desigualdades actuales y anticiparse al futuro.

Un plan único no servirá porque, para ser eficaces, las estrategias que interesan al personal sanitario han de adaptarse a la historia y las circunstancias propias de cada país. La mayoría de los problemas de personal están profundamente imbricados en contextos en evolución y no se resuelven fácilmente. Pueden, además, acompañarse de una carga emocional, si afectan al estatus, y una carga política, ligada a intereses divergentes. De ahí que las soluciones que conciernen al personal exijan que los interesados intervengan tanto en el diagnóstico de los problemas como en su resolución.

Figura 3



Este informe aborda la dinámica del personal sanitario desde una perspectiva basada en el «ciclo de vida laboral». Para ello, se centra en estrategias relacionadas con la etapa en la que las

personas ingresan en la fuerza de trabajo, el periodo de sus vidas durante el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan.

El esquema de formación, sostenimiento y permanencia del personal (véase la figura 3) plantea la estrategia desde una perspectiva a la vez individual (del trabajador) y sistémica. En general, los trabajadores están preocupados por interrogantes como los siguientes: ¿Cómo puedo conseguir un trabajo? ¿Qué tipo de formación necesito? ¿Qué trato y qué remuneración recibo? ¿Cuáles son mis perspectivas de ascenso o mis posibilidades de abandonar el trabajo? Desde el punto de vista de las políticas y la gestión, el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave:

- Entrada: preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y en prácticas de contratación eficaces y éticas.
- Etapa laboral: mejora del desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado.
- Salida: gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos para limitar las pérdidas de recursos humanos.

Entrada: preparación del personal sanitario

Un objetivo fundamental del desarrollo del personal sanitario es producir un número suficiente de trabajadores cualificados con competencias técnicas y cuyos orígenes, idioma y atributos sociales los hagan accesibles y capaces de llegar a clientes y poblaciones diversos. Para lograrlo es preciso planificar y gestionar activamente el sistema de producción de personal sanitario, centrándose en desarrollar instituciones docentes sólidas, fortaleciendo la reglamentación profesional y revitalizando la capacidad de contratación.

- **Desarrollar instituciones docentes sólidas** es una medida fundamental para lograr profesionales

en número suficiente y con las cualificaciones que requiere el sistema sanitario. Aunque las variaciones son enormes entre los países, las 1600 facultades de medicina, las 6000 escuelas de enfermería y las 375 escuelas de salud pública del mundo, en conjunto, no están produciendo bastantes titulados. Para corregir las escaseces habrá que construir nuevas instituciones y conseguir una combinación más adecuada de oportunidades de formación (por ejemplo, se necesitan más escuelas de salud pública). En consonancia con el cambio en las expectativas de los titulados, que ya no consisten en «saber todo», sino en «saber cómo», la mejora de la formación exige prestar atención tanto al contenido de los planes de estudio como a los métodos pedagógicos. También el personal docente necesita formación, apoyos más fiables e incentivos profesionales, para alcanzar un mejor equilibrio con las demandas de la investigación y los servicios, que compiten por los mismos recursos. Se puede incrementar el acceso a la formación con un menor costo mancomunando los recursos a escala regional y ampliando el uso de tecnologías de la información como la telemedicina y la educación a distancia.

- **Garantizar la calidad de la formación** supone instaurar la acreditación institucional y la regulación profesional (autorización para ejercer, reconocimiento del título o inscripción). El rápido crecimiento del sector privado en el ámbito de la formación reclama una rectoría innovadora que potencie al máximo la utilidad de las inversiones privadas y que fortalezca al tiempo el papel del Estado en la regulación de la calidad de la enseñanza. Las estructuras de reglamentación, tan a menudo ausentes o ineficaces en los países de bajos ingresos, rara vez se desarrollan lo bastante como para poder velar por la calidad, la capacidad de reacción y el ejercicio ético. Es necesaria la intervención estatal para fijar normas, proteger la seguridad del paciente y garantizar la calidad mediante la provisión de información e incentivos económicos y la aplicación de la reglamentación.
- **Revitalizar la capacidad de contratación** es una medida necesaria para gestionar más eficazmente demandas del mercado de trabajo que a menudo no tienen en cuenta las necesidades de salud pública. Los servicios de contratación y colocación deberían procurar no sólo situar a los trabajadores con las capacidades adecuadas en el lugar correcto y en el momento oportuno, sino también lograr una mejor compatibilidad social entre trabajadores y clientes en lo que se refiere a sexo, idioma, origen étnico y ubicación geográfica. Merece la pena prestar especial atención a los puntos débiles de las instituciones en lo relativo a información sobre contratación y despliegue eficaz de los trabajadores sanitarios, sobre todo allí donde haya expectativas de ampliar los efectivos de personal sanitario.

Etapa laboral: mejorar el desempeño de los trabajadores

Las estrategias encaminadas a mejorar el desempeño del personal sanitario deben centrarse inicialmente en los efectivos existentes, porque la formación de nuevos trabajadores lleva tiempo.

Se pueden lograr rápidamente mejoras considerables de la disponibilidad, la competencia, la capacidad de reacción y la productividad de este colectivo mediante la aplicación de varios instrumentos prácticos y poco costosos.

- **La supervisión logra notables mejoras.** Una supervisión que brinde apoyo, pero sea a la vez firme (e imparcial), constituye uno de los instrumentos más eficaces para mejorar la competencia individual de los trabajadores sanitarios, especialmente cuando va unida a descripciones claras de las tareas e información sobre el desempeño. Puede propiciar, además, la integración práctica de nuevas capacidades adquiridas a través de la formación en el servicio.
- **Una compensación justa y fiable.** Es fundamental que los trabajadores reciban una remuneración aceptable y puntual. La forma que adopte (por ejemplo, salario u honorarios por servicio) tiene efectos sobre la productividad y la calidad de la atención que es preciso vigilar estrechamente. Los incentivos económicos y de otro tipo, como permisos de formación o servicios de guardería, son más eficaces cuando se incluyen en conjuntos de prestaciones que cuando se ofrecen solos.
- **Sistemas básicos de apoyo.** Por motivados y capacitados que estén los trabajadores sanitarios, no podrán desempeñar adecuadamente su labor en instalaciones que no dispongan de agua limpia, una iluminación suficiente, calefacción, vehículos, medicamentos, equipos que funcionen y otros suministros. Las decisiones sobre la introducción de nuevas tecnologías (de diagnóstico, tratamiento o comunicación) deberían basarse en parte en una evaluación de sus implicaciones para el personal sanitario.
- **La noción de aprendizaje de por vida** debe inculcarse en el lugar de trabajo. Puede consistir en proporcionar formación a corto plazo, animar al personal a innovar, e impulsar

el trabajo en equipo. A menudo, los trabajadores conciben soluciones sencillas, pero eficaces, para mejorar el desempeño, por lo que hay que alentarlos a que comuniquen sus ideas y actúen basándose en ellas.

Salida: gestión de la migración y las pérdidas naturales de efectivos

Las salidas no planificadas o excesivas pueden originar pérdidas considerables de trabajadores y poner en peligro el conocimiento, la memoria y la cultura del sistema. En algunas regiones, las enfermedades, los fallecimientos y la migración de los trabajadores constituyen una sangría que supera con mucho la capacidad de formación y amenaza la estabilidad de la fuerza de trabajo. Para contrarrestar las pérdidas naturales de efectivos se cuenta con estrategias como gestionar la migración, convertir las profesiones sanitarias en profesiones de elección, y atajar las enfermedades y las jubilaciones prematuras.

- **Gestionar la migración de los trabajadores sanitarios** supone compaginar la libertad de los individuos para trabajar donde elijan con el freno de las pérdidas excesivas por migración interna (concentración urbana y abandono rural) y desplazamientos de los países pobres a los más ricos. Algunas migraciones internacionales se planifican, como la importación de profesionales a la Región del Mediterráneo Oriental, mientras que otras no están planificadas y tienen consecuencias nefastas para la salud. En el caso de las migraciones no planificadas, adaptar la formación y la contratación a las realidades rurales, mejorar las condiciones de trabajo en general y facilitar el regreso de los migrantes son estrategias importantes para conservar al personal sanitario. Los países más ricos que reciben migrantes de países más pobres deberían adoptar políticas de contratación responsables, tratar con justicia a los trabajadores sanitarios que llegan y estudiar posibles acuerdos bilaterales.
- **Mantener las profesiones sanitarias como profesiones de elección para las mujeres.** La mayoría de los trabajadores sanitarios son mujeres, y están bien documentadas las tendencias hacia la «feminización» en el ámbito de la medicina, hasta ahora dominado por los varones. Para mejorar las condiciones de las trabajadoras sanitarias debe prestarse atención a su seguridad, lo que incluye protegerlas de la violencia. Deben aplicarse también otras medidas, como acuerdos laborales flexibles que tengan en cuenta las circunstancias familiares y circuitos profesionales que promuevan más eficazmente el acceso de las mujeres a altos cargos académicos y directivos.
- **Garantizar entornos de trabajo seguros.** Las pérdidas de personal por enfermedad, discapacidad y muerte son innecesariamente altas y reclaman una atención prioritaria especialmente en las zonas de alta prevalencia del VIH. Para reducir todo lo posible los riesgos laborales se cuenta con estrategias como la identificación y correcta gestión de los riesgos físicos y el estrés mental, así como el estricto cumplimiento de las directrices de prevención y protección.

Ofrecer servicios de prevención eficaces y acceso al tratamiento a todos los trabajadores sanitarios que resulten seropositivos para el VIH son las únicas medidas razonables para conseguir el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de la infección por este virus.

- **Planificar la jubilación.** En una era de envejecimiento del personal y de adelanto de la jubilación es posible atajar las pérdidas no deseadas de efectivos mediante diversas políticas. Pueden consistir en limitar los incentivos para la jubilación anticipada, reducir el costo de emplear a personas de edad avanzada, contratar de nuevo a los jubilados y mejorar las condiciones de los trabajadores de más edad. Es fundamental planificar la sucesión para preservar las competencias y capacidades fundamentales en el seno de la fuerza de trabajo.

Avanzar juntos

Imperativos para la acción

El imperativo inequívoco es fortalecer al personal para que los sistemas sanitarios puedan hacer frente a las enfermedades incapacitantes y alcancen los objetivos nacionales y mundiales en materia de salud. Es fundamental contar con una infraestructura humana sólida para colmar la brecha que hoy separa las promesas de las realidades en el ámbito de la salud y anticiparse a los desafíos sanitarios del siglo XXI.

El impulso para actuar no ha dejado de intensificarse en los últimos años. Los Estados Miembros de la OMS, encabezados por autoridades sanitarias de África, adoptaron dos resoluciones en recientes Asambleas Mundiales de la Salud en las que se reclamaba una acción mundial para desarrollar una fuerza de trabajo destinada a los sistemas nacionales de salud, lo que incluye poner freno a la migración no planificada de profesionales. Europa y América Latina han impulsado la creación de observatorios regionales de recursos humanos para la salud, y las Oficinas

Regionales de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental han lanzado nuevas iniciativas de formación en salud pública. En el marco de la Joint Learning Initiative, un centenar de autoridades sanitarias de todo el mundo recomendaron emprender acciones urgentes para atajar la crisis de recursos humanos del sector sanitario. Varios Foros de Alto Nivel para los ODM relacionados con la salud celebrados en Ginebra, Abuja y París, han formulado llamadas a la acción, y dos Consultas celebradas en Oslo han propiciado un proceso de participación de interesados para planificar el avance; de ello ha surgido el mandato claro de trazar un plan de acción mundial que fomente iniciativas nacionales con el apoyo de la solidaridad mundial.

Liderazgo nacional

Para elaborar estrategias nacionales sólidas hacen falta tanto un contenido técnico consistente como un proceso político fiable. Ello supone tener en cuenta los diversos aspectos inherentes al marco del ciclo de vida laboral y, al mismo tiempo, cultivar la confianza y los acuerdos de intermediación a través de la participación efectiva de los interesados en la planificación y puesta en práctica. Además, es probable que las estrategias nacionales resulten más eficaces si respetan tres prioridades: actuar ahora, adelantarse al futuro, y garantizar que se adquieran las aptitudes fundamentales.

- **Actuar ahora para incrementar la productividad del personal** mediante el recorte del despilfarro (por ejemplo, suprimiendo los «trabajadores fantasmas» y el absentismo) y la mejora del desempeño, lograda a través de ajustes de las compensaciones, incentivos laborales, condiciones de trabajo más seguras e iniciativas de movilización de trabajadores. Es fundamental mejorar el acopio de información para conocer las situaciones nacionales y supervisar los avances y los retrocesos.
- **Anticiparse al futuro** logrando que los interesados tracen planes estratégicos nacionales con información basada en la evidencia y escenarios sobre probables tendencias futuras. Es de prever un crecimiento considerable de la educación y los servicios privados, lo que exige asignar fondos públicos al fomento de la equidad sanitaria, la prevención y la promoción de la salud. La acción pública en el ámbito de la información, la regulación y la delegación es una función clave de los sistemas mixtos publicoprivados.
- **Garantizar que se adquieran aptitudes fundamentales** mediante el fortalecimiento de las instituciones básicas, para lograr un desarrollo sólido del personal sanitario. La planificación estratégica y la aplicación de políticas relativas al personal sanitario exigen fortalecer el liderazgo y la gestión en el sector de la salud y en otros contextos, como la educación y las finanzas. Para mejorar la labor de los sindicatos de trabajadores, las instituciones docentes, las asociaciones profesionales y la sociedad civil es preciso fijar normas e instaurar un proceso de acreditación y autorización para ejercer.

Solidaridad mundial

Por bien concebidas que estén, las estrategias nacionales no bastan por sí solas para hacer frente a la realidad de los desafíos que plantea y planteará el personal sanitario. Están igualmente condicionadas en unos países y otros por el carácter fragmentario de las pruebas, lo limitado de los instrumentos de planificación y la escasez de conocimientos técnicos especializados. Los brotes epidémicos y las inflexiones del mercado de trabajo trascienden las fronteras nacionales, y la profundidad de la crisis de personal sanitario en un nutrido grupo de países requiere la ayuda internacional. Por tanto, el liderazgo nacional debe complementarse con la solidaridad mundial por lo menos en tres frentes: conocimiento y aprendizaje, acuerdos de cooperación, y capacidad de respuesta a las crisis de personal sanitario.

- **Catalizar el conocimiento y el aprendizaje.** En todos los países, las inversiones de bajo costo, pero importantes, en el desarrollo de mejores indicadores para el personal sanitario, el acuerdo sobre marcos técnicos comunes, y la identificación y el apoyo a investigaciones prioritarias acelerarán los avances. La mancomunación eficaz de las diversas competencias técnicas y el amplio abanico de experiencias pueden ayudar a los países a tener acceso a profesionales y prácticas óptimos.
- **Alcanzar acuerdos de cooperación.** La composición cada vez más internacional del personal sanitario, consecuencia de los flujos de migrantes, agentes de socorro y voluntarios, reclama acuerdos de cooperación para proteger los derechos y la seguridad de los trabajadores y propiciar la adopción de prácticas de contratación éticas. La actual situación mundial ante la gripe aviar pone de manifiesto la necesidad, más básica, de contar con la capacidad internacional efectiva de allegar los recursos humanos precisos para atender emergencias sanitarias y humanitarias.

- **Responder a las crisis de personal sanitario.** La crisis de personal sanitario en los países más pobres es de una importancia innegable y exige una respuesta urgente, sostenida y coordinada por parte de la comunidad internacional. Los donantes deben facilitar la financiación inmediata y a largo plazo de los recursos humanos como una inversión en los sistemas sanitarios. Se aconseja registrarse por una proporción 50:50, esto es, que el 50% de los fondos para iniciativas prioritarias se destine a los sistemas sanitarios y la mitad de esta proporción se asigne a su vez a estrategias de fortalecimiento del personal sanitario nacional. El desarrollo de políticas de financiación debe hallar cauces para garantizar que los techos de contratación no sean la principal limitación a la expansión del personal sanitario. Todos los asociados deben analizar críticamente por qué medios apoyan a éste, con miras a eliminar las prácticas poco eficientes y coordinar más eficazmente sus acciones con las autoridades nacionales competentes.

El liderazgo nacional y la solidaridad mundial pueden lograr importantes mejoras estructurales de la fuerza de trabajo en todos los países, y en especial en los que padecen crisis más graves. Estos avances se caracterizarían por el acceso universal a un personal sanitario motivado, competente y bien respaldado, un mayor grado de satisfacción entre los trabajadores, los empleadores y la población, y una rectoría más eficaz de la fuerza de trabajo por parte del Estado, la sociedad civil y las asociaciones profesionales.

Plan de acción

Las autoridades nacionales competentes deben impulsar urgentemente las acciones que se desarrollan a nivel de país y sostenerlas durante al menos un decenio. En el cuadro 2 se resumen las metas del plan de acción a lo largo del decenio 2006-2015.

- Las acciones inmediatas de los próximos años consistirán en planes nacionales encabezados por países líderes y orientados a ampliar la cobertura de las estrategias eficaces, incrementar las inversiones, recortar el gasto superfluo y fortalecer las instituciones docentes. El apoyo mundial acelerará el progreso en los países y propiciará que las políticas presten atención inmediata a la información, la cooperación técnica, la uniformización normativa del espacio fiscal y la migración, y la armonización de las iniciativas prioritarias y la ayuda de los donantes.
- A mediados del decenio, más de la mitad de los países dispondrán de planes nacionales sólidos que regirán la aplicación ampliada de políticas y prácticas de gestión adecuadas en relación con los incentivos, la regulación y las instituciones del personal sanitario. Los avances mundiales consistirán, entre otros, en normas y marcos comunes, un apoyo técnico sólido y una mejor gestión de los conocimientos. Estarán en marcha programas de contratación responsable y coordinación de prioridades, así como instrumentos de desarrollo para prestar apoyo al personal sanitario.

- En todos los países, el objetivo del decenio es desarrollar un personal sanitario muy eficiente para que los sistemas nacionales de salud respondan a los desafíos actuales y emergentes. Esto significa que cada país deberá haber puesto en marcha planes estratégicos nacionales y estar proyectando el uso futuro de una sólida capacidad nacional. A escala mundial, el correcto ejercicio profesional del personal sanitario deberá guiarse por un conjunto completo de directrices basadas en pruebas científicas. Unos acuerdos de cooperación eficaces reducirán al mínimo las consecuencias adversas, pese al incremento de los flujos internacionales de trabajadores. Deberá instaurarse una financiación internacional sostenida para dar apoyo a los países receptores durante los próximos diez años, mientras éstos amplían sus efectivos.

Figura 4



Cuadro 2

| PLAN DE ACCIÓN A DIEZ AÑOS | | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|---|---|
| | | 2006 Inmediato | 2010 Medio camino | 2015 Década |
| Liderazgo nacional | Gestión | Recortar el gasto superfluo, mejorar los incentivos | Aplicar prácticas gerenciales eficaces | Sostener una fuerza de trabajo altamente eficaz |
| | Formación | Revitalizar las estrategias de formación | Reforzar los mecanismos de acreditación y autorización | Preparar a los trabajadores para el futuro |
| | Planificación | Concebir estrategias nacionales sobre la fuerza de trabajo | Superar las barreras a la implementación | Evaluar y rediseñar estrategias basadas en una capacidad nacional robusta |
| Solidaridad mundial | Conocimiento y aprendizaje | Desarrollar marcos técnicos comunes | Evaluar el desempeño con sistemas de medición comparables | Compartir prácticas adecuadas basadas en la evidencia |
| | | Reunir conocimientos especializados | Financiar investigaciones prioritarias | |
| | Políticas facilitadoras | Promover métodos éticos de contratación y los derechos de los trabajadores migrantes | Observar unas directrices de contratación responsables | Gestionar los mayores flujos migratorios para garantizar la equidad y la justicia |
| | | Reivindicar medidas de excepcionalidad en el espacio fiscal | Expandir el espacio fiscal para la salud | Apoyar la sostenibilidad fiscal |
| | Respuesta a las crisis | Financiar planes nacionales para el 25% de los países en crisis | Expandir la financiación a la mitad de los países en crisis | Sostener la financiación de los planes nacionales para todos los países en crisis |
| | | Acordar unas prácticas óptimas de los donantes en materia de recursos humanos para la salud | Adoptar la norma de inversión 50:50 para programas prioritarios | |

Avanzar juntos

Para avanzar en el plan de acción es preciso que los interesados trabajen juntos mediante alianzas y redes – locales, nacionales y mundiales – abiertas a los diversos problemas sanitarios, profesiones, disciplinas, ministerios, sectores y países. Las estructuras cooperativas pueden mancomunar los limitados recursos fiscales e intelectuales y fomentar la enseñanza recíproca. La figura 4 ilustra cómo podría crearse una alianza mundial del personal sanitario que conduzca a los interesados pertinentes a acelerar los programas nacionales básicos.

Un desafío de primordial importancia es la labor de sensibilización encaminada a situar y mantener las cuestiones relacionadas con el personal sanitario en un lugar destacado de la agenda política. Se dan las circunstancias para que se preste apoyo político, porque se está ampliando la conciencia del problema, están

surgiendo soluciones eficaces, y varios países encabezan ya intervenciones. El desarrollo del personal sanitario es un proceso continuo que está siempre abierto a mejoras. Sin embargo, se puede lograr una aceleración inmediata del desempeño en prácticamente todos los países si se aplican soluciones bien documentadas. Parte de las actividades deberían ponerse en marcha de inmediato; otros aspectos llevarán tiempo. No hay atajos ni tiempo que perder. Es el momento de actuar, de invertir en el futuro y de hacer progresar la salud de forma rápida y equitativa.

EL DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

47º Consejo Directivo
58ª Sesión del Comité Regional

Washington, D.C., EUA, 25-29 de septiembre 2006
Punto 4.13 del orden del día provisional CD47/19 (Esp.)
23 agosto 2006 - Original: español

Los Recursos Humanos de Salud Retos Fundamentales para la región de las Américas: Mesas Redondas

Se somete a consideración del Consejo Directivo una síntesis de las acciones y propuestas para un plan de acción sobre los recursos humanos de salud para las Américas. En este documento se resumen las acciones realizadas hasta el momento en los países y en los Cuerpos Directivos, un panorama de la situación y las tendencias predominantes en la Región, así como una visión de las propuestas y los acuerdos técnicos de trabajo que se están desarrollando.

En este plan de acción se reconoce que es necesaria una transformación de la cantidad, la calidad y la distribución del personal de salud para poder lograr las metas de salud de los países. En particular es necesario:

- a. *definir e implementar políticas de recursos humanos a largo plazo, basadas en información fiable y vinculadas a las políticas generales de salud.*
- b. *distribuir las personas adecuadas en los lugares adecuados, tratando de corregir las inequidades en la disponibilidad de personal de salud.*
- c. *regular las migraciones internas y externas de los profesionales de salud a fin de que no se produzcan carencias que afecten a las poblaciones más desprotegidas.*
- d. *lograr el compromiso de los trabajadores de salud con la misión de prestar servicios de calidad a toda la población.*
- e. *trabajar junto con universidades, escuelas y servicios de salud, para que la formación de nuevos profesionales y técnicos se adecue a las necesidades de salud de la población.*

Para ello, se reconoce que es necesario un esfuerzo planificado y sostenido, en el que será necesario el trabajo interno en los países, pero también la colaboración entre los países, compartiendo experiencias y conocimientos. El documento resume esta propuesta en el llamado a la acción de Toronto, en el que se proponen líneas de acción para la colaboración en los planos nacional, subregional y panamericano.

Introducción

Tendencias del personal de salud en las Américas

1. En la actualidad, la Región cuenta con 1.872.000 médicos y 3.580.000 enfermeras, lo que significa unas tasas promedio de 22 y 42 profesionales por cada 10.000 habitantes, tasas que en el último período (2000-2004) han aumentado a un ritmo anual del 0,15 en el caso de los médicos y del 0,20, en el de las enfermeras.
2. Un número importante de países de la Región no cuenta con el personal necesario para tener una cobertura

mínima (25 profesionales por cada 10.000 habitantes¹). Por su parte, otro grupo de países cuenta con una disponibilidad de personal cinco veces mayor. La densidad promedio de los recursos humanos por población en los grupos de países de baja, media y alta disponibilidad, es de 18,4, 27,7 y 122,6 (profesionales por 10.000 habitantes), respectivamente².

3. Este agrupamiento de países permite apreciar la reducción de las tasas de mortalidad a medida que aumenta la disponibilidad de recursos humanos. En los países con baja densidad de personal sanitario, la tasa de mortalidad de menores de 5 años es del 43 por 1.000, la mortalidad materna es del 148 por 100.000 y la atención del parto por personal calificado es de sólo el 74%.

Tasas de mortalidad seleccionadas y cobertura de partos en grupos de países según la disponibilidad de recursos humanos

| Recursos humanos 10.000 habitantes | Tasa de mortalidad materna | Tasa de mortalidad infantil | Tasa de mortalidad < de 5 años | Partos (personal calificado) |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| < 25 | 148 | 31 | 43 | 74 % |
| 25 a 50 | 65 | 22 | 25 | 95 % |
| > 50 | 9 | 7 | 8 | 99 % |

Fuente: Indicadores básicos, OPS/OMS

4. Los países de baja densidad de personal de salud deberán formar, emplear y retener a 124.000 médicos y enfermeras más de los que tienen actualmente. A pesar de los importantes crecimientos en la dotación de personal (en este período, Bolivia aumentó su tasa de personal un 120%, Nicaragua, un 88%, Paraguay, un 44% Costa Rica, un 25 % y Colombia, un 24%), en 2015, algunos países no podrán contar con la tasa ideal de 25 por 10.000, ya que el ritmo actual de crecimiento (en algunos casos negativo) hace improbable que algunos países puedan alcanzar estos niveles mínimos en los próximos 10 años. Los países en los que las carencias de personal de salud son mayores tienen grandes dificultades, no sólo por lo que se refiere a formación sino también en cuanto a crear y financiar puestos de trabajo que consigan atraer y mantener a los profesionales en los lugares donde más necesarios son.

1 La OMS y la Joint Learning Initiative han propuesto utilizar una medida llamada "Densidad de Recursos Humanos en Salud" conformada por la suma de los dos indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10.000 habitantes. La medición de densidad a través de este método es imperfecta ya que no toma en consideración a los demás trabajadores de la salud, pero es la única viable para efectuar comparaciones globales.

2 Para analizar la disponibilidad de personal de salud, se agrupó a los países en función a la Densidad de recursos humanos, estableciendo tres categorías: 1) aquéllos con una tasa superior a 50 por 10.000; 2) aquéllos con una tasa de 25 a 50; 3) y los que tienen una tasa inferior a 25, en consonancia con lo establecido en el Informe sobre la salud en el mundo (2006).

5. La escasez de trabajadores de salud en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en áreas urbanas, lo que determina una mala distribución de los recursos humanos y una reducción del acceso a los servicios de salud de los ciudadanos que residen en las zonas rurales. Sólo 9 de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación a la población. Existen notables diferencias en la distribución urbana-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de médicos en las zonas urbanas es entre 1,5 y 4 veces superior a la tasa general de esos países, y entre 8 y 10 veces mayor que en las zonas rurales.

Migración del personal de salud

6. La migración de los recursos humanos del sector de la salud es un fenómeno de gran complejidad, cuya notoriedad ha ido creciendo conforme van desarrollándose la extracción y la expulsión del personal de salud dentro del ámbito nacional, y entre países.

7. Entre el 25% y el 28% de los médicos que ejercen en los Estados Unidos de América, el Reino Unido, Canadá y Australia se han graduado fuera de esos países, y entre el 40% y el 75% de esos médicos provienen de países de bajos ingresos³. En relación con las Américas, en los cuatro países estudiados, se desempeñan 1.589 médicosjamaicanos (el 70% de los que lo ejercen en su país de origen); 1.067 haitianos (el 55% de los que ejercen en su país); 3.262 dominicanos (el 21% de los que ejercen en su propio país) y cifras variables de médicos peruanos, bolivianos, guatemaltecos, panameños, costarricenses y colombianos, quienes representan entre el 4 y el 5% de los médicos que permanecen en los países de donde vienen.

3 The Metrics of the Physician Brain Drain, Fitzhugh Mullan, M.D. New England Journal of Medicine, octubre de 2005, volumen 353:1810-1818.

8. En el interior de la Región, cabe destacar el papel de los Estados Unidos como activo mercado de trabajo en el área de salud. En la investigación citada anteriormente, se consigna que Canadá y México son los países de mayor emigración de personal de salud, lo cual está relacionado con la proximidad a los Estados Unidos, país en el que actualmente hay 170.000 vacantes de enfermeras, número que se prevé llegará a 260.000 en 2010. Ese déficit corresponde al 90% de la existencia total de enfermeras en América Latina y el Caribe. En el caso de los médicos, se sabe que de las escuelas de medicina de los Estados Unidos egresan anualmente un número aproximado a 17.000 nuevos médicos, mientras la demanda de residentes anuales excede esta cifra en un 30%. Estas plazas se cubren con médicos provenientes del exterior (aproximadamente 6.000 anuales), muchos de los cuales terminan adquiriendo residencia permanente en aquel país.⁴

El camino recorrido

9. El logro de las metas de los principales acuerdos internacionales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y las diversas iniciativas globales, así como los objetivos y las políticas nacionales de salud que procuran el acceso universal a servicios de salud de calidad, exige que la cuestión de los recursos humanos en salud sea abordada por los gobiernos de la Región, y que se establezcan mecanismos adecuados para la formulación de políticas y planes nacionales eficaces para la formación y utilización de los recursos humanos. Asimismo, en el contexto de los procesos regionales de integración y de la elevada movilidad tanto de los proveedores de servicios de salud como de la población, es imperativo el fortalecimiento de los intercambios entre los Estados Miembros en los asuntos de interés común.

10. En 1999 se puso en marcha el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, una importante iniciativa de la Organización encaminada a crear una mayor conciencia sobre la importancia de integrar los recursos humanos en el temario de políticas de salud, y a apoyar la formulación participativa de las políticas de recursos humanos. Para lograr sus objetivos, la iniciativa promueve la creación de redes y la colaboración activa entre las partes institucionales interesadas directas a nivel nacional para tratar y analizar los datos, vigilar las tendencias, asignar prioridades a los problemas y forjar un consenso por lo que respecta a las intervenciones en materia de políticas. Las actividades de cooperación técnica de la OPS están dirigidas a la creación de un acervo de datos básicos que permitan el análisis de tendencias y las comparaciones entre países, así como el intercambio de experiencias entre grupos nacionales del Observatorio.

Resoluciones del Consejo Directivo

11. Ante esta situación, el 45.º del Consejo Directivo, celebrado en 2004, en su Resolución CD45.R9 resolvió:

1. Solicitar a los Estados Miembros:
 - a. Que aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud que constituyan obstáculos importantes a la meta de acceso universal a servicios de salud de buena calidad y al logro de la equidad en materia de salud;
 - b. Que ejerzan el liderazgo eficaz mediante el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos, y que promuevan la participación activa de los interesados directos pertinentes en todas las fases de la formulación de políticas;
 - c. Que inviertan en el desarrollo de recursos humanos para apoyar la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, como aportación decisiva para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;
 - d. Que exploren maneras de abordar mejor los aspectos complejos de la contratación activa de profesionales de la salud de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada;
 - e. Que intensifiquen su participación en el Observatorio de Recursos Humanos en Salud como una estrategia apropiada para definir las prioridades y formular políticas sostenibles.
2. Solicitar a la Directora:
 - a. Que intensifique la cooperación técnica prestada a los países para la elaboración y aplicación de políticas y planes eficaces en materia de recursos humanos;

4 Fatal Flows — Doctors on the Move, Lincoln C. Chen, M.D., y Jo Ivey Boufford, M.D. New England Journal of Medicine, octubre de 2005, volumen 353:1810-1818.

- b. Que promueva la cooperación técnica entre los países como un mecanismo adecuado para abordar los problemas de recursos humanos de interés común, incluidos los programas de educación permanente;
- c. Que amplíe el alcance de la Iniciativa del Observatorio de Recursos Humanos en Salud para hacer frente a los nuevos retos en el ámbito del desarrollo de recursos humanos;
- d. Que contribuya a crear una estrategia regional para abordar problemas prioritarios derivados del flujo de recursos humanos entre países;
- e. Que evalúe la Iniciativa durante el bienio 2006-2007, para definir los futuros pasos de la cooperación técnica de la OPS en este campo.

Acciones regionales: Desafíos y consensos para la acción

12. Desde 2004, diversas actividades e instituciones se movilizaron alrededor de este tema, entre las que cabe señalar:

- La decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de dedicar el Día Mundial de la Salud de 2006 y el Informe sobre la salud en el mundo al tema de los trabajadores de la salud;
- La Consulta Regional, que se comentará más adelante, realizada en diversos países de la Región de las Américas por la OPS/OMS en el período de junio y julio de 2005;
- Las Reuniones Subregionales sobre Gestión de Recursos Humanos en Salud organizadas por la OPS/OMS y celebradas en Buenos Aires (Argentina), San José (Costa Rica) y Lima (Perú) en 2005 (www.observatoriorh.org);
- En diciembre de 2004 la Joint Learning Initiative (JLI)⁵ publicó su informe final, titulado: "Recursos humanos para la salud: Superemos la crisis";
- La 3ª Conferencia Nacional de Gestión del Trabajo y Educación en la Salud de Brasil, celebrada en 2006 y encaminada a debatir y analizar propuestas de directrices nacionales para la ejecución de políticas de gestión del trabajo y educación en la salud, como forma de ampliar la participación y la corresponsabilidad social en este campo⁶.

13. En julio de 2005, la Unidad de desarrollo de Recursos Humanos (HR) de la OPS/OMS, realizó una consulta sobre los desafíos críticos en relación a la gestión y formación de los recursos hu-

5 La Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development (JLI) se puso en marcha en noviembre de 2002, como una iniciativa de diferentes gobiernos, grupos, instituciones universitarias, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y particulares que buscan un reconocimiento del papel central de la fuerza de trabajo del sector de la salud. Para mayor información sobre esta iniciativa, sírvanse consultar: <http://www.globalhealthtrust.org>

6 Más información en: http://consejo.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/conferenciagestaotrabajo.htm.

manos en el sector de la salud⁷. En esta consulta se evaluó la situación de los países en relación a cinco desafíos críticos:

- a. Definir políticas y planos a largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud, y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- b. Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- c. Regular los desplazamientos de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar la atención de salud para toda la población.
- d. Generar vínculos entre los trabajadores y las organizaciones de salud que permitan el compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.
- e. Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de salud a un modelo de atención universal, equitativa y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

Un llamado a la acción

19. A partir de estas tendencias y de la Consulta Regional mencionada, la convocatoria de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en la ciudad de Toronto, buscó un consenso sobre estrategias y líneas de acción cooperativas para superar estos desafíos.

7 Más información en: <http://www.observatoriorh.org/esp/consultas.html>.

20. Este consenso se resume en el Llamado a la Acción de Toronto, en el que se reúnen las discusiones de los grupos de trabajo de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos de Salud, promovida por la OPS/OMS, celebrada del 4 al 7 de octubre de 2005 en Toronto (Canadá) junto con el Ministerio de Salud del Canadá y el Ministerio de Salud y Cuidados Prolongados de la Provincia de Ontario.

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

22. Estos esfuerzos deberían guiarse por los siguientes principios:

- a. Los recursos humanos son la base del sistema de salud: El desarrollo de los recursos humanos en salud conforma la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución del personal de salud es un factor esencial de la mejoría de la calidad de vida y la salud.
- b. Trabajar en salud constituye un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y constituye un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos sociales y las responsabilidades de los trabajadores de salud, y los derechos sociales y las responsabilidades de los ciudadanos, quienes merecen la atención y gozan del derecho a la salud.
- c. Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo: El desarrollo de los recursos humanos en el sector de la salud es un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Entre los protagonistas de este proceso social figuran los trabajadores de la salud.

23. Para lograr que los acuerdos alcanzados en la Reunión de los Observatorios de Recursos Humanos en salud se hagan realidad, es necesario que el Llamado a la Acción de Toronto tenga un impacto político y social resonante en los países que se concrete en políticas y planes de acción.

24. Estos planes y políticas deberán promover la equidad en salud, la protección social y el derecho efectivo a la salud y, al mismo tiempo, apoyar el desarrollo integrado de sistemas de salud basados en la atención primaria y los equipos multidisciplinarios. Además de estas orientaciones estratégicas, las medidas que se adopten respecto de los recursos humanos deberán promover una cultura en unos servicios de salud que sean seguros y saludables para los pacientes y para los trabajadores por igual.

Líneas de acción colectivas y colaborativas en la Región de las Américas

25. Superar estos desafíos y problemas para el desarrollo de los recursos humanos en la salud es posible a través de un esfuerzo permanente y planificado, que se traduzca en voluntad política y se lleve a la práctica con medidas concretas.

26. Se han propuesto un conjunto de Líneas de acción a nivel de los países, a nivel subregional y a nivel regional; cabe señalar que esas actividades deben ser objeto de la cooperación internacional. Estas acciones están encaminadas a lograr que al concluir 2015, cada uno de los países haya avanzado significativamente en la consecución de sus objetivos en salud a través del desarrollo de sus recursos humanos.

En los países

27. Fortalecer de la institucionalidad para el desarrollo de los recursos humanos en salud:

- a. crear y/o fortalecer las direcciones nacionales de recursos humanos, y
- b. fortalecer los Observatorios de Recursos Humanos y de su funcionamiento en forma de red como esferas de análisis de información y de concertación y negociación;

28. Financiación para el desarrollo del personal de salud:

- a. Abogacía para que el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud se perciba como una inversión social indispensable.
- b. Argumentación y negociación con los ministerios de Economía y Finanzas para la ampliación del espacio fiscal dedicado a los servicios de salud.
- c. Alineamiento, armonización y coordinación de la cooperación internacional para incrementar la financiación, en función de las prioridades nacionales.

29. Mejorar la capacidad técnica para la gestión y la formación de recursos humanos:

- a. Consolidación de la capacidad técnica de los equipos responsables de la política y la gestión de los recursos humanos, desarrollando un lenguaje común y una visión integral de esta temática.
- b. Acercamiento a los servicios de salud y las universidades y escuelas de salud pública para trabajar conjuntamente en la planificación de los recursos humanos y la formulación de programas de gestión de los recursos humanos como componentes de los currículums de salud pública y gerencia.
- c. Desarrollo de la capacidad para abordar los nuevos paradigmas, especialmente los relacionados con la necesidad de educación interprofesional y los nuevos enfoques respecto de las capacidades en los equipos de atención primaria en salud.

30. Ampliar la base de información y de datos científicos sobre recursos humanos:

- a. Generación/fortalecimiento de sistemas de información que permita controlar la formación, la existencia y la movilidad de la fuerza de trabajo en salud ampliando los Observatorios y estrategias similares.
- b. Estudio e identificación de indicadores de recursos humanos en salud para comprender mejor los impactos de los recursos humanos en la salud y los servicios.
- c. Difusión de los conocimientos en relación con las características y las condiciones de los trabajadores de la salud, con el fin de que estos conocimientos sea utilizado por quienes toman decisiones.

En las subregiones

- a. Acuerdos/abogacía en las instancias político-técnicas de integración (RESSCAD, CARICOM, MERCOSUR, CAN).
- b. Intercambio de experiencias e información, con énfasis en buenas prácticas idóneas, la creación de redes de intercambio y la cooperación horizontal.
- c. Establecimiento de mecanismos de formación (capacitación) para desarrollar la capacidad de liderazgo.
- d. Articulación de escuelas de salud pública de para el fortalecimiento de la práctica en esta esfera (investigación / capacitación).

Cooperación Internacional

- a. En los proyectos de fortalecimiento de los sistemas de salud deben figurar estrategias de recursos humanos como elemento central de sus propuestas de transformación.
- b. Es necesario mantener el entusiasmo de la comunidad internacional por el tema de los recursos humanos para

poder poner en marcha procesos a largo plazo y evitar ciclos de interés corto o fluctuante.

- c. Las principales estrategias para el plan de acción serán: la abogacía, el liderazgo, la cooperación técnica, la producción de datos fiables y las alianzas.
- d. Como demostración de la necesidad de una intervención a largo plazo, la cooperación internacional debe respaldar la idea de planes de acción para un Decenio de los recursos humanos en salud, de conformidad con el informe de la *“Joint Learning Initiative”* y las resoluciones de la OMS.
- e. Se debe ampliar el concepto de “recursos humanos en salud” a una visión de las capacidades humanas para incluir otros paradigmas de atención (modelos no occidentales) y el papel de la mujer.
- f. Preocupa el empleo y la repercusión de la financiación fragmentada procedente de organismos y programas verticales, y su incidencia en el desarrollo de los sistemas de salud y de los recursos humanos
- g. Se ha de prestar apoyo a los Observatorios nacionales con el fin de crear redes nacionales e internacionales, mantener y mejorar el flujo de datos, información, conocimientos, argumentos de soporte de políticas y promoción del diálogo social.

31. El llamado a la Acción de Toronto es un primer e importante paso colectivo para tomar decisiones y emprender acciones concretas y sostenibles hacia el pleno desarrollo de los recursos humanos en el sector de la salud en las Américas. Así pues, se alienta a los países a divulgar de la forma más amplia posible este Llamado a la Acción, a fin de que sirva de referencia y constituya una herramienta para todos los que intentan formular políticas de recursos humanos como parte de sistemas de salud más equitativos y de calidad en los países de nuestra Región.

PLANES DECENALES DE SALUD:

UNA VISIÓN COMÚN

Quito - Ecuador, 31 de julio al 2 de agosto de 2006

Hotel Colón Internacional, Salón El Dorado

Memorias del Encuentro Subregional Andino Planes decenales de salud: Una Visión Común

Antecedentes

El proceso de construcción de Planes de Desarrollo para la Década 2006-2015 constituye una tarea que ofrece a los países de la Región la oportunidad de establecer metas colectivas que estimulen el desarrollo de acciones concertadas que canalicen toda la energía de los actores nacionales.

Previo a este encuentro, se ha solicitado a los países desarrollar un taller nacional para el diseño de los Planes Decenales que pueda ser discutido en el presente encuentro y que constituya la base para elaborar una síntesis para la Región Andina.

Objetivos

1. Definir los planes decenales de salud en los países de la Región Andina, precisando los ámbitos y requerimientos de la cooperación técnica lo que permitirá el intercambio de experiencias sobre la base de las propuestas de cada país.
2. Identificar los contenidos estratégicos de los planes decenales de salud de los países de la Región Andina para acompañar su implementación.
3. Desarrollar un documento andino de propuesta de metas e indicadores que sirvan de insumo para la definición de indicadores regionales.

Agenda técnica

Lunes, 31 de julio del 2006

8H00-8H30

Inscripción y registro de participantes

8H30-9H00

Bienvenida Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo del CONASA
Encargado

Intervención Ing. Diego Victoria Mejía
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Inauguración del Encuentro Andino
Dr. Guillermo Wagner Cevallos
Ministro de Salud Pública de la
República del Ecuador

9H00-9h10

Objetivos de la reunión y metodología
de trabajo
Dra. Mónica Padilla

9H10-9H30

Hacia una década de desarrollo del Re-
curso Humano en Salud. Reunión Re-
gional de Observatorios propuesta de
Planes Decenales contenido y estruc-
tura y proyecciones para el desarrollo
del RHUS

Dr. Carlos Rosales / Dr. Félix Rígoli

9H30–10H30

Presentación de Planes Nacionales: Colombia, Ecuador y Perú

10H30–11H00

Receso

11H00–13H00

Presentación de Planes Nacionales: Venezuela, Chile y Bolivia

13H00–14H30

Almuerzo

14H30–17H00

Trabajo de grupos: Identificación de elementos comunes en la visión, contenidos esenciales, metas propuestas y posibles marcas de progreso, recursos necesarios para la implementación y sostenibilidad.

Martes, 1º de agosto del 2006

8H00–10H30

Plenaria de grupos: Conformación de una secretaría de plenaria para elaboración de documento final de la reunión

10H30–11H00

Receso

11H00–12H00

Proceso de cooperación técnica en la Subregión Andina informe de avances, lecciones aprendidas y proyecciones

Dra. Mónica Padilla

11H00–12H00

Trabajo de grupos: Necesidades de cooperación técnica para acompañar el plan definido. Acuerdos de cooperación técnica

13H00–14H30

Almuerzo

14H30–16H00

Plenaria y debate: conformación de una secretaría de plenaria para elaboración de documento final de la reunión

16H00–16H15

Receso

16H15–17H30

Presentación de síntesis de discusión plenaria sobre Planes Decenales. Debate y recomendaciones operativas

17H30–18H30

Presentación de los libros publicados por PALTEX:

- “Planificación estratégica de recursos humanos” de Mario Rovere
Dr. Eduardo Puente

- “Educación Permanente en Salud” de María Alice Roscke
Dra. Leonor Guillén

Diálogo Nacional para el análisis de la propuesta de Carrera Sanitaria para la fuerza de trabajo en salud en el Ecuador

Miércoles, 2 de agosto de 2006

Antecedentes

Uno de los objetivos centrales del Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Recursos Humanos –CONARHUS-, tiene que ver con el apoyo al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud mediante la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria. La CONARHUS concibe a la Carrera Sanitaria como un modelo para el desarrollo y gestión de la fuerza de trabajo en salud que relaciona y armoniza los derechos del ciudadano-usuario, los derechos del trabajador y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios; que asegura la gestión de la fuerza de trabajo en salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad, calidad, equidad, eficiencia, eficacia, con respeto de la diversidad cultural, profesional y técnica.

Para el efecto, se ha elaborado un documento técnico de consenso que precisa los aspectos de gestión y regulación durante las etapas de formación, ejercicio y cesación de la fuerza de trabajo en salud.

Este insumo técnico para su elevación a ley orgánica de la república, tiene necesariamente que correlacionarse con un documento jurídico que deberá adecuarse y tener consonancia con los preceptos legales vigentes de la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de Remuneraciones del Sector Público y de aquellos pertinentes al Código de Trabajo en sus diversas modalidades.

El análisis de coherencia técnico-jurídica se halla en una fase intensa bajo la responsabilidad de una “Subcomisión de Carrera Sanitaria” dependiente de la CONARHUS, que cuenta con participación de representantes gremiales, de federaciones de trabajadores, del Ministerio de Salud Pública, CONASA y de la OPS.

Objetivos

1. Socializar y analizar la propuesta de anteproyecto de ley de carrera sanitaria para la fuerza de trabajo en salud en el Ecuador
2. Identificar las posiciones de los actores nacionales para su implementación.
3. Desarrollar una agenda conjunta entre los actores involucrados para la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria

Miércoles, 2 de agosto de 2006

8H00-8H30

Importancia de la Ley de Carrera Sanitaria para la construcción del Sistema Nacional de Salud
Dr. Guillermo Wagner Cevallos
Ministro de Salud Pública de la República del Ecuador

8H30-9H30

Presentación de la Propuesta Técnica de Carrera Sanitaria
Presentación y debate
Dra. Magdalena Galindo
MSP/CONARHUS

9H30-10H30

Presentación del Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria
Presentación y debate
Dr. Rene Mauge
Consultor OPS/OMS

10H30-11H00

Receso

11H00-13H00

Foro: La visión de los actores de la Carrera Sanitaria en el Ecuador

Participan representantes de:
AFEME,
Gremios,
Federaciones,
Colegios profesionales,
Sindicatos

Taller Internacional Salud de los trabajadores de la Salud

Objetivos

1. Analizar la problemática de salud de los trabajadores de la salud
2. Presentar una propuesta de formación de RHUS en el tema
3. Evaluar factibilidad de desarrollar un proyecto andino para promover la salud de los trabajadores de la salud

14H30-15H15

El mundo de las condiciones de trabajo. Propuesta regional para la Salud de los trabajadores de la Salud
Dr. Carlos Rosales

15H15-16H00

Presentación del Programa de Formación en Salud Ocupacional
Dr. Oscar Betancourt

Comentarios y necesidades de ajuste:
Dr. Carlos Rosales

16H00-16H30

Receso

16H30-17H30

Trabajo de Grupos
Viabilidad para el desarrollo de un Proyecto Multicéntrico Andino para impulsar esta temática

17H30-18H30

Plenaria y acuerdos para seguimiento

Reunión para definir los elementos base del proyecto de construcción de la Red de Observatorios en la Región Andina

Jueves 3 y viernes 4 de agosto del 2006

Propósito

Discutir los elementos clave para la construcción una red de estaciones de trabajo de Observatorios de Recursos Humanos en Salud en los países de la Región Andina en colaboración con la Red Brasileña de Observatorios de RH en el marco del Proyecto TC41.

Objetivos

1. Definir los principales componentes que deberán ser incluidos en el Proyecto para el desarrollo de la Red Andina de Observatorios de RHUS, y acordar una propuesta para su operación.
2. Discutir y analizar los factores críticos en términos de capacidades técnicas y fuentes de financiamiento para impulsar el desarrollo de los observatorios participantes, tomando como referencia la experiencia brasileña y específicamente el mecanismo de Planes Directores para el desarrollo de los Observatorios de RHUS.
3. Definir una estrategia para la apertura de estaciones de trabajo para la Red de Observatorios de RH en los países andinos, así como el montaje de una Red Web para su interconexión inicial.
4. Identificar estaciones de trabajo para la Red de Observatorios de RH en Brasil que tengan disposición y capacidad para actuar como consultores técnicos y mentores para la primera etapa del proyecto, así como otros elementos técnicos necesarios para la implementación, sostenibilidad y funcionamiento de la Red.

Productos Esperados

Definición de:

1. Estrategias y mecanismos de apertura de estaciones de trabajo de los Observatorios de RHUS en los países del área Andina
2. Propuesta de montaje de Red Web para los Observatorios del Área Andina
3. Elaboración de bases del proyecto de fortalecimiento de la Red de Observatorios de la Región Andina (Demanda de formación especializada en investigación de RHUS, Fondos para proyectos multipaís, otros)
4. Identificación de las capacidades nacionales, los equipos de trabajo y programación de acciones de acompañamiento de la cooperación técnica
5. Compromiso de las partes para acompañar el proceso y cronograma de trabajo

Jueves, 3 de agosto del 2006

8H00-8H30

Introducción

8H30-9H00

Presentación de objetivos y metodología del Taller

9H00-9h45

Experiencia regional, objetivos e importancia de la relación con Brasil
Dr. Félix Rígoli

9H45-11h00

Presentación de experiencias de los ORHUS en los países de la región. Estructura y funcionamiento de los Observatorios: Perú, Ecuador y Colombia

11H00-11H30

Receso

11H30-13H00

Presentación de experiencias de los ORHUS en los países de la región. Estructura y funcionamiento de los Observatorios: Venezuela, Bolivia y Chile

13H00-14H30

Almuerzo

14H30-16H30

Presentación de la estructura, funcionamiento y estrategia de fortalecimiento de la Red de Observatorios en Brasil
Dr. Pedro Miguel Santos

16H30-17H00

Receso

17H00-17H30

Síntesis de la jornada y cierre de la sesión

Viernes, 4 de agosto del 2006

8H30-9H30

El significado de contar con una red de observatorios: elementos clave de sostenibilidad del proyecto; construcción de capacidades nacionales y estrategias de financiamiento
Dr. Paranguá de Santana

9H30–10H30

Rol de Planes Directores - como incentivo al financiamiento
Dr. Pedro Miguel Santos

10H30–11H00

Receso

11H00–13H00

Rol de Planes Directores - como incentivo al financiamiento.
Grupos de discusión
Dr. Pedro Miguel Santos

13H00–14H30

Almuerzo

14H30–15H30

Definición de elementos técnicos para la conformación de la red a nivel país y de la región: estaciones de trabajo, red virtual y cronograma de trabajo.

15H30–16H00

Receso

16H00–17H30

Definición compromisos de las partes para la conformación de la red a nivel país y de la región

Guía de trabajo para las presentaciones de experiencias nacionales para el proyecto de construcción de la Red de Observatorios en la Región Andina

Se solicita a los participantes lo siguiente:

Realizar presentaciones con una duración máxima de máximo 15 minutos por presentación. Se otorgarán 10 minutos para las rondas de preguntas y discusiones.

Estructura de presentación:

1. Información sobre la iniciativa del observatorio de RHUS en sus países y la trayectoria que ha tenido
2. Objetivo de los Observatorios en su país (proceso seguido, rol que juega al momento)
3. Estructura y funcionamiento
4. Actores involucrados (representatividad y participación)
5. Jerarquía de los Observatorios dentro del sistema de salud
6. Relación con políticas nacionales: Atribuciones en términos de decisiones de política

7. Productos alcanzados
8. Opinión sobre la factibilidad de fortalecer los observatorios como elementos activadores para la investigación, la búsqueda sistemática de información y su conexión con el proceso político de toma de decisiones.
9. Motivación para el fortalecimiento
10. Áreas críticas a fortalecer
11. Factores de éxito

Consejo Nacional de Salud

Comisión Nacional de Recursos Humanos
CONARHUS

Propuesta presentada en el primer Encuentro Subregional Andino
Planes Decenales de Salud: una visión común
Quito, julio 31-agosto 4 de 2006

Plan Decenal de desarrollo de los Recursos Humanos de la Comisión Nacional de Recursos Humanos

Consejo Nacional de Salud del Ecuador

Antecedentes:

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), contenidas en el Art. 26.- del capítulo VI¹; en lo que se refiere a los recursos humanos, la CONARHUS ha desarrollado su trabajo de manera sostenida impulsando un plan de acción alrededor de los siguientes objetivos principales:

- 1. Promover el desarrollo de los recursos humanos en salud, a través de la promulgación de una Ley de Carrera Sanitaria que regule y armonice la gestión de RHUS**

Uno de los objetivos centrales de la Comisión de Recursos Humanos (CONARHUS), tiene que ver con el apoyo al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud mediante la implementación de la ley de Carrera Sanitaria.

1 El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el Plan Nacional para el desarrollo de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y del mercado de trabajo.

En el ámbito público, desarrollará la carrera sanitaria considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo; calidad de los servicios y gobernabilidad, gestión de personal e incentivos basados en la evaluación de desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgo.

El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el Consejo Nacional Superior de Universidades y Escuelas Politécnicas (CONESUP) y los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y recertificación para la actualización del ejercicio profesional de salud.

La Comisión de Recursos Humanos (CONARHUS) concibe a la Carrera Sanitaria como un modelo para el desarrollo y gestión de la fuerza de trabajo en salud que relaciona y armoniza los derechos del ciudadano-usuario, los derechos del trabajador y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios; que asegura la gestión de la fuerza de trabajo en salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad, calidad, equidad, eficiencia, eficacia, con respeto de la diversidad cultural, profesional y técnica.

Para el efecto, se ha elaborado un documento técnico de consenso que precisa los aspectos de gestión y regulación durante las etapas de formación, ejercicio y cesación de la fuerza de trabajo en salud.

Este insumo técnico para su elevación a ley orgánica de la república, tiene necesariamente que correlacionarse con un análisis jurídico² de los preceptos legales vigentes en las leyes pertinentes.

2 El "Anteproyecto de Ley sobre Carrera Sanitaria", ha sido presentado por el Dr. René Mauge.

El análisis de coherencia técnico-jurídica se halla en una fase intensa bajo la responsabilidad de una "Subcomisión de Carrera Sanitaria" dependiente de la COMISION DE RECURSOS HUMANOS (CONARHUS) del Consejo Nacional de Salud, que cuenta con participación de representantes gremiales, de federaciones de trabajadores, del Ministerio de Salud Pública, y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), representación Ecuador.

Como un componente fundamental de la Carrera Sanitaria y para consolidar los aspectos técnicos relacionados con el ejercicio de la fuerza de trabajo en salud, se desarrolla a la fecha una **propuesta de Certificación Recertificación** para médicos, odontólogos, enfermeras y obstetras. Se contará con este insumo para fines de septiembre de 2006. Posteriormente, se analizará la factibilidad de aplicar esta propuesta a otras profesiones de la salud.

Todos estos instrumentos técnico-jurídicos serán de gran importancia para concretar la Ley de Carrera Sanitaria, con el propósito de impulsar el desarrollo de la fuerza de trabajo en salud contribuyendo a mejorar los niveles de salud y elevar la calidad de vida de toda la población, de conformidad con la Política Nacional de Salud y lo que dispone la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Posterior al análisis del Anteproyecto de Ley sobre Carrera Sanitaria, el Consejo Nacional de Salud (CONASA) llevará adelante un proceso de socialización, análisis y consenso entre todos los actores involucrados en el Sistema Nacional de Salud, para concretar la viabilidad de la Carrera Sanitaria en el Ecuador. Concomitantemente, a este proceso de consenso se trabajará en la formulación del reglamento a la Ley de Carrera Sanitaria.

2. Armonizar la formación y utilización de los Recursos Humanos en Salud (RHUS) de acuerdo a los modelos de atención vigentes en las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En el contexto de las políticas nacionales de salud relacionadas con el desarrollo del talento humano se han realizado varias reuniones con decanos de las facultades de medicina y ciencias médicas del país como espacios de análisis de los procesos formativos, tanto desde la visión académica, cuanto desde la perspectiva de los prestadores de servicios públicos y privados, en tanto facilitadores institucionales de los programas de Internado Rotativo y Salud Rural.

No se pretenderá la unificación del pñsum debido a las especificidades de los modelos universitarios de formación y a la autonomía institucional en el tema, así como a las características de los servicios de salud en donde se producen los procesos de formación (Internado Rotativo) y empleo (Salud Rural). Más bien, se pretenderá continuar con un proceso orientado a crear suficientes espacios de reflexión entre los planificadores universitarios para propiciar el análisis de la coherencia de los procesos formativos con las condiciones sanitarias y con los requerimientos competenciales de los diferentes modelos de atención vigentes en el país.

En el tema de la acreditación, se propone apoyar los procesos de autoevaluación y acreditación interna y externa de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, mediante la "elaboración conjunta de los criterios de producción y acreditación que permitan satisfacer las necesidades de tipo, calidad y número, de conformidad con el modelo de atención vigente y las necesidades cantonales, provinciales y nacionales" (art 44, lit. (b) de la ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud) en coordinación con el Consejo Nacional de Acreditación (CONEA) y la Asociación de Facultades de Medicina del Ecuador (AFEME).

3. Fortalecer la base de información para el funcionamiento del ORHUS-E que permita la toma de decisiones en relación a la gestión de los Recursos Humanos

Se han producido tres libros y doce informes técnicos de la Serie del Observatorio de Recursos Humanos en el Ecuador, entre los que se puede citar:

1. El Talento Humano en los Umbrales del Nuevo Milenio.
2. Estabilidad y Remuneraciones. El Personal de Salud del Ecuador a Inicio de Siglo XXI. Es un libro que articula dos investigaciones realizadas por FESALUD. La una es un estudio de Perfil de Flexibilización de las Condiciones Laborales para la Prestación de Servicios de Salud en el Ecuador y la otra es sobre Remuneraciones.
3. Empleo de los Recursos Humanos de Salud en Instituciones del sector Público.

Evaluación de la gestión

La evaluación de la gestión de la CONARHUS 2005-2006 se ratifica como un trabajo importante en la aproximación al tema de los RHUS en el Ecuador, que sin embargo presenta algunas limitaciones que se puntualizan:

- La falta de delegación de varias instituciones del sistema a la CONARHUS

- La falta de participación regular de los miembros delegados en las actividades de la CONARHUS.
- La complejidad del tema, que en determinados momentos polariza las posiciones de los miembros de la CONARHUS.
- La escasa difusión del conocimiento sobre aspectos fundamentales de los RHUS lo que impide o limita la mejor orientación de la CONARHUS en ámbitos de su competencia.

El plan de acción 2007 - 2008

Ante esta situación y en el contexto de las recomendaciones del Informe sobre la salud en el Mundo 2006 y “los desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión integral”; la CONARHUS recoge las prioridades estratégicas de i) actuar ahora para apoyar el desarrollo de la fuerza de trabajo en el Ecuador y ii) proyectarse al futuro en el marco de nuevos escenarios en el tema de los recursos humanos mediante la propuesta de un plan de acción de mediano y largo plazo.

Visión de futuro

En un plazo de 10 años, en el Ecuador se habría conseguido los siguientes objetivos:

- Apoyar al desarrollo de la fuerza de trabajo en salud en las instituciones públicas del sector que hacen parte del Sistema Nacional de Salud mediante la implementación efectiva de la Ley de Carrera Sanitaria, suficientemente financiada, para armonizar su desarrollo y la regulación de su gestión contribuyendo de esta manera a mejorar los niveles de salud y elevar la calidad de vida de toda la población ecuatoriana.
- Establecer en la Ley de Carrera Sanitaria mecanismos y procesos regulados de acreditación, certificación y recertificación, contratación, incentivos, evaluación del desempeño y educación permanente de la fuerza de trabajo en salud y lograr la aceptación, apoyo y aplicación de estas regulaciones por parte de las organizaciones sindicales y profesionales, gremios y sindicatos de trabajadores.
- Establecer entre las instituciones de formación profesional y aquellas pertenecientes al Consejo Nacional de Salud los mecanismos de regulación necesarios entre la oferta y demanda de RHUS sobre la base del conocimiento objetivo de la oferta y la proyección de las demandas de personal de salud (cantidad y competencias) para adecuar este proceso a los requerimientos de un modelo de servicios de salud de carácter universal, equitativo y de buena calidad.
- Establecer regulaciones e incentivos estatales y de otras fuentes para apoyar procesos de formación profesional conducentes a responder a las demandas objetivas del Sistema Nacional de Salud.

- Establecer mecanismos de monitoreo de las migraciones internas y externas de la fuerza de trabajo en salud del Ecuador.
- Formular convenios o acuerdos de reciprocidad/compensación migratoria con países receptores de la fuerza de trabajo en salud del Ecuador.
- Formular convenios o acuerdos de apoyo al desarrollo de la fuerza de trabajo migratoria en salud con países receptores.
- Apoyar la producción de conocimiento en el tema de los recursos humanos en salud (RHUS), a través del establecimiento de compromisos de gestión con nodos institucionales de apoyo.

Esta visión de futuro se operativiza mediante acciones concretas, factibles de ejecutarse con los recursos disponibles y en las condiciones políticas y de entorno actuales a través de un plan de acción de dos años de duración, que se presenta a continuación, desglosado por objetivos fundamentales.

Plan de acción 2007-2008 por componentes principales

1. Promover el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, a través de la promulgación de una Ley de Carrera Sanitaria que regule y armonice la gestión de RHUS

| Acciones principales de gestión institucional, planes, programas. (1) | Metas (2) | Indicadores (3) | Presupuesto bianual (US\$) (4) | Cronograma de ejecución por semestres. % y monto (5) | | | |
|--|--|--|--|--|----------------|-------------|-------------|
| | | | | I | II | III | IV |
| Ejecución de dos talleres regionales para concertar los contenidos de la versión final del anteproyecto de Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS) | Disponer en el SNS de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria para ser presentada al Congreso Nacional | Porcentaje de instituciones que han participado en los talleres regionales de revisión de contenidos del anteproyecto de la LOCS | 15.000 | 100% | | | |
| | | | Logística talleres 10.000 (53.02); materiales 5.000 (53.08) | 15.000 | | | |
| Sistematizar las observaciones de los talleres regionales para concertar los contenidos de la versión final del anteproyecto de Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS) | Disponer en el SNS de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria para ser presentada al Congreso Nacional | Acta de entrega a la CONARHUS de la versión final del anteproyecto de la LOCS con las observaciones de los talleres regionales | 3.000 | 100% | | | |
| | | | Contratación de consultoría 2.000 (53.06); viáticos 1.000 (53.03) | 3.000 | | | |
| Presentación del anteproyecto de Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS) al Congreso Nacional y desarrollo de estrategia de lobbying | Aprobación de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria por el Congreso Nacional | Promulgación de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria LOCS y publicación en el Registro Oficial | 6.000 Logística talleres 5.000 (53.02); materiales 1.000 (53.08) | | 100% 6.000 | | |
| Contratación consultoría para formulación del reglamento a la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS) | Disponer en el SNS de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria y su correspondiente reglamento aprobado por el Ejecutivo | Acta de entrega del reglamento a la LOCS a la CONARHUS | 10.000 | | 100% | | |
| | | | Contratación de consultoría 10.000 (53.06); | 10.000 | | | |
| Ejecución de dos talleres regionales para concertar los contenidos de la versión final del reglamento a la Ley de Carrera Sanitaria (LOCS) | | Porcentaje de instituciones que han participado en los talleres regionales de revisión del reglamento a la LOCS | 10.000 | | | 100% | |
| | | | Logística talleres 10.000 (53.02) | | | 10.000 | |
| Sistematización de aportes y opiniones de participantes en talleres de análisis del reglamento a la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria (LOCS) | | Aprobación de la CONARHUS del documento sistematizado de observaciones al reglamento a la LOCS Reglamento publicado en el Registro Oficial | 3.000 | | | 100% | |
| | | | Contratación de consultoría 2.000 (53.06); 1.000 viáticos (53.03) | | | 3.000 | |
| 2 Talleres Regionales de consulta con colegios profesionales sobre la Propuesta Nacional de Certificación y Recertificación de Enfermeras, Odontólogos y Obstetras | Consenso con colegios profesionales sobre la Propuesta Nacional de Certificación y Recertificación de Enfermeras, Odontólogos y Obstetras | Porcentaje de colegios profesionales participantes en los Talleres Regionales de consulta sobre la Propuesta Nacional de Certificación y Recertificación | Materiales (53.06) 1.500; Logística talleres 10.000 (53.02); viáticos (53.03) 2.000 | | 13.500 100% | | |
| 2 Talleres regionales de compatibilización de los instrumentos y procesos de acreditación entre el Consejo Nacional de Acreditación (CONEA) y las instituciones formadoras de RHUS | Propuesta de compatibilización de los instrumentos y procesos de acreditación entre el Consejo Nacional de Acreditación (CONEA) y las instituciones formadoras de RHUS | Porcentaje de instituciones participantes en talleres de compatibilización | Materiales (53.06) 1.500; Logística talleres 10.000 (53.02); viáticos (53.03) 2.000 | | 13.500 100% | | |
| Monitoreo de los procesos de acreditación de las instituciones formadoras de RHUS en todo el país | Monitorear los procesos de acreditación de las instituciones formadoras de RHUS en todo el país | Porcentaje de instituciones formadoras de RHUS en todo el país que han sido monitoreadas en sus procesos de acreditación | Materiales (53.06) 1.500; Logística talleres 10.000 (53.02); viáticos (53.03) 2.000 | 20000 | | | |
| | | | | 5000 25% | 5000 25% | 5000 25% | 5000 25% |

2. Armonizar la formación y utilización de los RHUS de acuerdo a los modelos de atención vigentes en las instituciones del Sistema Nacional de Salud

| Acciones principales de gestión institucional, planes, programas. (1) | Metas (2) | Indicadores (3) | Presupuesto bianual (US\$) (4) | Cronograma de ejecución por semestres. % y monto (5) | | | |
|--|---|---|--|--|-------------|-----|----|
| | | | | I | II | III | IV |
| 3 Reuniones regionales y 1 Taller Nacional para el análisis de la coherencia de los procesos formativos de Pregrado, Internado Rotativo, Salud Rural y Postgrado con las condiciones sanitarias y el modelo de atención definido en la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud | Documentos regionales sobre el análisis de la coherencia de los procesos formativos de Pregrado, Internado Rotativo, Salud Rural y Postgrado con las condiciones sanitarias y el modelo de atención definido en la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud | Acta de entrega de los documentos regionales y nacional de análisis de la coherencia de los procesos formativos de Pregrado, Internado Rotativo, Salud Rural y Postgrado con las condiciones sanitarias y el modelo de atención definido en la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud | 9000 Materiales (53.06) 1.500; Logística talleres 6.000 (53.02); viáticos (53.03) 1.500 | 4500 50% | 4500 50% | | |
| Contratación de consultoría para la sistematización del análisis de la coherencia de los procesos formativos de Pregrado, Internado Rotativo, Salud Rural y Postgrado con las condiciones sanitarias y el modelo de atención definido en la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud | Documento Estado del Arte de la coherencia de los procesos formativos de Pregrado, Internado Rotativo, Salud Rural y Postgrado con las condiciones sanitarias y con el modelo de atención definido en la ley orgánica del Sistema Nacional de Salud | Consultoría entregada a la CONARHUS | Contratación de consultoría 4.000 (53.06); | 2000 50% | 2000 50% | | |

3. Fortalecer la base de información para el funcionamiento del ORHUS-E que permita la toma de decisiones en relación a la gestión de los Recursos Humanos

Objetivo General

Fortalecer a la CONARHUS mediante la asociación con nodos de apoyo a la producción de conocimiento en el tema de los recursos humanos en salud (RHUS), a través del establecimiento de compromisos de gestión.

Objetivos específicos

- Acreditar instituciones de apoyo al trabajo de la CONARHUS, que tengan disposición, capacidad y experiencia para concretar los compromisos de gestión requeridos por la CONARHUS.
- Concretar los compromisos de gestión requeridos con instituciones acreditadas para formar parte de alianzas y redes generadoras de conocimiento en el tema de los RHUS que apoyen técnica y políticamente el trabajo de la CONARHUS.
- Vincular los contenidos de los compromisos de gestión con los planes de acción para la Década de Promoción de los Recursos Humanos.
- Generar vínculos de mediano plazo para promover la cooperación horizontal entre los grupos participantes en las alianzas y redes de manera que se favorezca la transferencia de tecnologías y el aprendizaje conjunto en el tema de los RHUS.

- Contribuir a desarrollar una perspectiva amplia de cooperación y conocimiento de la realidad nacional e internacional entre los grupos participantes en las alianzas y redes de apoyo a la CONARHUS.

Estrategias

Este plan se concretaría mediante la asociación en alianzas y redes a través de compromisos de gestión con las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, las instituciones financieras y donantes, los gremios de trabajadores, las universidades y autoridades de salud, y otros actores.

Los compromisos de gestión implican un compromiso de trabajo de mediano plazo entre la institución (CONASA/ CONARHUS), el Ministerio de Salud y la OPS, y las instituciones acreditadas para formar parte de estas alianzas y redes estableciendo aportes y responsabilidades de las partes, lo que permitirá apoyar actividades y al mismo tiempo asegurar que esas actividades se hallen articuladas en una lógica sistémica y sus resultados sean aprovechables por todos.

| Acciones principales de gestión (institucional, planes, programas etc. (indicar brevemente en que consiste cada uno) (1) | Metas (3) | Indicadores (5) | Presupuesto anual (US\$) (6) | Cronograma de ejecución por trimestres. % y monto (8) | | | |
|---|---|---|---|---|--------|--------|----|
| | | | | I | II | III | IV |
| Implementación de acuerdos de gestión con instituciones de apoyo, para producir información sobre recursos humanos | Observatorio de recursos humanos funcionando en red con nodos de apoyo a la producción de información | Plan de acción del observatorio, con objetivos y productos definidos en acuerdos de gestión con instituciones de apoyo (responsabilidades y financiamiento) | 30.000 | 50% | 50% | | |
| | | | Contratación de consultoría 10.000 (53.06); materiales (53.08) 20.000 | 15.000 | 15.000 | | |
| Auspicio del Observatorio a iniciativas de generación de conocimiento en el tema de RH-US. Definición de TDR, convocatoria, calificación y asignación | Cinco investigaciones sobre el tema de RH-US adjudicadas | Número de acuerdos de gestión firmados con instituciones de apoyo (responsabilidades y financiamiento) | 6.382 | 50% | 50% | | |
| | | | Contratación de consultoría 2.360(53.06); Materiales (53.08) 4.022; Gestión de fondos para contratación de consultoría 10.000 | 3.362 | 3.000 | | |
| Auspicio para publicaciones | Publicaciones sobre el tema de RH-US | Número de publicaciones realizadas | 10.000 | | | 100% | |
| | | | Publicación 10.000 (53,06) | | | 10.000 | |

Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del desarrollo de Recursos Humanos en Salud
Dirección Ejecutiva de Políticas y Regulación

Lima - Perú
2006

La construcción de la Política Nacional y el Plan Decenal para la década del desarrollo de los Recursos Humanos en Salud (RHUS): El Camino Peruano

1. Objetivos de una Política Pública

Si consideramos que la Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS, es una política pública, entonces necesitamos un acercamiento conceptual a lo que es una política pública. El análisis de la evolución de los modelos conceptuales en los que se basaron la definición de estas políticas, nos puede dar algunas pistas al respecto, teniendo en cuenta que tradicionalmente en los modelos de formación de política pública pueden reconocerse cuatro componentes básicos: definición del problema, generación y selección de opciones, puesta en ejecución y evaluación¹:

- a. En la década de los años setenta, las políticas públicas estuvieron influenciadas por los modelos verticales, en los que no se promovía la interacción entre las actividades, se asociaban fuertemente con problemas de estancamiento y de miopía en los procesos de formación y gestión. Son los denominados modelos de formulación, donde la política fluía de arriba hacia abajo. El modelo de Laswell (1962) es claramente vertical, las decisiones fluyen de arriba hacia abajo, siendo las actividades iniciales o superiores las dominantes y donde la actividad de evaluación es de carácter terminal. Este modelo sintetiza los que fueron modelos verticales y paradigmáticos en su momento y reconocidos como pioneros en el tema de formación de políticas y programas.
- b. Con base en la información que provee Viana (1996), se puede decir que luego de ello se pasó a otros modelos,

cuya gravitación pasó de la definición del problema, a la de gestión. En ellos, también, la interacción empieza recientemente a aparecer. Entre estos modelos podemos señalar²:

- a. El modelo de Kingdon (1984) que ofrece, por su parte, una importante evolución. Es un modelo centrado en la definición de agenda, en la cual para efectos analíticos, se incluyen en ella por primera vez, dos actividades clave: la definición del problema y la generación de alternativas.
- b. Los holandeses Hoppe, Van de Graaf y Van Dijk (1985) fortalecen, por su parte, la interacción entre la formulación de la política (que incluye la elaboración de alternativas y la selección de una de ellas) y la implementación.
- c. Finalmente, Merilee Grindle y John Thomas (1991) le dan gran importancia a la interacción entre las diferentes actividades en un modelo de formación de políticas públicas, haciéndolo dinámico y cambiante con el tiempo

1 Carlos Gerardo Molina. MODELO DE FORMACION DE POLITICAS Y PROGRAMAS SOCIALES. Documento de Trabajo en el SEMINARIO TALLER PARA FUNCIONARIOS DEL MINSA, INDES-PERU. Lima, Perú, 2006.

2 Carlos Gerardo Molina, Ibid.

- d. Los modelos participativos, son aquellos en los que el alcance de cada una de las actividades del modelo está influido, en buena medida, por la forma como se dé la participación de diversos interesados. Entre más participativo, mayor será la posibilidad de enriquecer con diferentes visiones, la definición del problema y la generación de opciones. El modelo de formación de política interactivo e iterativo es el modelo representativo de este grupo.

El camino peruano de construcción de su política nacional del RHUS y su respectivo plan de implementación de largo plazo, acoge este último modelo de formación de una política pública. Una política pública debe ser el producto de un proceso permanente de construcción social, en tanto se constituya en una política social; por lo tanto, los actores sociales e institucionales que participan de esta construcción, deben responder a una pregunta inicial: ¿Para qué se construye una política pública? La respuesta a dicha pregunta debe considerar que una política pública nos debe permitir³:

- a. Definir un norte.- Una Política Pública nos permite definir una Visión, cuyo horizonte de tiempo es amplio.
- b. Definir una trayectoria.- La Política Pública también nos debe permitir definir los caminos o estrategias para tener al objetivo mayor, es decir a la Visión, al alcance.
- c. Precisar algunos productos para la sociedad.- En el esfuerzo por definir el plan de implementación de la Política, debe permitir definir los productos que ofrecemos a la sociedad, siendo estos productos expresados en términos de políticas específicas, programas o proyectos, los que deberán desarrollarse en espacios de tiempo más cortos que los planteados para el logro de la Visión.
- d. Diseñar mecanismos de acción.- Es decir, delinear procesos y sus respectivas acciones para la construcción de esos productos.
- e. Identificar los responsables sociales.- Es decir, individualizar aquellos actores sociales claves para la implementación de la Política, su evaluación y mejora continua, proceso en el que se delimitará su responsabilidad.
- f. Validar socialmente los productos.- Esta validación debe buscar la reducción de la probabilidad de imposición arbitraria de la Política, lo que permitirá que las acciones definidas en el marco de la Política tengan la pertinencia social que corresponda.
- g. Incorporar los productos ofrecidos como práctica de la sociedad.- Esta incorporación es el principal aporte que los actores sociales que interactúan para la definición, ejecución, evaluación y mejora continua de la Política Pública hacen a la sociedad.

2. Elementos Constitutivos de una Política Pública

En ese contexto, los elementos constitutivos de una política pública se relacionan con:

- a. El interés por un problema público.- Es decir, la construcción de una política pública requiere de una intervención desde el espacio público para la mayor cantidad de gente posible. El carácter de lo público puede también relacionarse, aunque en menor grado, con la “relevancia” de la acción: se trata de acciones que sean importantes para la población afectada, y además esta población debe ser en su agregado importante dentro del conjunto de la sociedad
- b. La realización de acciones.- Las políticas no son sólo discursos, documentos, leyes o normas; muy por el contrario, son cursos de acción, proyectos, programas en marcha.
- c. La toma de decisiones.- Las decisiones deben ser estratégicamente seleccionadas y tomadas por parte de un conjunto amplio de actores (dentro de un conjunto de alternativas, conforme a una jerarquía de valores y preferencia de los interesados)

3. El ciclo de la política pública en el modelo interactivo e iterativo de formación de Políticas Públicas

En los diversos modelos de formación de políticas públicas, como ya lo mencionamos anteriormente, se puede encontrar los siguientes cuatro componentes: definición del problema, generación y selección de opciones, puesta en ejecución y evaluación. Un primer avance importante en la construcción de las políticas fue la concepción de ciclo; es decir, una política pública no se construye linealmente, sino que pasa por diversas etapas de construcción (figura N° 1).

3 Mónica Padilla, Coordinadora de RHUS de la Subregión andina, OPS.

Estos componentes, aunque tradicionales al desarrollo de toda política pública, no siempre aparecen en la práctica. Por ejemplo, es frecuente que la identificación, análisis y selección de alternativas no se desarrolla, y que se asocie un problema con una sola vía de solución que ha sido la tradicional o la que ya está institucionalizada. Además, aún cuando estos componentes estén presentes tienen a veces alcances limitados. Por ejemplo, la evaluación suele circunscribirse tan sólo a una actividad de control o de seguimiento de tareas⁴.

Figura N° 1.- Ciclo de formación de una política pública.



4. El Modelo interactivo e iterativo de formación de una política pública

El “Modelo interactivo e iterativo de formación de políticas y programas” es el modelo que los gestores peruanos de Recursos Humanos en Salud (RHUS) seleccionaron como elemento unificador de los esfuerzos conceptuales y metodológicos para la construcción de su política nacional de desarrollo de RHUS.

En este modelo⁵, se han mantenido los cuatro componentes básicos mencionados anteriormente, y sólo por claridad se ha desagregado su primer componente básico en dos: el análisis de la situación y la definición de prioridades y objetivos; asimismo, se ha separado el segundo componente “tradicional” (“generación y selección de opciones”) en dos componentes: el análisis de opciones y la selección entre opciones. Con este modelo, lo que se pretende es definir que el camino de construcción de nuestra Política Nacional de RHUS no es lineal y nunca acaba; es decir, por su naturaleza iterativa, constantemente estamos volviendo hacia el “inicio” o revisando y mejorando cada uno de los componentes de la Política y por su naturaleza interactiva es indispensable construir espacios de confluencia, de concertación, en las que los actores sociales del campo de RHUS pongan sobre la mesa de diálogo sus respectivos intereses, prioridades, perspectivas, así como sus voluntades y compromisos (figura N° 2). En ese sentido, la gerencia social de las políticas públicas es compartida por un conjunto de actores que asumen parte de la responsabilidad de la ejecución de la política y, en su proceso, tienen la oportunidad de mejorarla y hacerla más eficiente.

4 Carlos Gerardo Molina. Ibid-

5 Carlos Gerardo Molina. Ibid-

Figura N° 2.- Modelo Interactivo e Iterativo de formación de una política pública



El papel de la entidad rectora, o con mecanismos de regulación explícitos o implícitos, es la de coordinar los esfuerzos comunes para realizar cada una de las acciones en cada uno de los momentos de la construcción de la política; busca, promueve y consolida espacios de concertación para hacer viables las opciones de política seleccionadas; en el ámbito de sus funciones y atribuciones, toma decisiones para facilitar las acciones implicadas en las opciones tomadas y, de no corresponderle ninguna o de tener escasa potestad regulatoria, realiza acciones de abogacía en las instancias pertinentes para lograr las metas planteadas. Es decir, se convierte en una especie de gerente social de la política pública, que emplea una serie de estrategias para cumplir su rol, pero que en esencia acciona a través de espacios sociales e institucionales más amplios de los habituales. Las palabras claves de todo gerente social entonces son: capacidad de convocatoria, construcción de consensos sociales, regulación intermediada y búsqueda de acuerdos beneficiosos para la población más vulnerable de los sistemas de salud.

5. La política de recursos humanos de salud en el Perú

Nuestra política nacional para el desarrollo de los RHUS, se constituyó en un marco doctrinario primigenio que nos ha permitido definir ocho lineamientos

de política, para cada uno de los cuales se han definido resultados esperados, con sus respectivas acciones estratégicas y sus marcas de progreso o indicadores que nos permita monitorear y evaluar los avances, retrocesos o estancamientos del proceso de implementación de la política. Adicionalmente, se ha iniciado un proceso de construcción de políticas regionales de RHUS, basadas en los ocho lineamientos de política. El conjunto se constituye en la plataforma básica sobre la cual se está construyendo el “Corpus de la Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud”.

Estamos aún en los primeros peldaños de un proceso largo, tortuoso, complicado, pero esta corta experiencia constructiva nos demuestra que en el seno de los diversos actores sociales del campo de los RHUS en el Perú, existe vocación por el diálogo y la concertación de esfuerzos, donde las aristas inevitables de desencuentros se compensan con aquellas otras vinculadas a la voluntad de emprender un camino colectivo de búsqueda de las respuestas a la pregunta inicial planteada.

Nuestra apuesta es que el proceso de formación de nuestra política de RHUS sea parte de un gran pacto social en el país y cuya planificación estratégica de implementación, la implementación misma, su monitoreo y evaluación, intente abordar con mejores argumentos, instrumentos y respuestas efectivas, la tensión existente entre las demandas de la población por ejercer el derecho a la salud, las demandas y derechos de los trabajadores de salud y las demandas y objetivos de las organizaciones del sistema de salud.

Los elementos claves que siempre tenemos presente en la formación de nuestra política nacional, son (figura N° 3):

- Información y evidencias de los problemas (racionalidad técnica).
- Un corpus de principios y valores que la sustentan (racionalidad ética).
- Los intereses de actores sociales involucrados (racionalidad política).

Figura N° 3.- El triángulo de la racionalidad para la formación de la política nacional de RHUS



Teniendo en cuenta que la búsqueda de una ética contemporánea es indispensable para la construcción de una política pública y que existen un conjunto de opciones entre las cuales podemos mencionar a la ética democrática, la del bien común y la de la ciudadanía, nuestra opción recoge lo mejor de las dos primeras y se centra en la tercera, donde se establece claramente que una política social antiética es aquella que ha dado origen a la fragmentación social, la focalización perversa y la ciudadanía de baja intensidad; que por el contrario, la ética de la ciudadanía es la de la igualdad como horizonte, la equidad como estrategia y la justicia social como fin; por lo tanto, nuestra política construida de este modo, apuesta por el universalismo, la focalización estratégica y la elevación de los estándares mínimos correspondientes.

El corpus de la política nacional para el desarrollo de los RHUS, intermedia las políticas de salud, es decir, las hacen posibles; por lo tanto, deben estar al servicio del modelo de atención y de los objetivos estratégicos del sector y, esencialmente, deben buscar que los trabajadores sean competentes, estén motivados, sean adecuadamente remunerados y protegidos, se desempeñen de manera eficiente en los servicios, en el lugar y momento adecuado, de tal manera que sean un pilar fundamental en la consecución de metas o se constituyan en generadores de cambios.

6. Los precursores del proceso de construcción del corpus nacional de la política de RHUS Año 2002 - 2004

Entre el año 2002 y mediados del 2004, se producen una serie de hechos que fueron determinantes para el despliegue del proceso actual. Entre estos hechos podemos destacar

- Con ley del MINSA el año 2002, la Escuela Nacional de Salud Pública se convierte en el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, en cuyo reglamento incorporan 10 funciones generales, todas relacionadas al ámbito

de la rectoría del campo de RHUS, así mismo le encarga la gestión del proceso: Desarrollo de Recursos Humanos.

- b. En abril del 2003 se desarrollo el Seminario Internacional “El desafío de la función de rectoría del campo de los RHUS”, con el auspicio de OPS y la participación de funcionarios de la sede Washington, luego del cual se llevó a cabo el primer taller nacional de RHUS en la que participaron autoridades nacionales y regionales del campo de los RHUS. Estos eventos tuvieron el objetivo de establecer las bases conceptuales e instrumentales iniciales para la construcción de la política nacional de RHUS. En el último, se formuló un primer documento de políticas de RHUS, en base a la identificación de problemas críticos del campo de RHUS.
- c. A fines del 2003, una delegación de cuadros técnicos y funcionarios del Perú participó en la V reunión de los Observatorios de RHUS, la que se realizó en Argentina.
- d. Como consecuencia de lo anterior, el IDREH desarrolló cuatro acciones importantes:
 1. La conformación de una comisión de alto nivel del MINSA, con la participación de todos los órganos de línea, que se encargó de revisar y mejorar el documento trabajado en el taller nacional.
 2. La publicación del documento, “Bases conceptuales para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos”⁶, con la finalidad de dotar a la comunidad de salud del país, elementos conceptuales del desarrollo y la gestión de los RHUS, como parte de un esfuerzo inicial por cumplir el nuevo rol y asumir los retos en los niveles descentralizados⁷.
 3. El diagnóstico basal del estado de la situación de la gestión descentralizada de RHUS, aplicando un instrumento de evaluación a las 24 Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS) del país⁸
 4. El despliegue de un esfuerzo de dimensiones nacionales para la adecuación regional de los ocho lineamientos de política de RHUS aprobados, con la estrategia de convocatoria amplia de los actores del campo de RHUS a nivel regional.

6 Marfa Casas, Bases conceptuales para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos, MINSA, IDREH, segunda edición, 2004, Lima, Perú.

7 Francisco Sanchez Moreno, Prólogo a la segunda edición de “Bases conceptuales para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos”.

8 Lizardo Huamán, Los Lineamientos de Política nacional para el desarrollo de los RHUS. Estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los RHUS, Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 2, IDREH, 2005, Lima, Perú.

- e. Durante este período inaugural, el IDREH se había planteado la meta de oficializar las políticas de RHUS lo mas pronto posible; sin embargo, estuvo franqueado por los habituales vaivenes de los cambios políticos en las altas esferas del MINSA, por lo que ante un cambio ministerial, se produjo el relevo en la jefatura institucional, lo que significó una parálisis en las iniciativas generadas desde la Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión de RHUS, hasta finales del 2004, lo que significó el retiro del apoyo de OPS para el cumplimiento del acuerdo de la V Reunión de los Observatorios de RHUS de las Américas que había propuesto la realización de la VI Reunión en el Perú.

7. Los ajustes iterativos al proceso de construcción de la política nacional de RHUS

La adopción del enfoque de formación interactiva e iterativa de una política pública nos debe obligar a retornar constantemente a los pasos iniciales, monitorear y evaluar permanentemente la ejecución de la política de manera conjunta entre los actores del campo de RHUS. Nos debe permitir hacer los ajustes indispensables para renovar y mejorar nuestros enfoques conceptuales y metodológicos, el diseño y contenidos de los lineamientos de política, sus resultados y acciones respectivas. La concepción del carácter circular de la formación de una política, nos permitió hacer algunos ajustes esenciales no sólo a los aspectos conceptuales, las estrategias inicialmente diseñadas, a los instrumentos de apoyo y a la incorporación progresiva de un modus operandi que finalmente se ha convertido en el sello distintivo de nuestro proceso: la construcción colectiva.

Sin embargo, hay que tener siempre presente que esta cimentación es compleja, tiene múltiples externalidades, es lenta y en el proceso de puesta en marcha de algunas iniciativas que demandaron mucho esfuerzo, cada cierto tiempo se producen estancamientos, retrocesos, búsqueda de

nuevos caminos que dejan de lado lo ya recorrido, entre otros aspectos negativos. Todo esto puede promover la desazón, el desconcierto, la fatiga y, las más de las veces, el descreimiento de los actores sociales en las propuestas que inicialmente parecían potentes, viables y factibles. Presentamos algunos ajustes iterativos del proceso de construcción del corpus de nuestra política nacional:

a. Ajuste iterativo: Caracterización de la problemática del campo de los RHUS, a través del estudio del ciclo largo de recursos humanos y su modo de regulación

Al iniciar el proceso de formulación del documento que daría origen más tarde al documento: "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud"⁹, la definición de los lineamientos de política se establecieron en base a un listado de problemas basados en información no actualizada. Con la publicación del Informe al País¹⁰, esta información se actualiza y se caracteriza la problemática del campo de los RHUS a través del estudio de fenómenos, hechos y resultados acumulados en espacios de tiempo prolongados. Esta forma de apreciar lo sucedido por ciclos y sus "modos de regulación" evita la mirada dispersa, que acumula información, superponiéndola, sobre la disponibilidad de recursos humanos, la distribución, la matrícula, el número de facultades, las especialidades, los postgrados, las remuneraciones y todo lo demás, sin revelar su lógica general. El ciclo largo actual ha venido configurándose a partir de varios desplazamientos, en particular cinco, que han terminado produciendo la nueva situación¹¹:

1. La desarticulación entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de los servicios y la demanda educativa muy por encima de la oferta de las universidades e institutos superiores.
2. La ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud y por tanto el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995 en adelante, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento sino del mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.
3. El cambio en simultáneo del régimen laboral, del sistema de nombramientos al de contrataciones y el mantenimiento del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas, además de las de la base de la pirámide, la afectación del status de las profesiones de salud y en

algunos casos su paso a semi-profesiones, el retorno de la conflictividad laboral y la fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.

4. La revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al gerencialismo, como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración, también, de la característica emprendedora de los peruanos, variable clave hoy del desempeño.
5. El serio debilitamiento de la rectoría, con la dispersión de ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, y el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

Todos estos cambios y regularidades han desestructurado el anterior "sistema de recursos humanos" de los 80, que ya era difícil de catalogar como sistema. Por eso se ha venido señalando en diferentes estudios sobre los recursos humanos del Perú y América Latina que la desregulación de los 90 estaba generando una crisis de gobernabilidad del campo de recursos humanos¹². Esta caracterización, no permitió un ajuste iterativo a nuestro proceso de construcción de nuestra política de RHUS, en la medida que permite un modo de organización de los procesos de intervención y hace patente la problemática del campo de manera mucho más contundente en los espacios de decisión estratégica que en la fase primigenia, pese a que en algunos aspectos sustanciales el Informe País sólo los reafirma.

b. Ajuste iterativo: construcción de argumentos y evidencias de la importancia crítica de los RHUS

Cada vez hay más evidencias de la relación entre trabajadores de salud y los

9 Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, MINSA, 2006.

10 Juan Arroyo, Informe al País: Situación y Desafíos de los Recursos Humanos en Salud, Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N° 1, IDREH, 2005, Lima, Perú.

11 Juan Arroyo, Ibid.

12 Juan Arroyo, Ibid

resultados sanitarios. Abundan las pruebas de que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios están efectivamente relacionados con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres. Se ha comprobado que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares. A la inversa, la malnutrición infantil ha empeorado con los recortes de personal durante las reformas del sector sanitario.

Un elemento de ajuste iterativo ha sido la generación de evidencias que permitan relacionar intervenciones en el campo de los RHUS, la mejora del desempeño de nuestros sistemas de salud y de la salud de toda la población. Al inicio, sólo ofrecíamos como argumento el esquema de esta correlación el Informe País nos permitió esgrimir evidencias sobre esto y argumentar de mejor manera ante las autoridades sanitarias, sociales y políticas del campo de RHUS, sobre la importancia vital de emprender una serie de acciones en RHUS, si es que se quiere lograr resultados sanitarios efectivos; teniendo en cuenta que uno de los objetivos del proceso de construcción de nuestra política nacional de RHUS es involucrar a los decisores del gobierno y del Estado, así como construir una capacidad de liderazgo que signifique amplia convocatoria, generación de consensos y compromisos institucionales, interinstitucionales y del conjunto de actores del campo de RHUS.

Esta búsqueda de evidencias y argumentos nos permitió demostrar la distribución centralista y no equitativa de los RHUS; la relación inversa existente entre densidad de profesionales de la salud y tasa bruta de mortalidad, así como con la tasa de mortalidad infantil; la puesta en agenda del creciente problema de la migración externa de estos profesionales; alta conflictividad en el ámbito del trabajo; oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por la demanda; aumento de la demanda por especialización como mecanismo de inserción en mejores condiciones en el mercado laboral; aumento excesivo de la oferta de formación técnica en salud como negocio privado; desregulación de la formación profesional y técnica; la débil rectoría del campo de RHUS, entre otros problemas.

c. Ajuste iterativo: del proceso de implementación de los lineamientos de política al plan decenal para el desarrollo de los RHUS

A fines de diciembre del 2005, se aprobaron de manera oficial los ocho "Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los RHUS de Salud", luego de haber sido aprobados por unanimidad en el Consejo Nacional de Salud. Estos lineamientos de política pretenden abordar de manera integral la amplia y compleja problemática del campo de los RHUS en el Perú. El análisis de esta problemática puede ser abordada de manera esquemática a partir de tres ejes:

1. Rectoría y disponibilidad de RHUS.
2. Competencias de los RHUS (formación y capacitación)
3. Gestión del trabajo.

Los lineamientos referidos a la formación de RHUS (LP1) y a la capacitación (LP4) inciden de manera central en la problemática de las competencias de los RHUS; los lineamientos referidos al planeamiento estratégico de los RHUS (LP2), a la gestión descentralizada (LP3) y la que aborda el problema de los agentes comunitarios de salud (LP5) abordan la problemática de la débil rectoría del campo de los RHUS y la disponibilidad de RHUS en el sistema de salud; los lineamientos referidos a la normatividad laboral (LP6), las condiciones en las que el trabajador desempeña su trabajo (LP7) y el abordaje de la alta conflictividad de la esfera de los servicios de salud (LP8) tratan de afrontar los desafíos del mundo del trabajo.

En la definición del plan operativo anual del año 2004 del Proyecto AMARES¹³, en el componente de recursos humanos, se plantea la necesidad de un Plan Maestro de RHUS. Lamentablemente, ni en el Proyecto ni en el IDREH había una definición operacional del mismo, por lo que en el 2004 y buena parte del 2005 se entrampó la discusión entre quienes pensaban que dicho plan era un plan de largo plazo y los que interpretaban que se refería a un plan de abordaje de toda la problemática del campo de los RHUS.

En la primera mitad del 2005, OPS difunde la convocatoria a la VII Reunión de los Observatorios de RHUS de las Américas y decide hacer una encuesta a los países participantes sobre la problemática de los RHUS como parte de una serie de acciones encaminadas a dar continuidad y efectividad a los acuerdos de la reunión que ese año se realizaba en Toronto, Canadá.

13 Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su Aplicación en una Región del Perú, AMARES. Proyecto de gestión compartida entre el MINSA y la Comunidad Europea.

Paralelamente, a nivel internacional, en el marco de la decisión de la OPS de establecer coordinaciones subregionales más estrechas, Perú es escogido como sede de la coordinación de los países del área andina y designada como coordinadora a la Dra. Mónica Padilla y a nivel nacional el IDREH decide liderar el proceso de implementación de los ocho lineamientos de política (LP) a partir de la definición participativa y concertada de estrategias y de acciones por cada LP.

Para dicho fin, se convoca a representantes de los actores sociales e institucionales del campo de RHUS del nivel nacional y se organizaron tres mesas de trabajo para que cada una de ellas profundizara y definiera las estrategias y acciones señaladas (Figura N° 4).

Figura 4.- Relación entre problemas del campo de RHUS, lineamientos de de Política y mesas de trabajo

Se esperaba alcanzar acuerdos importantes en este proceso, sin embargo, la natural heterogeneidad de los participantes y el frecuente relevo de los representantes en los foros de discusión inicialmente convocados, puso en peligro este importante esfuerzo en la medida que introdujo elementos distractores importantes a la discusión de fondo: la cada vez más frecuente discusión sobre las diversas definiciones de estrategia, táctica y acción; la puesta en el tapete de la discusión por parte de participantes nuevos de tópicos aparentemente ya agotados en sesiones anteriores; la permanente queja de los participantes acerca de la definición de acciones similares para la implementación de LP diferentes; la discusión dispersa sobre los mecanismos de implementación y la preocupación creciente sobre la viabilidad de las propuestas a discutir y no tanto en las propuestas en sí, lo que trajo como consecuencia cierta fatiga precoz y desazón en actores claves de este proceso constructivo.

En la segunda mitad del 2005, fruto de la Reunión de Toronto se definen cinco desafíos para el campo de los RHUS en la próxima década y se lanza el denominado “Llamado a la Acción”, en la que se insta a los países de las Américas a definir políticas y planes nacionales para la década. En el Perú se establece la meta de definir el plan decenal como parte del proceso

de implementación de los ocho LP y se negocia con el proyecto AMARES para establecer las acciones encaminadas para la construcción de dicho plan, como parte de las acciones que habían sido definidas para la del plan maestro, lo que nos permite tener acceso a un importante monto financiero para desplegar una serie de esfuerzos que habían sido diseñados en un pequeño plan de acción, el mismo que había sido estructurado en cuatro momentos:

1. Definición de prioridades y objetivos de intervención en base a cada LP.
2. Definición técnico operacional de las acciones seleccionadas.
3. Análisis técnico operacional de las acciones seleccionadas.
4. Incorporación de estas acciones en el plan decenal.

A fines del 2005 se incorpora de manera instrumental la matriz de marco lógico, como parte del ajuste iterativo para mejorar y sistematizar mejor las discusiones y resultados esperados de las mesas de trabajo. Esta decisión nos permitió en primer lugar jerarquizar nuestros objetivos y transformar cada LP en un propósito, las estrategias de implementación en resultados y las acciones en actividades de la matriz del marco lógico (figura N° 5) ¹⁴

14 Lizardo Huamán, Ricardo Zúñiga, Víctor Carrasco, Wilfredo Solís. Plan Decenal para el Desarrollo de los RHUS, Documento de trabajo desarrollado en base a los productos de las mesas de trabajo 1, 2 y 3. IDREH, 2006. Se señala también que el fin de la implementación de las políticas de RHUS es: “Contribuir al fortalecimiento de la conducción política y técnica del desarrollo de los recursos humanos como factor estratégico para la implementación de la política nacional de salud, generando resultados y beneficios para la población peruana, con equidad e inclusión social”.

Figura N° 5.- Relación entre lineamientos de política, estrategias y acciones para el desarrollo de RHUS y propósito, resultados y actividades de la matriz de marco lógico

| JERARQUIA DE OBJETIVOS | OBJETIVOS | INDICADORES | MECIOS DE VERIFICACION | SUPUESTOS |
|------------------------|-------------------------|-------------|------------------------|-----------|
| Fin | | | | |
| Propósito | Lineamiento de Política | | | |
| Resultados | Estrategias | | | |
| Actividades | Acciones | | | |

Adicionalmente permitió ordenar la discusión, centrarla en los contenidos, establecer nexos entre logros y factores condicionantes (indicadores en función de supuestos) hacer un esfuerzo en definir marcas de progreso jerarquizadas y sus respectivos medios de verificación. Al centrar la discusión en los contenidos de los resultados y actividades para el logro del propósito, es decir la implementación de la política, se disminuyó al mínimo la discusión sobre estrategia, táctica y acción; se relativizó la discusión de los mecanismos de implementación y se establecieron relaciones de coherencia entre actividades, resultados y propósito mucho más sólidas que las que se tenían al inicio.

Sin embargo, si bien es cierto este paso nos permitió tener una herramienta técnico-metodológico más apropiada para

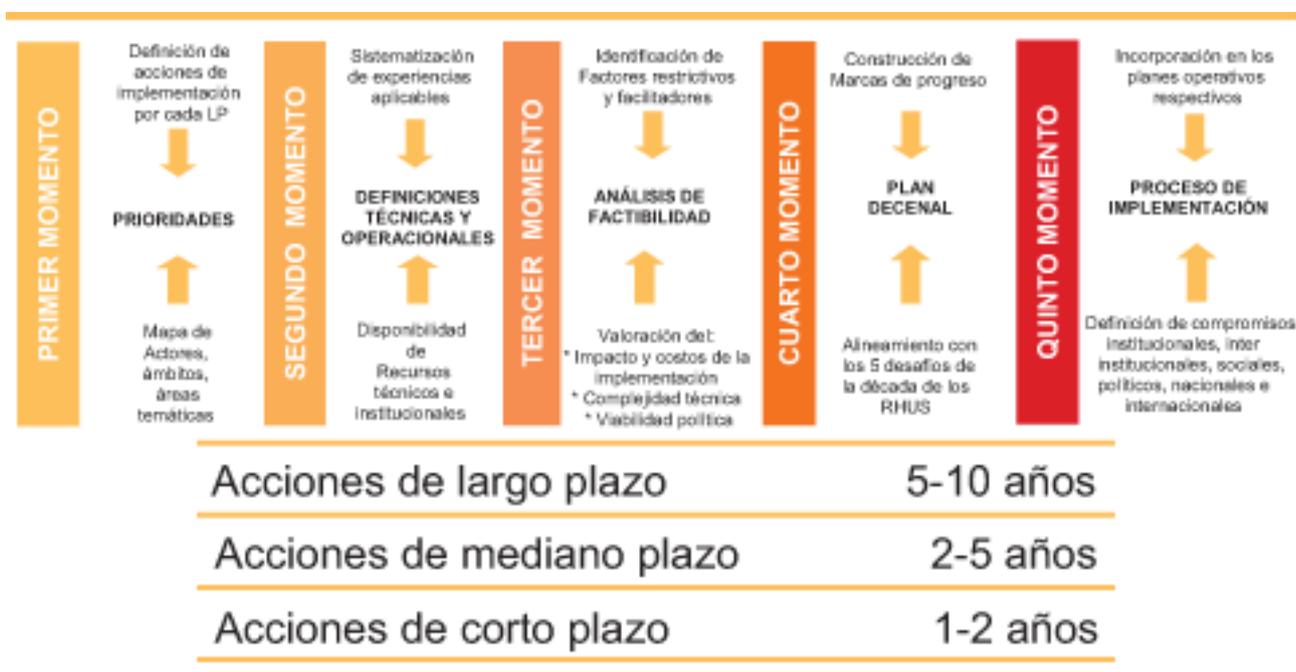
el análisis exhaustivo, en algunos aspectos se perdió la mirada estratégica del momento primigenio: por ejemplo, al analizar el segundo LP que se relaciona con la planificación estratégica de RHUS, inicialmente se incluía una propuesta de un nuevo servicio de salud comunitaria, como estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención con la dotación de RHUS competentes, en los lugares más vulnerables del país, en cambio en el desarrollo del trabajo de las mesas se pierde esta iniciativa que es, en nuestro concepto, una iniciativa que abona a una reforma estructural y aporta sustantivamente a la mejora de la equidad del sistema de salud.

Los ajustes a la propuesta generada a partir del valioso esfuerzo de las mesas de trabajo están en pleno proceso, en ese sentido se han hecho ajustes al plan inicial, quedando actualmente con cinco momentos, en donde el quinto momento es el que corresponde al proceso de implementación y su horizonte de tiempo es el 2015 (figura N° 6 y 7)

Figura N° 6.- Momentos y condiciones para la implementación del Plan Decenal de RHUS



Figura N° 7.- Horizonte de tiempo para la implementación del Plan Decenal



Es decir que para garantizar el logro de los objetivos de la década:

1. Es indispensable culminar con el proceso de construcción de un sistema de RHUS descentralizado, en el que los órganos encargados de la gestión del trabajo y el desarrollo de RHUS tengan un nivel estratégico al interior de las organizaciones de las instancias regionales y locales y no dependan del área administrativa como lo es actualmente;
2. Existan funcionando el sistema de regulación de todo el campo de los RHUS; es decir debe incluir el ejercicio de rectoría en el campo del trabajo (IDREH-MINSA) y del educativo (Universidad y Ministerio de Educación) así como el subsistema de regulación del espacio de articulación entre el mundo del trabajo y la educación (tanto para pre-grado como para post-grado y especialización)
3. Este funcionando un sistema de información del campo de los RHUS, entendido no como el software de acopio de datos y generación de reportes, sino el espacio donde se construyen acuerdos estratégicos para generar evidencias, información y conocimientos, se generan los mismos y se dota de estos insumos a los decisores del sistema de salud.
4. Se debe contar con un contingente de profesionales especializados en gestión del trabajo y desarrollo de RHUS a lo largo y ancho del país.

Hay que tener en cuenta además que hay un factor adicional que hay que tomar en cuenta para el proceso de implementación. Actualmente la proliferación de espacios y actores que se relacionan con el campo de RHUS, lo que pone en peligro la idoneidad de las acciones de implementación, la duplicidad de

las mismas y puede contribuir con su ineficiencia. Ante esta situación, se plantea que el sistema de RHUS descentralizado tenga los siguientes componentes (figura N° 10):

1. El IDREH, órgano rector del campo de RHUS en salud, actualmente con instrumentos de regulación explícitos en el ámbito de los servicios de salud, con espacios de liderazgo en espacios de articulación docencia-servicio;
2. El CONARHUS, órgano consultivo de alto nivel interinstitucional representativa del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, que deberá constituirse a partir del CONADASI, comité del Concejo Nacional de Salud
3. El Observatorio de RHUS, foro estratégico de convocatoria de los actores del campo de RHUS, que debe constituirse en la estrategia que vertebra los diferentes esfuerzos para la generación de información, evidencia relevante y conocimiento en el campo de los RHUS y salud.

4. El Sistema de Regulación de la Articulación Docencia Servicio e investigación en Salud, actualmente centrado en la regulación del pregrado de las ciencias de la salud a través de la experiencia nueva del SINAPRES, y existiendo para el Sistema Nacional del Residentado Médico, SINAREME, sobre cuya base debería constituirse el sub-sistema de regulación del post-grado y especialización de todas las profesiones de salud.

Estos espacios del nivel nacional de gobierno deberán tener su respectiva réplica en las instancias descentralizadas, regionales y locales, transformando los comités nacionales en regionales o locales, el observatorio nacional en observatorios regionales y el IDREH-MINSA por la Dirección Regional-Oficinas Ejecutivas de RHUS (o la que hagan sus veces) Todo esto configura un escenario de que necesitan de una gran voluntad política con capacidad de liderar procesos de cambio, lo que aparentemente podría hacer que calificamos esta propuesta de ambiciosa; sin embargo, los cambios se inician con la discusión de una propuesta concreta y en función de la evaluación de su viabilidad se hacen los ajustes indispensables; por lo tanto, parafraseando un viejo dicho popular diremos: “no hay peor propuesta que aquella que no se propone”.

Figura N° 8.- Componentes del Sistema de RHUS a nivel nacional



8. Significado de este esfuerzo inicial de formación de nuestra política nacional de RHUS

El enorme esfuerzo que ha significado todo este proceso en el país, ha podido desarrollarse gracias a la voluntad común de un amplio contingente de gestores de RHUS, de todo nivel e índole, desde los directores ejecutivos de las oficinas de RHUS de las

regiones hasta el despliegue generoso en acciones del ex-viceministro de salud Dr. José del Carmen Sara, pasando por los representantes nacionales y regionales de los colegios profesionales, de las federaciones y centrales de trabajadores, de la sociedad civil, de las universidades y asociaciones de facultades y escuelas de ciencias de la salud, de los órganos del Ministerio de Salud, de EsSALUD, de las Sanidades de las FFAA y de la PNP, directores regionales, directores de hospitales nacionales, algunos presidentes regionales, gerentes de desarrollo social de todas las regiones del país, organismos cooperantes, proyectos del MINSA, los respectivos asesores y equipos técnicos de cada una de estas instancias, entre otros actores que brindaron su granito de arena. Asimismo es preciso relevar el papel fundamental de OPS en todo este proceso, tanto la oficina en Washington como la coordinadora de la subregión andina y la consultora nacional de RHUS.

Especial consideración cabe aquí al Jefe y Subjefe Institucional del IDREH, sus respectivas asesoras técnicas y el equipo técnico de la Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión de RHUS del IDREH que contribuyeron de manera decisiva en la obtención de algunos logros en este proceso.

Teniendo en cuenta el esquema de respuesta inicial de la pregunta ¿qué es una política pública?, podemos señalar algunos contenidos:

- a. **Definir un norte:** El Perú ha logrado enfrentar con efectividad, factores claves planteados en los 5 desafíos para la década de RHUS –Toronto 2005.
- b. **Definir Una trayectoria:** El Perú está en constante formación concertada de sus políticas de RHUS en los próximos 10 años.
- c. **Precisar algunos productos para la sociedad:** El Perú ofrece a sus ciudadanos, usuarios de su Sistema de Salud, Resultados esperados, definidos en el Plan Decenal de RHUS, con sus respectivos indicadores de progreso.

- d. **Diseñar mecanismos de acción:** La existencia de instancias de Rectoría del campo de RHUS con capacidad de liderazgo, la concertación de esfuerzos entre actores sociales y la veeduría ciudadana son los instrumentos estratégicos del proceso iterativo e interactivo de formación de las políticas de RHUS.
- f. **Identificar responsables sociales:** Los actores claves del Campo de los RHUS son corresponsables del proceso de formación de las políticas de RHUS.
- g. **Validar socialmente los productos:** Las políticas de RHUS se implementan a través de programas y proyectos de corta o mediana duración, definidos en el Plan Decenal de RHUS y cuya implementación implica una evaluación social constante.
- h. **Incorporarlos como práctica de la sociedad:** Los resultados exitosos se incorporan al conjunto del Sistema de Salud, como parte de un gran Acuerdo Nacional que se evalúa cada cinco años.

Adicionalmente, algunos logros:

- a. Ocho Lineamientos de Política Nacional para el desarrollo de RHUS.
- b. Documento inicial de un Plan Decenal para el desarrollo de los RHUS.
- c. Participación de más de 30 instituciones nacionales del Campo de RHUS, 23 regiones del país y alrededor de 800 actores técnicos, políticos, sociales, institucionales que han participado en estos dos últimos años.
- d. Veintitrés regiones con documentos concertados de políticas regionales de RHUS.
- e. Seis regiones que respaldan estos documentos con Ordenanzas Regionales y 3 en proceso.
- f. Ocho regiones con sus Comités Regionales de RHUS instalados.
- g. Diez regiones con acuerdos interinstitucionales para el proceso de implementación de sus políticas regionales de RHUS.

| DESAFIO | CHILE | COLOMBIA | ECUADOR | BOLIVIA | PERU | VENEZUELA | SUB REGIONAL |
|---|--|--|--|--|--|---|---|
| Planes Nacionales Unidades Comisiones | <p>Generación de un sistema gestión de la APS.</p> <p>Reconversión de personal hacia la APS.</p> <p>Sistema de información para la definición de estándares para determinar brechas de especialistas y personal de APS.</p> <p>Implementación de proyectos de intención para mejorar la utilización de los RRHH en los sistemas de urgencia en el SNS.</p> <p>Elaboración de informes periódicos de dotación</p> | <p>Implementación de Consejo de RRHH y Comités de Observatorios nacional y regionales</p> <p>Ampliar funciones a asociaciones y colegios profesionales</p> | <p>Consolidación y actualización de la Política y plan nacional de RRHH en salud</p> <p>Fortalecimiento de ORHUS/ CONARHUS</p> | <p>Censo Nacional de RRHH. Composición, distribución y necesidades.</p> <p>Establecimiento de líneas de trabajo</p> <p>Reactivación del Observatorio de RRHH.</p> <p>Asamblea Constituyente.</p> | <p>Institucionalizar el proceso de participación nacional en la conformación de las políticas de RRHH.</p> <p>Plan nacional de formación de personal de salud en gestión integral del desarrollo de RRHH.</p> <p>Fortalecimiento del Observatorio de RRHH y sus nodos.</p> | <p>Desarrollo del Observatorio del Talento Humano para el monitoreo de políticas públicas.</p> | <p>Observatorio: Fortalecimiento, formalización, institucionalización y redes.</p> <p>Información: producción y utilización de información para la toma de decisiones y generación de políticas.</p> <p>Grupos interinstitucionales como instancias de concertación, negociación y asesoría.</p> <p>Financiamiento para el desarrollo y sostenibilidad de las iniciativas</p> |
| Distribución de personal Personas adecuadas en lugares adecuados | <p>Mapeo de requerimientos de RRHH.</p> <p>Desarrollo de planes pilotos de distribución en enfermería.</p> <p>Definición de perfiles</p> | <p>Reglamentación de Servicio Social Obligatorio, becas crédito y de especialidades médicas.</p> <p>Formación de personal de APS y Tecnólogos.</p> | <p>Metodología de asignación de recursos humanos/ dotación de personal.</p> <p>Desarrollo de incentivos y beneficios salariales.</p> | | <p>Generación de un sistema de información compatible con los demás sistemas de información.</p> <p>Diseño de nuevos servicio de salud comunitaria como mecanismo de redistribución de personal.</p> | | <p>Mapeo de información/ Análisis de situación.</p> |
| Migración | <p>Generar datos sobre movimientos de personal de salud migración e inmigración.</p> | <p>Estudio para caracterización del problema.</p> | <p>Caracterización de la situación y monitoreo.</p> <p>Generar acuerdos de reciprocidad, garantía de las condiciones de trabajo/ compensación.</p> | <p>Caracterización de la situación de la migración.</p> | <p>Información sobre el tema</p> | <p>Apoyo a las diferentes iniciativas subregionales</p> <p>Fortalecimiento del ORAS.</p> | <p>Caracterización de la situación</p> <p>Definición de temas críticos: regulación de las condiciones de trabajo, las modalidades de contratación, los mecanismos de compensación.</p> |
| Generar vínculos con los trabajadores Gestión Carrera sanitaria | <p>Generación de sistemas de incentivos con énfasis en APS.</p> <p>Valorización de otras profesiones del equipo de salud.</p> <p>Estructura de Cargos</p> | <p>Reglamentación de ley de talento humano en salud.</p> <p>Diseño de componente de RRHH en información en salud</p> <p>Formación en gestión de RRHH.</p> | <p>Reglamentación y aplicación de la carrera</p> <p>Formación en liderazgo y gestión de RHUS.</p> | <p>Estatuto del Trabajador de Salud</p> <p>Plan nacional de Educación Permanente</p> | <p>Propuesta de carrera sanitaria.</p> <p>Estrategia de EPS para el desarrollo de capacidades de RHUS.</p> <p>Sistema de evaluación del desempeño de RHUS.</p> <p>Fortalecimiento de mecanismo de negociación en el ámbito de SS.</p> | <p>Desarrollo de estrategias de capacitación en políticas públicas para la gestión en salud de la nueva institucionalidad del SPNS.</p> | <p>Carrera sanitaria: Financiamiento, Desempeño, incentivos, evaluación y educación permanente, (salud de los trabajadores???)</p> <p>Formación de líderes en gestión de RRHH/ Planes Nacionales de capacitación/ EPS.</p> <p>Fortalecimiento de equipos de APS: perfiles, estructura, dotación y financiamiento de cargos</p> |
| Relación entre docencia y servicio | <p>Establecimiento de mecanismos permanentes de regulación por incremento de la oferta educativa.</p> | <p>Consolidación de procesos de acreditación de prestadores de servicio y entidades educativas</p> | <p>Análisis de coherencia entre formación y prestación de servicios.</p> <p>Monitoreo y ordenamiento de los procesos de formación en IR, Salud Rural y Posgrado.</p> | <p>Regularización de la práctica profesional tradicional.</p> | <p>Consolidación del sistema nacional de ICA para el pregrado, especialidad.</p> <p>Implementación del Sistema Nacional de evaluación, acreditación y certificación de la calidad educativa en salud.</p> <p>Desarrollo de la especialidad en salud familiar y comunitaria articulada al modelo Atención Integral y al 1° nivel de atención.</p> | | <p>Internado, Servicio Social y Residencias como espacio de concertación de intereses y para el desarrollo del modelo de atención con énfasis en APS.</p> <p>Acreditación de Instituciones educativas y programas de formación (pertinencia social y en función de las políticas de salud???)</p> |

PLANES DECENALES DE SALUD:

UNA VISIÓN COMÚN

Documento de trabajo
Quito - Ecuador 2006

Síntesis de la plenaria de grupos

Encuentro Subregional Andino: Planes Decenales de Salud: Una Visión Común. Salud de los Trabajadores de la Salud

Objetivos

1. Reunir líderes de los equipos nacionales de los gobiernos de los países andinos y a los consultores responsables del desarrollo del tema de RH en las Representaciones de OPS
2. Conocer y debatir las propuestas nacionales de planes de desarrollo de recursos humanos para el decenio, identificando contenidos estratégicos y metas a alcanzara así como monitorear los avances que se logren en los países de la Región Andina.
3. Desarrollar un documento andino de propuesta de contenidos de Plan Decenal con énfasis en los indicadores o marcas de progreso, que se constituya en insumo para la definición de la propuesta para la Región de las Américas.
4. Identificar los contenidos estratégicos de la cooperación técnica para acompañar la implementación de los Planes para la Década.

1. Encuentro Subregional Andino: Planes Decenales de Salud

- Definir/Conocer los avances en el desarrollo de los planes decenales de salud en los países de la Región Andina, precisando los ámbitos y requerimientos de la cooperación técnica lo que permitirá el intercambio de experiencias sobre la base de las propuestas de cada país (Colombia, Chile, Bolivia, Venezuela, Ecuador, Perú).
- Identificar los contenidos estratégicos de los planes decenales de salud de los países de la Región Andina para acompañar su implementación
- Participar en la sesión de diálogo nacional sobre la propuesta de carrera sanitaria para los trabajadores de la salud en Ecuador

- Desarrollar un documento andino de propuesta de metas e indicadores que sirvan de insumo para la definición de indicadores regionales.

2. Dialogo Nacional sobre la propuesta de Carrera Sanitaria para la fuerza de trabajo en salud del Ecuador

- Socializar y analizar la propuesta de anteproyecto de ley de carrera sanitaria para la fuerza de trabajo en salud en el Ecuador
- Identificar las posiciones de los actores nacionales para su implementación
- Desarrollar una agenda conjunta entre los actores involucrados para la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria

3. Taller Internacional de Salud de los Trabajadores de la Salud

- Analizar la problemática de salud de los trabajadores de la salud
- Presentar una propuesta de formación de RHUS en el tema
- Evaluar la factibilidad de desarrollar un proyecto andino para promover la salud de los trabajadores de la salud.

I. Actividades realizadas

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

1. Encuentro Subregional Andino: Planes Decenales de Salud

- Las reuniones contaron la presencia de:
 - Representantes del Ministerio de Salud de Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile
 - Representantes de gremios de los trabajadores de la salud de Ecuador
 - Representantes de la OPS de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela, Chile y Washington
- Se discutieron los siguientes temas:
 1. El significado y los objetivos de la reunión de los Observatorios en Lima a realizarse en noviembre del presente año.
 2. Elementos de los planes de desarrollo de los países en los siguientes aspectos, relacionados a los desafíos identificados en el Llamado a la Acción de Toronto:
 - Planes-Unidades
 - Distribución
 - Migración
 - Gestión
 - Docencia-Servicio
 3. Elementos comunes en los planes de desarrollo de recursos humanos en salud, en cuanto a la visión, contenidos, metas, propuestas y posibles marcas de progreso, recursos necesarios y sostenibilidad.
 4. Proceso de cooperación técnica en la Sub Región Andina, específicamente los avances y las lecciones aprendidas.
 5. Necesidades de cooperación técnica para acompañar el plan definido por cada país y definición de la agenda Sub Regional

2. Dialogo Nacional sobre la propuesta de Carrera Sanitaria para la fuerza de trabajo en salud del Ecuador

- La reunión contó con la presencia de:
 - Representantes de Federación Médica Ecuatoriana
 - Presidente de la Federación Odontológica
 - Presidente de la Federación de Enfermeras
 - Representante de la Facultad de Ciencias Medicas y de la Salud
 - Representantes de OPS
 - Representantes del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Salud de Ecuador
 - Representantes del CONARHUS

Proceso de Construcción de la Carrera Sanitaria en los países:

- El representante de la OPS Washington presentó los aspectos generales, objetivos y avances de la Carrera Sanitaria en la región de las Américas.
- La comisión de trabajo del CONARHUS de Ecuador presentó los avances en el proceso de construcción de la Carrera Sanitaria y los elementos jurídicos y técnicos de la misma.
- Luego se realizó un Foro de discusión donde se discutieron las propuestas de carrera sanitaria de Ecuador.

3. Taller Internacional de Salud de los Trabajadores de la Salud

- La presencia en las reuniones de:
 - Representantes del Ministerio de Salud de Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Chile
 - Representantes de gremios de los trabajadores de la salud de Ecuador
 - Representantes de la OPS de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Venezuela, Chile y Washington
- Se discutieron los siguientes temas:
 - El representante de la OPS Washington presentó la propuesta regional para la salud de los trabajadores de la salud.
 - La viabilidad para el desarrollo de un proyecto multicéntrico andino para impulsar el desarrollo de la carrera sanitaria, acuerdos y compromisos.

II. Resultados

1. Planes decenales de desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Anexo 1 y Anexo 2 sobre las iniciativas de los países

Los siguientes son los elementos comunes identificados a partir de

la presentación de las iniciativas de los países para el desarrollo de planes decenales de recursos humanos en salud:

| DESAFIO | AGENDA SUBREGIONAL |
|--|---|
| Planes Nacionales Unidades Comisiones | <ul style="list-style-type: none"> • Observatorio: Fortalecimiento, formalización, institucionalización y redes • Información: producción y utilización de información para la toma de decisiones y generación de políticas. • Grupos interinstitucionales como instancias de concertación, negociación asesoría. • Financiamiento para el desarrollo y sostenibilidad de las iniciativas |
| Distribución de personal Personas adecuadas en lugares adecuados | <ul style="list-style-type: none"> • Mapeo de Información • Análisis de situación. |
| Migración | <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización de la situación • Definición de temas críticos: regulación de las condiciones de trabajo, las modalidades de contratación, los mecanismos de compensación |
| Generar vínculos con los trabajadores Gestión Carrera sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> • Carrera sanitaria: Financiamiento, Desempeño, Incentivos, evaluación y educación permanente, • Salud de los trabajadores • Formación de líderes en gestión de RRHH/Planes Nacionales de capacitación/EPS. • Fortalecimiento de equipos de APS: perfiles, estructura, dotación y financiamiento de cargos |
| Relación entre docencia y servicio | <ul style="list-style-type: none"> • Internado, Servicio Social y Residencias como espacio de concertación de intereses y para el desarrollo del modelo de atención con énfasis de APS. • Acreditación de Instituciones educativas y programas de formación • Pertinencia social y en función de las políticas de salud |

• Se identificaron tres grupos de países, los que se encuentran en distintos ciclos:

- Chile y Colombia
- Perú y Ecuador
- Bolivia y Venezuela: estos países plantean una nueva agenda, la cual es el reflejo de una política nacional y que no parte de un proceso de concertación.

2. Carrera sanitaria en Ecuador. Anexo 2 sobre el Foro de Discusión de la Carrera Sanitaria

- El proceso de construcción de la carrera sanitaria en Ecuador

parte de las siguientes premisas:

- Exigencias y requerimiento de la institución y derechos del trabajador
- Se centra en la formación, ejercicio y cesación
- Incorporar a todos los trabajadores, aunque se manifestó que los trabajadores aceptaban la Carrera Sanitaria siempre y cuando se respetaran las “conquistas de los trabajadores”.

• Algunos de los puntos que despertaron interés y discusión fueron:

- Sólo se podrá concursar a los puestos de trabajo del lugar de residencia y domicilio (No queda claro cómo podrá atacarse el aspecto de redistribución geográfica con esta estrategia)
- Carácter voluntario de la Carrera Sanitaria: podría generar distorsiones.
- La descentralización de la carrera debe darse solo luego de generar las capacidades necesarias para administrar-la a nivel central.
- Además no se han desarrollado elementos importantes como mecanismos de incentivos, movilidad horizontal y vertical, y el escalafón salarial, que necesariamente deben ser discutidos y concensuados y que requieren de capacidades técnicas importantes para su desarrollo y proceso de negociación con otros sectores por su relación con las políticas laborales y requerimientos financieros.
- Hasta el momento el proceso de discusión de la carrera sanitaria sólo involucra al sector salud y trabajadores, más no se ha convocado al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Hacienda.

3. Salud de los Trabajadores de la Salud

- Se identificaron una serie de procesos complementarios que deben desarrollarse en los siguientes campos:
 1. Político: Colocar el tema de Salud de los Trabajadores de la Salud en la agenda política de los países, y en este sentido es necesario identificar claramente metas trazadoras.
 2. Técnico: Generar un lenguaje común a través del cual se pueda comunicar el problema e insertarlo en la agenda del gobierno. En el marco de protección social y condiciones de trabajo decentes se reconocieron aspectos importantes que son necesarios desarrollar como son:
 - Aseguramiento (de accidentes y enfermedades profesionales) para salud y pensiones
 - Jubilación
 - Riesgos Laborales
 3. Metodológico: definir algunas metodologías comunes que puedan ser utilizadas para la caracterización y abordaje del problema.
 4. Organizativo: Lograr generar una estructura básica en las instituciones, encargada de la gestión de la salud de los trabajadores de la salud, dado que las oficinas de salud ocupacional no necesariamente son las más pertinentes para ello.
- Actividades programadas en el marco de la Cooperación Técnica para desarrollar un proyecto multicéntrico andino para impulsar la Salud de los Trabajadores de la Salud:

• Se propone una estrategia que involucre actividades de formación e investigación:

- Capacitación, y desarrollo de una encuesta, con el fin de intercambiar y generar información.
- Desarrollo de una investigación multicéntrica, que involucre una serie de proyectos piloto.
- Creación de nodos a nivel sub-regional y regional
- Fortalecer el espacio de foros políticos y técnicos
- Desarrollo de un curso regional con visión de formación de gestores de políticas de salud de los trabajadores de la salud

III. Principales conclusiones

1. Reunión de Lima

Significado de la reunión de Lima:

a. La reunión de Toronto fue una instancia política de convocar a la acción.

b. La reunión de Lima debe responder a este Llamado con:

- Una instancia de demostración de planes de acción
- Planes que reúnan conjuntos de intervenciones inmediatas (que aquí se trabajaron como "Iniciativas")
- Los resultados a presentarse en la reunión de Lima deben orientar las acciones de los próximos 2 años; es decir, definir iniciativas que incluyan una visión ideal (al 2015), cambios esperados alineados a los cinco desafíos críticos del Llamado a la acción de Toronto, e indicadores de cambio (de progreso, de acceso, de calidad, de impacto en la salud, etc.).
- Las iniciativas a ser presentadas por los países deben ser explícitas en cuanto al cambio que se busca generar: cambios en la composición y utilización de la fuerza de trabajo, cambios en sistemas de salud, cambios en situación de salud, cambios en procesos para efectivizar políticas y planes, entre otros.

- Se considera que la iniciativa del desarrollo de planes decenales es positiva pues representa una propuesta de plan de diez años avalado por un proceso de concertación.
- La reunión de Observatorios se considera una oportunidad para poner en la agenda política de la Región el tema de desarrollo de Recursos Humanos en Salud, como esfuerzo común y concreto.

2. Planes decenales de desarrollo de Recursos Humanos en Salud

- Se identificaron elementos comunes en las propuestas de planes presentados por los países, que son parte de la demanda actual en cooperación técnica de los países como son:
 - Carrera sanitaria
 - Salud de los trabajadores de la salud
 - Regular el tema de residencias, internado y servicio social
 - Competencias de los equipos de APS
 - Sistemas de información
 - Redes de Observatorios de RRHH en salud
 - Desarrollo de liderazgo de RRHH en salud
- Si bien se distingue que cada país tiene sus propias propuestas, avances, líneas de acción, prioridades en cuanto al desarrollo de recursos humanos en salud, se reconoce la importancia de generar una agenda a nivel sub-regional que integre los elementos en común de los países. En este sentido, la agenda de desarrollo sub-regional:
 - Cumple un rol fundamental en el proceso de negociación.
 - Genera la posibilidad de visualizar todo el campo de los recursos humanos en salud y las líneas emergentes por país, reconociendo diferencias entre los mismos.

- Permitirá la circulación e intercambio de la información y construir redes de trabajo.
- La agenda de desarrollo sub-regional no sólo implica una agenda técnica pero además una agenda política, ligando las actividades a las políticas laborales, políticas de financiamiento e incluir a otros actores también.
- Debe incluir la definición de marcas de progreso, que se traducen en indicadores trazadores de las estrategias nacionales.
- Definir acciones explícitamente.
- Se reconoce que hay temas q no se pueden impulsar solo a nivel nacional y es en estos aspectos donde es necesario definir estrategias regionales y fortalecer la cooperación técnica, como son: incremento de la inversión en recursos humanos y el techo fiscal; empleo (conectado a la precarización del trabajo en salud); sistematización de investigaciones, promoción de la investigación; y colocación de los temas de desarrollo de recursos humanos en salud a nivel político-estratégico y con mayor visibilidad en las agendas de los gobiernos.
- Programación de acciones de acompañamiento de la cooperación técnica.

| FECHAS | ACTIVIDADES |
|--|---|
| Agosto 2006 | <ul style="list-style-type: none"> • Definición de áreas de trabajo y del plan subregional. • Sistematizar las iniciativas regionales. |
| Septiembre 2006 | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir los contenidos de los planes decenales antes de la presentación en la Reunión de los Observatorios de Lima |
| Reunión de Observatorios de Lima Noviembre 2006 | <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los Planes de Desarrollo de Recursos Humanos |

IV. Principales recomendaciones

- En la presentación de los planes decenales es necesario incluir indicadores de orden económicos y de costo-efectividad,

indicadores de impacto en la utilización de servicios y de productividad, así como indicadores de progreso de remuneraciones y salarios.

- Presentar el documento “Proceso de Construcción de Carrera Sanitaria” en la Reunión de los Observatorios de Lima, dada la importancia de este tema en el desarrollo de los recursos humanos en salud en los países.
- Se indicó que la agenda subregional además debería plantear iniciativas que no necesariamente estén siendo trabajadas en los países; por ejemplo, temas como la homologación de títulos, que debería ser manejado a nivel supra-nacional.
- Asimismo, se resaltó que es importante tener en cuenta la conexión del desarrollo de recursos humanos con el campo de las políticas y sistemas de salud.

Anexo 1

Generalidades de los planes de desarrollo para una década de RRHH para la salud

Colombia

Representante: Dr. Jorge Castellanos (Ministerio de Salud)

- Proyecto de ley de RRHH en salud se centra en: disposiciones generales, formación, ejercicio, desempeño, ética, organismos de apoyo (Consejo Nacional de RRHH, Observatorio, colegios de profesionales)
- Áreas de desarrollo para la década:
 - Reglamentación, implementación de los mandatos de la ley de los talentos humanos
 - Idoneidad específica para las prácticas de formación
 - Sistemas de información
 - Fortalecimiento y desarrollo de espacios de participación. La prioridad en este caso es el Observatorio

Ecuador

Representante: Dr. Milton Gross (CONARHUS)

- Desarrollar la Carrera Sanitaria como elemento fundamental y formular procesos de certificación y recertificación
- Generación de sistemas de información
- Adecuar los planes al sistema de salud

Venezuela

Representante: Dra. Virginia Aguirre (Ministerio de Salud)

- Su plan es parte de una política de Estado, no parte de un proceso de concertación.
- Está centrado en el proyecto de desarrollo de capacidades para la atención de atención primaria, trabajando con misiones internacionales para suplir la falta de oferta de profesionales especializados en atención primaria. Sin embargo, hay poca motivación entre los médicos venezolanos para seguir una especialidad en atención primaria.

Chile

Representante: Dr. Mauricio Feliz (Ministerio de Salud)

- El desarrollo de los RRHH parte de la misión y objetivos estratégicos de la política de salud, y por lo tanto las prioridades en salud están ligada estrechamente al programa de gobierno, que gira en torno a la participación, a la protección de los derechos de los usuarios y a la promoción de nuevas tecnologías.
- Misión del Ministerio de Salud:
 - Trabajar en red
 - Obligación de rendición de cuentas del funcionario
 - Promover la participación
- Objetivos Estratégicos: dentro de los objetivos para disminuir la desigualdad y objetivos sanitarios se encuentran:
 - Fomentar competencias de la población para el autocuidado
 - Atención primaria como puerta de entrada y en coordinación con el resto de la red
 - Motivación de los profesionales de la salud.
 - Control social y ampliación de la injerencia de las prioridades sanitarias.
 - Ambientes laborales saludables y participativos
 - Acceso universal
 - Cuidado integral del adulto mayor

Bolivia

Representante: Dr. Carlos Ayala (OPS)

- No hay observatorios ni planes de desarrollo de recursos humanos.
- Se ha propuesto llevar a cabo un censo de recursos humanos en salud que permitirá evaluar y caracterizar la situación, analizar necesidades, y en términos de gestión permitirá establecer líneas de trabajo y de apoyo en el trabajo de estructuración de un plan de desarrollo de RRHH de largo plazo.
- Actualmente OPS apoya el proceso proveyendo información técnica en

las Asambleas Constituyentes. Se observa sin embargo que el proceso tiene un mayor peso político que técnico,

- Se ha planteado el desarrollo de un seguro universal en salud
- Se plantea trabajar en una nueva escala salarial y definición de puestos de trabajo en el 2007
- Regularización de la práctica medicina tradicional.
- Se observa que los gremios de los trabajadores de salud son muy poderosos.
- Desafíos de la Cooperación Técnica de OPS en Bolivia:
 - Formar parte activa del proceso de discusión interno en el Ministerio de Salud, para sugerir y apoyar técnicamente en la Asamblea Constituyente.
 - Apoyar a que Ministerio de Salud estructure una política de RRHH de largo plazo
 - Reactivar el Observatorio de RRHH y ligarlo al plan del censo.
 - Tratar de incorporar a los médicos cubanos en líneas de trabajo específicas del Ministerio de Salud

Perú

Representante: Lizardo Huamán (IDREH)

- Se ha iniciado el proceso de concertación e implementación para el desarrollo de RRHH.
- El Ministerio de Salud ha planteado 8 lineamientos de política y se ha ligado a los desafíos para la década.
- Es necesario apoyar el desarrollo de 4 espacios de concertación específicos: Consejo Nacional de RRHH en Salud, IDREH, Observatorio y Sistema de regulación de la articulación de docencia-servicio.

Anexo 2

Foro de Discusión de la Carrera Sanitaria en Ecuador

Foro:

Tuvo como objetivo revisar la propuesta de Carrera Sanitaria y realizar recomendaciones al CONARHUS, que es el órgano encargado de elaborar el documento técnico-jurídico de carrera sanitaria.

- La reunión contó con la presencia de:
 - Representantes de federación medica ecuatoriana
 - Presidente de la federación odontológica
 - Presidente de la federación de enfermeras
 - Representante de OPS
 - Representante de la Facultad de Ciencias medicas y de la salud
- Intervenciones:
 1. Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AFEME).

Ellos entienden que la etapa formadora se inicia en el pre-grado. La Carrera Sanitaria no debe incluir solo al graduado, por lo que debe considerarse la reformulación de la currícula.

- Hay dificultades para definir la selección del profesional para el internado rotativo.
- Internado rotativo, servicio rural y residencias debe normarse y regularse.
- Consideran que la Ley propuesta es punitiva y que en realidad no genera mecanismos de motivación o incentivos al trabajador.

2. Representante de Trabajadores

- Les preocupa los aspectos financieros y la negociación con el Ministerio de Hacienda pues aun no se ha coordinado con ellos.
- La Carrera Sanitaria debe buscar despolitizar la salud, por lo que es importante contar con perfiles de cargos. Esta Ley debe buscar la estabilidad para autoridades e idoneidad del cargo.
- La Carrera Sanitaria debe garantizar la educación permanente.
- Deben respetarse los derechos obtenidos de los trabajadores.

3. Federación de Odontólogos

- La Ley debe ser obligatoria para todos y no voluntaria como se plantea
- Deben respetarse las leyes fedrativas vigentes.
- Proponen que el año de medicatura rural no sea obligatorio pero parte de los incentivos para optar por becas.
- Exigen participación gremial en la certificación y Recertificación.

4. Federación de Obstetrices

- Necesidad de generar normas que regulen las acciones gremiales dentro de la Carrera Sanitaria.

5. Federación de Médicos:

- Ambitos de ambigüedad: solo nivel terciario (hospitales)? Todos los regimenes laborales? Solo publico? Y las ONGs? Que hay con las redes especiales: ej seguro social?.
- Debe negociarse asimismo el tema de política salarial.

Consejo Nacional de Salud del Ecuador
Comisión de Recursos Humanos
Día Mundial de la Salud
7 de abril de 2006

El Ecuador requiere urgentemente una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria El recurso más valioso para la salud: las personas TRABAJANDO POR LA SALUD

El Día Mundial de la Salud 2006 tiene como lema: **El Recurso más Importante para la Salud: EL PERSONAL TRABAJANDO POR LA SALUD**; Pero este lema es posible ponerlo en vigencia solamente si el personal puede trabajar racionalmente al contar con las formas organizativas y de gestión adecuadas y con los recursos mínimo necesarios para el desarrollo de su labor.

En el Ecuador no hemos logrado implementar procesos de administración de personal acordes con las necesidades de la época así como no hemos dotado a nuestros recursos humanos de los insumos e instrumentos necesarios para asegurar una atención de calidad a la población.

En efecto, si analizamos la situación de nuestro talento humano en salud, encontramos varios mundos superpuestos, incommunicados y en ocasiones redundantes que no dan cuenta de las necesidades de nuestras poblaciones:

- Un mundo a cargo de la formación o preparación de los profesionales de la salud, conformado por las instituciones de educación superior, las mismas que promocionan todos los años una variada gama de recursos humanos y, en el otro extremo, el mundo de los servicios de salud donde los graduados de las universidades ponen en práctica los conocimientos, actitudes y destrezas adquiridos en sus años de formación universitaria. Estos dos mundos se hallan poco conectados, no desarrollan un diagnóstico conjunto de los requerimientos educativos, no llevan a cabo un proceso de planificación conjunta, no establecen claros acuerdos para la mejor aplicación de los conocimientos y experiencias adquiridas, ni

tampoco hacen propuestas conjuntas para resolver los problemas de salud. El Ecuador requiere, entonces, que los actores direccionados por las leyes de Educación Superior y del Sistema Nacional de Salud, dialoguen, se pongan de acuerdo, hallen puntos de contacto; requiere, en otros términos, de una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria que allane el camino para que estos dos mundos establezcan un encuentro pautado.

- Un mundo conformado por el personal cubierto por la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa, y un mundo conformado por los recursos humanos supeditados por el vetusto Código del Trabajo. Dos normativas que entran constantemente en conflicto y que limitan la adecuada gerencia de nuestros hospitales y centros de atención ambulatorios. Los servicios de salud ecuatorianos requieren de una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria que supedite a estos dos mundos a la sagrada obligación del cuidado de la salud de la población.
- Tres mundos separados e ignotos: El mundo de los pacientes, el mundo

de las corporaciones (sindicatos – gremios) y el mundo de las instituciones. El mundo de las corporaciones, obviamente, es el más activo y mejor organizado; allí existen actores bien informados y bien armados para defender sus intereses. A través de sus luchas, justas o injustas, los sindicatos y gremios logran incrementos salariales, disminuciones en el horario de trabajo y mejoras labores. Pero los logros del mundo corporativista, en muchas ocasiones impactan negativamente sobre el indefenso mundo del paciente y sobre el débil mundo institucional. Varios sucesos últimos pueden constituir buenos ejemplos de lo que acabamos de decir: A) el recorte del horario de trabajo por parte de los profesionales de la salud ha beneficiado, obviamente, a dichos actores ya que reciben el mismo magro salario por menos horas de trabajo, pero esta “conquista” ha dejado desguarnecidos nuestros servicios, con la consiguiente disminución de la cobertura a los pacientes y la constante pérdida de calidad de la atención. B) Las repetidas y constantes huelgas y paros de los trabajadores de la salud, conducen a las ineludibles mejoras laborales pero impactan en la salud de la gente y en el buen funcionamiento de nuestras instituciones de servicios. Es hora que a través de una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria podamos establecer un nuevo acuerdo donde se reconozcan los derechos de los profesionales y de los trabajadores, pero que al mismo tiempo se defiendan los derechos de los usuarios y se respeten los requerimientos de nuestras instituciones públicas de salud.

- Mundos conflictivos y a veces contradictorios tales como el mundo del reclutamiento y selección de personal profesional gobernado por normativas de calificación que salen desde los gremios que supuestamente evalúan los conocimientos científico-técnicos de los participantes, pero no evalúan su conocimiento y capacidad para comprender y apoyar el fortalecimiento del mundo institucional donde va a trabajar ni tampoco su capacidad para entender el mundo de la cultura de los usuarios a los que va a brindar atención. Nuestros servicios requieren de una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria que establezca coherencia en el proceso de reclutamiento y selección de personal.
- Procesos de inserción en el trabajo caracterizados por formas de gestión antiguos, ineficientes e ineficaces que no procuran mejorar el rendimiento del personal, ni llevar a cabo evaluación del desempeño, ni impulsan la elevación de la calidad del trabajo a través de la educación continua, ni consideran incentivos. Nuestros servicios requieren de una Ley Orgánica de Carrera Sanitaria que promueva modalidades de trabajo que superen las limitaciones actuales y aseguren un retiro digno por parte del trabajador y profesional de la salud que ha entregado su vida para alcanzar la salud de la población.

Habíamos comenzado afirmando que el Recurso más importante para la Salud es el PERSONAL TRABAJANDO POR LA SALUD. Para poder llevar a la práctica esta declaración, el Ecuador requiere impulsar la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, lo cual está intentando el Consejo Nacional de Salud, a través de su Comisión de Recursos Humanos, CONARHUS. Es fundamental que desde todos los sectores: gremios, sindicatos, universidades, servicios y organismos de regulación, Comisión de Salud del H. Congreso Nacional, se apoye este empeño.

Consejo Nacional de Salud del Ecuador
Comisión de Recursos Humanos

Anteproyecto de Ley de la Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador

La visión de los actores

Sistematización de las observaciones del diálogo nacional

Antecedentes

Uno de los objetivos centrales del Consejo Nacional de Salud, a través de la Comisión de Recursos Humanos -CONARHUS-, tiene que ver con el apoyo al desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud mediante la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria. Para llevar adelante esta propuesta, se ha elaborado un documento técnico que precisa los aspectos de gestión y regulación durante las etapas de formación, ejercicio y cesación de la Fuerza de Trabajo en Salud. Este insumo técnico para su elevación a Ley Orgánica de la República, ha debido experimentar un proceso intenso de análisis de coherencia técnico-jurídica bajo la responsabilidad de una "Subcomisión de Carrera Sanitaria" dependiente de la CONARHUS, que ha contado con la participación de representantes gremiales, de federaciones de trabajadores, del Ministerio de Salud Pública, del CONASA y de la OPS. Al haberse entregado la versión final del anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria al Directorio del CONASA, durante su reunión ordinaria del 25 de octubre de 2006, éste resolvió encargar a la Dirección Ejecutiva del CONASA promover una amplia fase de difusión hacia la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador tendiente a:

- Socializar y analizar la propuesta del Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria
- Identificar los posicionamientos sobre el tema
- Desarrollar una agenda conjunta para la implementación de la Ley de Carrera Sanitaria

En consecuencia con la resolución del directorio del CONASA, el 8 de diciembre de 2006, se llevó a cabo en la ciudad de Guayaquil una reunión con la Federación Nacional de Empleados y Trabajadores de la Salud (FENETS); Entre el 6 y 8 de noviembre de 2006 se realizó en Guayaquil el Curso de Gobernabilidad y Alta Gerencia en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud, organizado por la Federación Médica Ecuatoriana y coauspiciado por el Consejo Nacional de Salud (CONASA) y el 13 de diciembre de 2006, con la misma institución se continuó el Diálogo Nacional para el análisis del anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria cuyas principales conclusiones se las presenta en este documento.

EL H. CONGRESO NACIONAL CONSIDERA

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|--|---------------------|------------------|
| QUE La Política Nacional de Salud se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, eficiencia, ética e integralidad, con la finalidad de impulsar las capacidades y potencialidades individuales y colectivas para propiciar el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los ecuatorianos como parte de la superación de las inequidades existentes. | | |
| QUE Es un imperativo para el progreso del país establecer un acuerdo nacional por la salud y la vida en el marco de un compromiso por el desarrollo humano sustentable con la participación de los talentos humanos, el desarrollo científico y tecnológico y la dotación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros. | | |
| QUE Formular estrategias y normativas para el desarrollo integral del personal de salud para mejorar las capacidades del sector, distribuir equitativamente la plantilla de salud en todo el país y formar multidisciplinariamente el talento humano para promover la salud de todos los ecuatorianos. | | |

CAPITULO I: DE LA LEY ORGÁNICA DE CARRERA SANITARIA

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|--|--|--|
| Art. 1.- Definiciones. -La Carrera Sanitaria se constituye en un modelo para el desarrollo y gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud que relaciona y armoniza los derechos del ciudadano-usuario, los derechos del trabajador y los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios, que asegura la gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud conforme a los principios de universalidad, solidaridad, calidad, equidad, eficiencia, eficacia, con respeto de la diversidad cultural, profesional y técnica. | | La Carrera Sanitaria se constituye en un proceso |
| La Carrera Sanitaria constituye el reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo, para la Fuerza de Trabajo en Salud por la permanencia y continuidad en su actividad; y, simultáneamente, por los méritos alcanzados en el perfeccionamiento y actualización profesional y por los resultados asistenciales obtenidos. | El reglamento de la LOCS debe precisar los niveles de reconocimiento individual y de carácter económico-administrativo para a Fuerza de Trabajo en Salud por la permanencia (escalas temporales) y por su preparación (educación permanente, investigaciones, méritos académicos). Se insiste en la ubicación de una remuneración justa y disga antes que poner el énfasis en el sistema de incentivos (que puede tener vicios de objetividad/corrupción) Se requiere una aclaración sobre la propuesta de remuneración estructurada con fracción fija y variable del salario. Capacitación no es incentivo. | |
| La Carrera Sanitaria es un sistema de incentivos como factor de desarrollo del recurso humano, mediante la retribución y reconocimiento al trabajo de acuerdo a la educación permanente, ubicación geográfica, riesgos laborales, evaluación del desempeño y otros. | El reglamento de la LOCS debe precisar el sistema remunerativo (incentivos y complementos salariales) para la Fuerza de Trabajo en Salud como retribución y reconocimiento al trabajo de acuerdo a la educación permanente, ubicación geográfica, riesgos laborales, evaluación del desempeño y otros. Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño. Como se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño? Se requiere una aclaración sobre la propuesta de remuneración estructurada con fracción fija y variable del salario. Tomar en consideración Riesgo, similar a lo que ocurre con Sector Judicial Jubilación. | La Carrera Sanitaria es un elemento del desarrollo del recurso humano... |

CAPITULO I: DE LA CARRERA SANITARIA

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|---|------------------|
| Art. 2.- Propósito.- De conformidad con la Política Nacional de Salud y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, créase la Carrera Sanitaria con el propósito de impulsar el desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud contribuyendo a mejorar los niveles de salud y elevar la calidad de vida de toda la población ecuatoriana. | Quién administra o gestiona la Carrera sanitaria: el MSP o la SENRES? | |
| Art. 3.- Ámbito de aplicación.- Las disposiciones contenidas en la presente Ley, regirán en todo el territorio nacional y serán de aplicación obligatoria para la fuerza de trabajo de todas las instituciones públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud amparada por la Ley Orgánica de Servicio Civil y Carrera Administrativa y de Unificación y Homologación de Remuneraciones del Sector Público y para el personal amparado por el Código de Trabajo en sus diversas modalidades. | Hay exclusión de sectores. Por qué la LOCS excluye al sector privado? Debe incluir un sistema de escalafonamiento para el 100% del personal de salud. Debe haber homologación entre LOSSCA y Código de Trabajo. Existen inconsistencias y contradicciones entre los artículos 3 y 5 Si la LOCS no va a estar supeditada a la SENRES, no habría un reconocimiento del MEF para su financiamiento, con lo cual sería más difícil su financiamiento general. | |
| Art. 4.- Fines.- La Carrera Sanitaria a más de impulsar el desarrollo de la fuerza de trabajo en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud tiene como finalidades: | | |
| a) Promover el mejoramiento del desempeño de la Fuerza de Trabajo en Salud. | | |
| b) Garantizar, a través del desarrollo y gestión de la Fuerza de Trabajo en Salud, el ejercicio de los derechos de los ciudadanos -usuarios y de los trabajadores así como los requerimientos de las instituciones prestadoras de servicios de salud. | | |
| c) Regular y racionalizar el ejercicio de la Fuerza de Trabajo en Salud en lo que hace relación a selección, contratación, distribución y desarrollo en sus componentes de promoción, remuneración, incentivos, educación, evaluación, protección laboral y derechos colectivos para lograr un mayor rendimiento, compromiso e integración de los programas de salud pública. | Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño. Como se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño? | |
| d) Diseñar mecanismos alternativos institucionales complementarios a los beneficios de la seguridad social para garantizar condiciones de retiro y cesación dignas que satisfagan las necesidades básicas de la Fuerza de Trabajo en Salud. | La LOCS debe precisar de mejor manera las condiciones de retiro o cesación del trabajo. Se recomienda considerar la posibilidad de una jubilación patronal | |
| e) Establecer mecanismos para regular y racionalizar el intercambio y migración de la Fuerza de Trabajo en Salud. | | |

CAPITULO II: DEL INGRESO A LA CARRERA SANITARIA

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|---|---|
| <p>Art. 5.- Del ingreso a la Carrera Sanitaria. Ingresarán o pasarán al amparo del régimen de la Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, toda la Fuerza de Trabajo de Salud de las Instituciones Públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud, independientemente del régimen laboral al que actualmente pertenezcan, que voluntariamente así lo soliciten.</p> | <p>La voluntariedad del ingreso a la Carrera Sanitaria puede romper la conformación de los equipos, sobre todo en este momento en que se preconiza la gestión por procesos. El ingreso voluntario podría crear caos en la gerencia de RHUS</p> <p>No se puede establecer voluntariedad en una ley. O se cumple o no.</p> <p>Existen inconsistencias y contradicciones entre los artículos 3 y 5</p> <p>Con relación a los artículos 5, 6 y 16, debe colocarse una transitoria indicando que no entrarán en vigencia mientras no se disponga de los instrumentos considerados anteriormente.</p> | <p>Desaparecer la voluntariedad.</p> <p>Incorporar el Art. 7 de la LOSNS y detallar a toda la FTS que trabaja en las Instituciones Públicas, privadas con o sin fines de lucro, autónomas, etc. Redactar en concordancia con el Art. 3</p> |
| <p>Todos los puestos que a la presente fecha se encuentren vacantes y los que sean creados, serán llenados a través del correspondiente concurso de merecimientos y oposición conforme la disposición Constitucional, el Reglamento a esta Ley y el Manual de Puestos.</p> | <p>Como quedan las leyes de concurso profesionales?</p> | <p>Luego de "disposición constitucional" incluir "Leyes de Federaciones Profesionales y concomitantemente redactar un inciso que regule el ingreso de la FTS que no cuenta con esas Leyes de Federación (administrativos, trabajadores de contratos colectivos y Profesionales) Pasar este párrafo al Art. 6.</p> <p>Redactar un nuevo Art. que obligue a la creación de puestos, de acuerdo a las necesidades institucionales, en respuesta a los requerimientos de la población - Redactar de tal manera que haya concordancia con el Art. 12 literal a)</p> |
| <p>Art. 6.- De la regulación del ingreso. Las Instituciones Públicas integrantes del Sistema Nacional de Salud, regularán los concursos, en base a requerimientos institucionales y científico técnicos.</p> | <p>Quién administra o gestiona la Carrera sanitaria: el MSP o la SENRES?</p> <p>Cómo quedan las leyes de concurso profesionales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 6. Cómo armonizar los reglamentos de concurso? | <p>Con relación a los artículos 5, 6 y 16, debe colocarse una transitoria indicando que no entrarán en vigencia mientras no se disponga de los instrumentos considerados anteriormente.</p> <p>Omitir públicas e incorporar "y como respuesta a la demanda de la población".</p> <p>Añadir: todos los puestos que a la presente fecha se encuentran vacantes y los que sean creados, serán llenados a través del correspondiente concurso de acuerdo las leyes de las federaciones Profesionales y para las demás clases de puestos conforme la disposición constitucional, el reglamento a esta ley y el manual de puestos</p> |
| <p>Las Instituciones Públicas integrantes del Sistema, para regular el ingreso a la Carrera Sanitaria, se regirán a la estructura ocupacional de los puestos establecidos en el Reglamento a esta Ley.</p> | <p>Quién administra o gestiona la Carrera sanitaria: el MSP o la SENRES?</p> <p>Cómo quedan las leyes de concurso profesionales?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art. 6. Cómo armonizar los reglamentos de concurso? | <p>Omitir la palabra: públicas.</p> |

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|--|---|
| Art. 7.- Requisitos para el ingreso a la Carrera Sanitaria: Para ingresar a la Carrera Sanitaria se requiere: | | |
| a) Ser ciudadano ecuatoriano mayor de edad. | | a) y b) se mantienen. Considerar los acuerdos educativos macro/supranacionales y los procesos de homologación y convalidación de títulos |
| b) Poseer título exigido, para el cargo de conformidad con la convocatoria, debidamente legalizado. | | a) y b) se mantienen |
| c) Cumplir con todos los requisitos establecidos en la reglamentación. | | Añadir requisitos establecidos en las leyes federativas y reglamentos de los profesionales de la salud |
| d) Aprobar el examen psicológico exigido, de conformidad con la reglamentación. | | En nuestro medio el personal técnico respectivo no está bien preparado para que emita sus informes y las pruebas existentes se prestan a mucho sesgo. Se debe reflexionar más sobre este literal. |
| e) No tener en su contra auto de llamamiento a juicio debidamente ejecutoriado. | | |
| f) Ganar el concurso respectivo. | | |
| La Fuerza de Trabajo en Salud que se encuentre empleada bajo cualquier modalidad de contratación escrita, por más de 5 años, podría ingresar al correspondiente nivel de la Carrera Sanitaria que está estipulado en el reglamento, luego de haber ganado el concurso establecido para el efecto. | que hacen referencia a concursos, tienen que especificarse, si los puestos directivos corresponden a Directores Provinciales, Jefes de Área? Aclarar la referencia que se hace sobre los funcionarios con más de cinco años de labor. ¿a quien se refiere? Directores y Jefes de Áreas debe ser por concurso | |
| Para desempeñar puestos de dirección en los diferentes niveles de gestión del sistema de salud, se requerirá haber ganado el correspondiente concurso. | que hacen referencia a concursos: tienen que especificarse, si los puestos directivos corresponden a Directores Provinciales, Jefes de Área? | Se debe especificar las clases de puestos de dirección y los niveles de gestión de las diferentes instituciones del SNS |
| Se exceptúan del concurso los cargos de dirección política estratégica nacional de acuerdo con la estructura ocupacional de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, sin exceptuar el cumplimiento de los perfiles de cargo determinados. | que hacen referencia a concursos: tienen que especificarse, si los puestos directivos corresponden a Directores Provinciales, Jefes de Área? | Con igual criterio que el anterior especificar los cargos de dirección política estratégica nacional |

CAPITULO III: REGIMEN LABORAL

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|---|--|
| Art. 8.- De la categorización de la Fuerza de Trabajo en Salud. La Fuerza de Trabajo en Salud, dentro de la Carrera Sanitaria estará clasificada en niveles que le permitan el acceso a procesos de movilidad vertical y horizontal durante su ejercicio laboral y se categorizará en: | La LOCS debe precisar de mejor manera el sistema remunerativo de cada uno de los niveles que se defina. | Añadir un nuevo literal... c) en el que conste que los profesionales médicos tienen una carga horaria completa de 4 horas; y quienes deban laborar por 6 y 8 horas por necesidades institucionales, sus puestos serán valorados con una remuneración que considere obligatoriamente este tiempo como adicional. En general este art. Debe ser redactado de manera más clara de tal manera que no existan varias interpretaciones especialmente en lo de la exclusividad. Su ejercicio laboral, tendrá la carga horaria de: 4 – 6- 8 horas diarias, de acuerdo a Leyes y convenios vigentes. Si bien el principio de la Ley es bueno, no armoniza con sus propias regulaciones lo que les quitaría el control y ya no habría razón de ser de los Colegios por ejemplo. |
| a) Con dedicación exclusiva: 8 horas diarias | | |
| b) Con dedicación parcial: 4 y 6 horas diarias | | |

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|--|---|
| <p>Art. 9.- Del ejercicio en el área rural. La Fuerza de Trabajo en Salud que labora en el área rural se beneficiará de los incentivos y complementos salariales en los términos que establezca el reglamento a la presente Ley, los mismos que deberán constar en el presupuesto anual del Ministerio de Salud o de las respectivas instituciones en las que trabaje la persona.</p> | <p>El reglamento de la LOCS debe precisar el sistema remunerativo (incentivos y complementos salariales) para la Fuerza de Trabajo en Salud que labora en el área rural</p> <p>Tomar en consideración Riesgo, similar a lo que ocurre con Sector Judicial Jubilación.</p> | <p>Concretar los incentivos y complementos salariales de tal manera que se asegure una retribución que efectivamente sea incentivo y complemento (ejemplo: vivienda y servicios básicos, medios de comunicación, educación permanente y especialmente el económico)</p> <p>Del ejercicio en el área rural, insular, fronteriza y de riesgo. - (zonas de conflicto/fumigaciones, otras)</p> <p>Debe definirse más claramente la calidad de área rural, incorporar las otras zonas y concretar los beneficios para esas ubicaciones.</p> |
| <p>Art. 10.- Del ejercicio de la docencia. La Fuerza de Trabajo en Salud, independientemente de su categoría laboral, podrá ejercer la docencia dentro de las horas contratadas en la institución empleadora y por un máximo del 25% de su dedicación y en el contexto del plan de educación permanente de la institución empleadora.</p> | | <p>La redacción de este Art. debe incorporar el hecho de que el profesional deberá ejercer la docencia en servicio como una actividad implícita y obligatoria.</p> <p>La docencia teórica se realizará fuera de su jornada laboral.</p> <p>Que pasa con la docencia de los profesionales que no son de las áreas específicas de salud con el tiempo previsto en la Ley para el ejercicio de la docencia.</p> |
| <p>Art. 11- De la disponibilidad de la jornada para actividades de desarrollo profesional. Con el fin de impulsar las actividades de desarrollo profesional de la Fuerza de Trabajo en Salud, reglamentariamente se determinarán las condiciones en las que cada uno de los niveles, podrá disponer de una parte del tiempo de permanencia en el nivel y/o de la jornada de trabajo efectiva, para acceder a becas, proyectos de investigación médica o de gestión y actividades análogas.</p> | | <p>.....y actividades científicas, cursos, congresos, reuniones, talleres, siempre que tengan relación con su función/gestión</p> <p>Que debe considerarse todos los eventos que la Federación y los Colegios tienen previstos puesto que eso les significa actualización y puntaje para el escalafón, y las actividades gremiales, que también dan puntos.</p> |
| <p>Art. 12.- De los elementos del ejercicio laboral. La Carrera Sanitaria comprende el ejercicio laboral que incluye los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Racionalización necesidad/recurso b) Selección c) Contratación d) Desarrollo profesional que incluye: <ul style="list-style-type: none"> * Remuneración * Educación permanente * Sistema de incentivos * Evaluación de desempeño e) Protección laboral y cesación f) Relaciones laborales <p>Cada uno de estos elementos estará definido y desarrollado en el Reglamento de la presente Ley.</p> | <p>Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño. Como se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?</p> | <p>b) Sistema de Selección</p> <p>Que será de acuerdo a su propio sistema de selección contemplado en el Reglamento Único de concursos.</p> <p>c) Nombramiento pues el contrato no hace carrera. Nombramiento por concurso de méritos y oposición</p> <p>d) Desarrollo profesional que incluye</p> <ul style="list-style-type: none"> * Sistema Remunerativo.- detallado el esquema y ajustado a especificidades de los gremios. * Sistema de Incentivos.- que se clarifique los ámbitos (riesgos, ética) por los cuales se pagaría. * Evaluación de desempeño.- clarificar parámetros, sobre los que se basaría el sistema y quienes intervienen. Ubicarlo en el reglamento <p>e) Protección laboral y cesación.- incorporar jubilación patronal</p> <p>f) Relaciones laborales.- que se den soluciones a los reclamos para lograr un clima laboral adecuado</p> |

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|--|------------------|
| <p>Art. 13.- De la evaluación. La Carrera Sanitaria promoverá un proceso continuo de evaluación del desempeño técnico y ético de la Fuerza de Trabajo en Salud, en un entorno bioseguro mediante diversos mecanismos, de conformidad con la presente Ley y su Reglamento.</p> | <p>La LOCS hace mucho énfasis en evaluación y no entrega similar preocupación a la estabilidad de la fuerza de trabajo.</p> <p>Es importante introducir un inciso que considere la necesidad del fortalecimiento institucional para que posibilite la evaluación de desempeño. Como se va a incentivar el trabajo si no se dispone de parámetros de desarrollo, si no se dispone de manuales de desempeño?</p> <p>Tomar en consideración Riesgo, similar a lo que ocurre con Sector Judicial Jubilación.</p> | |
| <p>Art. 14.- De la gestión. La Carrera Sanitaria al crear un sistema de gestión integral y moderna del personal de salud, lo hará bajo los elementos y componentes de la descentralización y desconcentración, contenidos en la Constitución Política, la Ley de Descentralización y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.</p> | <p>Si la LOCS no va a estar supeditada a la SENRES, no habría un reconocimiento del MEF para su financiamiento, con lo cual sería más difícil su financiamiento general.</p> | |
| <p>Art. 15.- De los derechos y obligaciones de la Fuerza de Trabajo en Salud. En el marco del respeto a los derechos de los usuarios y el buen desempeño de la institución se garantizará en la Carrera Sanitaria la estabilidad de la Fuerza de Trabajo en Salud.</p> | | |
| <p>Una vez que una persona hubiera ganado un concurso y se posesionará del cargo, esta Ley ni su Reglamento, no facultan acuerdos posteriores; así como, el traslado de partidas que impliquen el abandono de la plaza profesional o la supresión de la misma para traslado a otro sitio.</p> | | |
| <p>* Las bonificaciones por lugar de residencia, servicio de guardia y responsabilidades por el cargo, serán determinadas en el Reglamento de esta Ley, las mismas que deberán constar en el presupuesto anual del Ministerio de Salud o de las respectivas instituciones del Sistema Nacional de Salud en las que trabaje la persona.</p> | | |
| <p>La Fuerza de Trabajo en Salud deberá cumplir con la carga horaria de acuerdo al contrato que le vincula al correspondiente nivel de carrera; y participar en las comisiones y en las actividades que en los casos de emergencia se requieran con justificada necesidad. En estos casos, las compensaciones económicas y de carga horaria, se establecerán en el Reglamento a la Ley.</p> | <p>La LOCS debe precisar de mejor manera las condiciones de remuneración para la FTS que participe en las comisiones y en las actividades que en los casos de emergencia se requieran con justificada necesidad</p> <p>Tomar en consideración Riesgo, similar a lo que ocurre con Sector Judicial Jubilación.</p> | |
| <p>La Fuerza de Trabajo en Salud que hubiera recibido beneficios de preparación profesional, tiene la obligación de devengar/retribuir a su institución los beneficios adquiridos en tiempo efectivo.</p> | | |

CAPITULO IV: DE LA TERMINACION DE LA CARRERA

| EL TEXTO DICE | LA PROPUESTA FENETS | LA PROPUESTA FME |
|---|--|---|
| Art. 16.- De la terminación de la Carrera Sanitaria. La Carrera Sanitaria concluye por alguno de los siguientes motivos: | Con relación a los artículos 5, 6 y 16, debe colocarse una transitoria indicando que no entrarán en vigencia mientras no se disponga de los instrumentos considerados anteriormente. | Incorporar por jubilación. |
| Por fallecimiento | | |
| Por renuncia expresa del cargo | | Eliminarlo |
| Por falsedad o alteración de documentos para el concurso | | |
| Por inhabilitación total y permanente a causa de su salud | | |
| Por cumplimiento del tiempo pactado en el contrato | | Discusión de la aplicación de la carrera sanitaria en personal estable o en personal flexibilizado Eliminarlo |
| Por sanción disciplinaria que amerite la separación de acuerdo al Reglamento. | | |
| Art. 17.- De las sanciones.- La Fuerza de Trabajo en Salud que incumpliere sus obligaciones o incurriera en contravenciones será sancionada disciplinariamente de acuerdo con las disposiciones reglamentarias; las mismas que podrán ser: amonestación verbal, amonestación escrita, sanción pecuniaria administrativa, suspensión temporal sin goce de remuneración y destitución. | | ...destitución, observando el debido proceso. |
| PRIMERA.- El Ministerio de Salud y las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud en el plazo de..... contados a partir de la publicación en el Registro Oficial de esta Ley, en coordinación con el CONESUP, los gremios profesionales o clasistas impulsarán los procesos de certificación y recertificación, previo al ingreso a la Carrera Sanitaria. | |procesos de certificación y recertificación para todas las clases de puestos..... |
| SEGUNDA.- En la aplicación de la Ley de Carrera Sanitaria, deberán cumplirse con los preceptos constitucionales en materia laboral y compaginar su ejercicio con la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa y el Código de Trabajo. | | |
| TERCERA.- La fuerza de trabajo en salud que se incorpore al régimen de la Carrera Sanitaria no deberá, bajo concepto alguno, ser disminuido en sus derechos salariales o económicos de que gocen al expedirse la presente Ley. | | |
| CUARTA.- La presente Ley tiene el carácter de orgánica | | |
| QUINTA.- Quedan derogadas todas las leyes que se opongan a la presente. | Reconsiderar algunas frases peligrosas como "derógase todas las leyes". |en lo referente a las regulaciones laborales no remunerativas. |
| SEXTA.- El Presidente de la República de acuerdo a la Constitución Política del Estado expedirá el Reglamento de aplicación de la presente Ley. | | |
| Artículo Final.- La presente Ley Orgánica de Carrera Sanitaria, entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro oficial. Dado en Quito. | | |

Comentarios y recomendaciones generales no relacionadas con el articulado del anteproyecto

Federación Nacional de Empleados y Trabajadores de la Salud FENETS

- No existe una transitoria sobre la revalorización de la Fuerza de Trabajo en Salud (FTS)
- Se deja demasiadas cuestiones para la reglamentación
- No es confiable la LOCS porque todavía no cuenta con un Reglamento.
- Abrir un debate en la pag Web de CONASA
- FENETS representa al equipo multidisciplinario de salud y por lo tanto debe ser mayormente considerada en este debate de la Carrera Sanitaria. FENETS debe incorporarse con voz y voto al CONASA.

Federación Médica Ecuatoriana FME

- La Ley debe incorporar un glosario al final de la misma.
- La FME, se compromete a continuar aportando y a efectuar un seguimiento respecto de la incorporación de estas y de nuevas observaciones porque el tiempo ha sido muy corto.
- Concretar y precisar más los temas de remuneraciones e incentivos, clases de puestos de la nueva estructura institucional y el sistema de gestión
- El Anteproyecto no considera con suficiencia temas que son de interés gremial y que no se reducen únicamente a lo laboral sino también al trabajo digno, al riesgo laboral, a la consideración del mejoramiento integral de la Fuerza de Trabajo en Salud afrontando temas como la flexibilización y precariedad del trabajo.
- Los colegios médicos provinciales llevarán adelante un proceso de reflexión de lo que se esperaría de una carrera sanitaria para que luego la FME defina un posicionamiento gremial representativo sobre temas centrales como: la necesidad de lograr a través de la Ley el amparo del conjunto de la FTS; la organicidad de la Ley sobre leyes especiales relacionadas como la LOSNS; la LOSCCA; la Ley de Federación Médica; las ventajas y desventajas de un esquema de Carrera Sanitaria en el sector público únicamente o también en el sector privado; el tema de la voluntariedad vs la obligatoriedad de aplicación de la Ley; considerar el tema de la recertificación y/o evaluación del desempeño como un elemento de mejoramiento de la calidad de atención que redundaría en mayores niveles de satisfacción de los usuarios; considerar la aplicación de la Ley en un segmento estable vs flexibilizado de la FTS; considerar la manera como el anteproyecto

de ley representa o no los intereses gremiales y precisar aquellos artículos que tienen contraposiciones con leyes de la Federación.

- Propone la participación regular de sus delegados en las reuniones de la CONARHUS que traten el tema de Carrera Sanitaria
- Optimizar todo el proceso de reflexión de dos años que ha desarrollado la FME para integrarlo al Anteproyecto de Ley.

Consejo Nacional de Salud del Ecuador
Comisión de Recursos Humanos

Propuesta de recertificación de profesiones médicas como elemento de la Carrera Sanitaria para la Fuerza de Trabajo en Salud del Ecuador

Documento para discusión

1. Introducción

Al momento de presentar este documento, se registró el proceso electoral que condujo al triunfo de una candidatura presidencial¹ que incluyó como tesis central de campaña, la convocatoria a una Asamblea Constituyente que potencialmente sustente cambios profundos en la organización del Estado ecuatoriano.

Tal real perspectiva podría cambiar radicalmente el destino de los esfuerzos impulsados por CONASA en torno a un Proyecto de Ley de Carrera Sanitaria, en la medida que la Asamblea logre sentar bases categóricas para la conformación de un verdadero Sistema Nacional de Salud, imposible de ser materializado, más allá de lo declarativo, con las leyes vigentes sobre la materia (Sistema Nacional de Salud, Orgánica de Salud, Seguridad Social, Descentralización, Maternidad Gratuita, entre otras), plagadas de generalidades y ambigüedades, cuando no de contradicciones entre sí.

La Carrera Sanitaria debería, en este potencial contexto y espacio de oportunidad que representa la Asamblea Constituyente, ampliarse hacia un ámbito mayor, de regulación integral de la fuerza de trabajo en salud, con disposiciones y límites precisos sobre deberes, derechos y ejercicio laboral, claramente subordinados al acceso de la población a servicios de salud, como derecho inalienable.

Siendo este el contexto amplio en el que, según nuestro criterio, debe considerarse la Carrera Sanitaria, debe, sin embargo, remitirse a otro mayor, igualmente inaplazable, de organización del sector salud en el país, que, de una vez por todas, debería ser asumido como prioridad en la Asamblea.

De no concretarse tal realización, sin desestimar eventuales avances puntuales de una hipotética Ley de Carrera Sanitaria, mucho nos temeríamos que no se constituya en el instrumento de cambio esperado, en el neurálgico campo de los recursos humanos, y por el contrario consagre conocidas distorsiones en las relaciones laborales de salud.

2. La Regulación de la formación y ejercicio de recursos humanos en salud

La normativa respecto de la formación consta en el primer párrafo del Artículo 26 de la Ley del Sistema Nacional de Salud: “El Ministerio de Salud, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el plan nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud, que considere la armonización de la formación en cantidad y calidad, con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población, y del mercado de trabajo”.

La mencionada disposición es consistente con la Ley de Educación Superior que, en su Artículo 3, literal a) señala que uno de los objetivos de

¹ Economista Rafael Correa, auspiciada por Alianza País.

las instituciones del Sistema Nacional de Educación Superior Ecuatoriana es “formar, capacitar, especializar y actualizar a estudiantes y profesionales en los niveles de pregrado y posgrado, en las diversas especialidades y modalidades”.

El artículo 4, a su vez, precisa: “La Constitución Política de la República garantiza la autonomía de las Universidades y Escuelas Politécnicas, sin injerencia alguna, concebida como la responsabilidad para asegurar la libertad en la producción de conocimientos y el derecho sin restricciones para la búsqueda de la verdad, la formulación de propuestas para el desarrollo humano y la capacidad para autoregularse, dentro de los lineamientos de la Constitución Política de la República, la presente Ley, sus Estatutos y Reglamentos. Los centros de educación superior se someterán obligatoriamente al Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación”.

En lo que tiene que ver con el ejercicio de la fuerza de trabajo en salud la Ley del SNS indica: “En el ámbito público (el Ministerio de Salud)² desarrollará la carrera sanitaria, considerando los aspectos de calidad del empleo, régimen laboral y salarial, productividad del trabajo, calidad de los servicios, gobernabilidad, gestión de personal e incentivos basados en evaluación de desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgos. El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con las Facultades de Ciencias Médicas y de la Salud, el CONESUP, y los gremios profesionales, impulsará los procesos de certificación y recertificación para la actualización del ejercicio profesional en salud”.

3. Propuesta de recertificación de profesionales de salud en Ecuador

3.1 Consideraciones previas

Antes de presentar la propuesta es menester anotar que la recertificación tiene diferentes implicaciones según el contexto organizativo sectorial en el que se desarrolle, es decir si se inscribe dentro de sistemas nacionales de salud en los que la fuerza de trabajo es pública (casos como España o Brasil, por ejemplo) o privada (como Canadá) o por el contrario en contextos donde no se han configurado sistemas nacionales (como Estados Unidos), donde predominan relaciones de mercado.

En el caso de Sistemas Nacionales de Salud de base laboral pública, la recertificación se inserta de manera natural en esquemas de carrera sanitaria, pudiendo constituir requisito obligatorio para movilidad entre categorías, con las implicaciones remunerativas correspondientes, o exigencia para conservar el derecho de ejercicio profesional en el correspondiente puesto y/o categoría de trabajo.

En el caso de Sistemas Nacionales de Salud de base laboral privada, la recertificación profesional se constituye también en

requisito obligatorio para poder mantenerse como proveedor calificado de servicios, con los derechos, especialmente económicos, inherentes a tal reconocimiento.

En el caso de relaciones entre actores de financiamiento/compra y provisión de servicios de salud, la recertificación puede ser de naturaleza obligatoria, para conservar el derecho a proveer servicios, o de carácter voluntario, si no existe regulación al respecto. Entrarían en juego, entonces, factores de prestigio profesional que conllevarían preferencias de elección por parte de pacientes, con los beneficios derivados de tal decisión.

En Ecuador y más allá de las limitaciones contextuales consignadas en párrafos anteriores; de regulación del trabajo en salud e indefiniciones sobre el sistema de salud que se desea construir, como imagen objetivo, la recertificación debería concebirse como instrumento de aplicación preferentemente pública, para mejorar sus ejecutorias de calidad, con opciones de extenderse al ámbito privado.

Sin embargo, los intentos contemporáneos de institucionalizar el programa de Aseguramiento Universal en Salud, de afianzarse, podrían dar cabida también a la recertificación profesional, como requisito para la provisión de servicios por parte de personas naturales o jurídicas privadas, tendencia marcada en algunas de las variadas y heterogéneas manifestaciones³ del mencionado programa.

3.2 Opciones y posibilidades de Carrera Sanitaria y Recertificación en Ecuador

Un posible escenario de desarrollo de la recertificación de profesionales de salud del sector público en el país, considera el establecimiento de

3 Nos referimos al “Programa de Aseguramiento Popular de Salud PAP” impulsado por el Municipio de Guayaquil.

2 La frase en paréntesis es nuestra

un sistema de carrera sanitaria o profesional; en tal contexto la recertificación sería un componente obligado del sistema, en la medida en que se constituiría en expresión objetiva del grado de cumplimiento de requisitos normados para la movilización entre escalas del sistema. La propuesta que se desarrolla se inscribe en este escenario, aunque también se desarrollarán posteriormente algunas ideas sobre las opciones de recertificación en ausencia de carrera sanitaria.

Así pues, y reiterando la indisoluble vinculación e interrelación entre los dos conceptos, iniciaremos describiendo algunas características nucleares de la Carrera Sanitaria, que, como lo mencionamos anteriormente, requieren ser explicitadas en la respectiva ley que sustente su aplicación, como lo han hecho leyes semejantes de otras experiencias.

Es también preciso insistir que el factor determinante del desarrollo de los(as) profesionales de salud debe estar en línea con la función principal que realiza la organización sanitaria en la que trabajan: prestar atención directa de calidad a la población.

La calidad, entonces, no está basada, necesariamente, en la utilización de equipos tecnológicos complejos, el acceso a procedimientos diagnósticos sofisticados o el ejercicio en unidades con funciones de docencia e investigación, sino en realizar la mejor atención posible con los medios de que se dispone.

El profesional tiene que advertir que las recompensas obtenidas dependen más de su esfuerzo y méritos cotidianos, que de factores externos ajenos a su intervención o poco modificables por la misma: sería paradójico, por ejemplo, que al hecho de trabajar en un medio aislado o con pocos recursos se sume la imposibilidad de progresar en su profesión.

3.3 Posibles instancias de gestión de la Carrera Sanitaria⁴

Como bien lo señala Torres (2004) en su trabajo sobre el tema de análisis "Arribar a consensos sobre un tema relativamente nuevo en el medio, y que sin duda tiene importantes implicaciones en la práctica médica en el Ecuador requiere de esfuerzos concertados de diferentes involucrados. Es, también, un proceso de largo aliento..., durante el cual deben irse construyendo mecanismos metodológicos y herramientas de trabajo...".

La primera condición, entonces, para la viabilidad de una propuesta de certificación/recertificación es, sin duda, la voluntad política de actores directamente relacionados con la práctica profesional de salud en Ecuador, esto es organizaciones gremiales, entes regulatorios e instituciones formadoras y empleadoras. No obstante lo señalado, y en la medida que estamos asumiendo a la certificación/recertificación como elemento constitutivo

de Carrera Sanitaria o Profesional, conviene destacar el rol nuclear de la Autoridad Sanitaria Nacional como direccionador político de la gestión, sin duda participativa, de la carrera sanitaria; de la definición de sus contenidos y métodos, procesamiento jurídico, implantación, monitoreo, y evaluación.

Tal presencia protagónica es insustituible a fin de garantizar que la Carrera Sanitaria se constituya en efectivo instrumento para contribuir inequívocamente a asegurar el acceso, con estándares de calidad, de la población a servicios de salud, en tanto explícito derecho constitucional. A fin de ubicar en su justo En este contexto, le corresponderá al Ministerio de Salud, en tanto rector del Sistema Nacional de Salud, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, en tanto espacio de concertación sectorial, definir, luego de un proceso amplio y participativo, los lineamientos nacionales de la carrera sanitaria y velar porque se respeten en el espacio legislativo. A lo interior del CONASA el Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONHARUS) asumiría tal objetivo como responsabilidad directa.

Será preciso, además, convocar a representaciones ciudadanas diversas, a sumarse tanto a la discusión sobre los mencionados lineamientos, como a vigilar que se preserve el espíritu del derecho a la salud en el legislativo y ejecutivo, que finalmente consagrarán las correspondientes disposiciones legales al respecto.

Por otro lado, tomando en cuenta el mandato constitucional de un ejercicio descentralizado, desconcentrado y participativo del Sistema Nacional de Salud, la ejecución de la Carrera Sanitaria deberá considerar instancias de implementación de tal naturaleza, fundamentalmente Direcciones Provinciales de Salud, Consejos Provinciales y Cantonales de Salud, Municipios/Parroquias e instituciones prestadoras de servicios dependientes del propio MSP, IESS, Organismos seccionales, entre otras.

4 Segmento elaborado con base en el trabajo "Propuesta de lineamientos del sistema de certificación y recertificación de recursos humanos en Medicina" de autoría de Ernesto Torres, a pedido del Proyecto MODERSA (2004).

3.4 Posibles instancias responsables de la Certificación y Recertificación

En este marco, ciertamente complejo, pero que igual debe ser trabajado en detalle - a nivel de reglamento - el componente de certificación/recertificación, debería incorporar instancias específicas de gestión. Efectivamente concordamos con Torres que, en el seno del Consejo Nacional de Salud sería recomendable la constitución de un Comité Nacional de Certificación y Recertificación de Profesionales de Salud, en el que deberían estar representados los estamentos antes mencionados:

- El Ministerio de Salud Pública, como rector y regulador del sector, y su fuerza de trabajo, pero además como importante empleador de salud.
- Las universidades y sus facultades de ciencias de la salud, como formadores de profesionales de base y especialistas, vía postgrados de especialidad, a través de Órganos representativos (AFEME, ASEDEFE, y semejantes).
- Las Federaciones de Profesionales de Salud, sus Colegios Provinciales, y las Sociedades Científicas Médicas, como representantes de los intereses gremiales, en sus aspectos laborales, sociales, éticos, de desarrollo profesional y científico.
- El Consejo Nacional de Educación Superior CONESUP, que integra a las universidades y controla la educación superior; registra, entre otros, las especialidades y especialistas que se forman en los postgrados del país
- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, la Sanidad Militar, la Junta de Beneficencia de Guayaquil, SOLCA, y otros empleadores.

3.4.1 Objetivos del Comité

- El Comité Nacional de Certificación y Recertificación Médica tendría los siguientes objetivos:
- Diseñar los lineamientos de política de Certificación/Recertificación de profesionales de salud de Ecuador, en el marco de la Carrera Sanitaria, previendo, en todo caso, acciones de transición en tanto la ley correspondiente sea aprobada.
- Definir las normas de diferente jerarquía y nivel que permitirán viabilizar el sistema, incluyendo aspectos como acreditación y ponderación de actividades puntuables (Baremos); naturaleza y características de pruebas evaluatorias; tipo de incentivos según progresión entre niveles, entidades o instancias con capacidad de recertificación y requisitos, sistema de información y registros, entre los más relevantes.
- Poner en marcha el proceso de certificación / recertificación en dos posibles escenarios; con o sin ley de Carrera Sanitaria.

- Promover la constitución del Comité Nacional de Educación Continua en Salud.

3.4.2 Organización del Comité

El Comité se constituiría como una instancia corporativa dependiente del CONASA - como comisión especializada del CONARHUS - con la necesaria capacidad de gestión para conducir un proceso complejo que requerirá desplegar acciones diversas, como contratación de estudios y propuestas técnico jurídicas, organizacionales/operativas, económico financieras; búsqueda de consensos entre actores sectoriales; procesos informativo comunicacionales, entre otros.

Los integrantes del Comité serían definidos luego de un proceso conducido por el CONASA, con los representantes de las instituciones y organizaciones, que representen al gremio, a los formadores, a los empleadores y a los reguladores del sector. Debido a la importancia de contar con respaldo legislativo se incluiría como miembro nato de la Comisión a un representante de la Comisión de Salud del Congreso.

3.5 Organización descentralizada y desconcentrada para aplicación del sistema

Si bien una caracterización pormenorizada de posibles instancias que ejecuten las políticas y normas nacionales definidas en el Comité Nacional de Certificación/Recertificación debería ser precisamente una de las tareas a asumir por dicho Comité, consideramos importante visualizar tales espacios participativos de gestión, que podrían ubicarse en niveles provinciales, con grado variable de delegación según el tipo y repercusión de actividades que realizarían.

Tales instancias desarrollarían normas aplicativas, adaptadas a sus peculiaridades organizativas y podrían constituirse como Comisiones Provinciales de Evaluación/Recertificación, con funciones de

acreditación y evaluación y con capacidad de creación de subcomisiones operativas que faciliten la gestión de estos procesos.

3.5.1 Comité Nacional de Educación Continua en Salud

- Toda vez que la Certificación/Recertificación de profesionales de salud tiene directa relación con procesos de educación continua, nos parece apropiada la recomendación realizada por Torres, en el sentido de crear también un comité especializado en la materia, vinculado orgánicamente con el Comité de Certificación/Recertificación.
- En párrafos anteriores se presentaron algunas sugerencias sobre aspectos a considerar como evidencias de participación en actividades de educación continua por parte de profesionales de salud; así también a lo largo del documento se ha insistido en la diferente implicación de realizar acciones de educación continua en presencia o ausencia de Carrera Sanitaria o Profesional.
- En el primer caso, está vinculada inequívocamente con posibilidades ciertas de obtención de incentivos explícitos, a través de una posible promoción de nivel o categoría, aspecto inexistente en ausencia de Carrera Profesional, aunque en los dos casos se entiende que contribuyen a realizaciones de orden personal y profesional. Igualmente en los dos escenarios se trata de iniciativas voluntarias, aunque en determinadas realidades se constituya en exigencia para mantener su derecho de ejercicio profesional.
- En el caso ecuatoriano, al no existir todavía ni Carrera Profesional ni Recertificación, como procesos sustentados jurídicamente, no hay antecedentes al respecto; sin embargo, paradójicamente, ha sido evidente, en los últimos años, la multiplicación de programas de especialización en diversas disciplinas de salud, lo que habla del interés de los profesionales del sector por capacitar y actualizarse, pero a la vez la necesidad de verificar con mayor cuidado la calidad de tales programas, aspecto que podría encausarse a través del comité sugerido, lo que abonaría, además, el terreno para futuros procesos de Recertificación, insertos o no dentro de una potencial Carrera Profesional.
- Así pues, una de las funciones que, en el corto plazo, podría asumir tal Comité sería la valoración y acreditación de entidades proveedoras de actividades de educación continua en salud, aunque para ello deban establecerse acuerdos formales con el CONESUP a fin de no duplicar actividades. Las entidades a ser consideradas serían, entre otras:
 - Universidades que cuenten con Facultades o Escuelas de Ciencias de la Salud, u otras ciencias relacionadas con la Salud.

- Sociedades Científicas reconocidas por Federaciones Nacionales o Colegios Provinciales de profesionales de salud.
- Servicios de Salud Públicos o Privados en los que se ejerza la docencia.
- Otras instituciones que realizan actividades educativas.

Los programas y actividades de Educación Continua en Salud deberían, en general, enmarcarse en los siguientes criterios:

- Satisfacer necesidades educativas tanto de las instituciones cuanto de los potenciales participantes.
- Atender las necesidades prioritarias del sistema de salud a la luz del perfil epidemiológico prevalente en el país.
- Describir adecuadamente el propósito, alcances, metodología y objetivos educativos de las actividades ofertadas.
- Incluir un modo apropiado de evaluación (asistencia, test de entrada, test de salida, entre otras).

4. La “puesta en marcha” de procesos de Certificación y Recertificación de profesionales de salud en Ecuador.

En cumplimiento de los términos de referencia elaborados por el CONASA, la consultoría ha desarrollado recomendaciones y propuestas para implantar procesos de recertificación de profesionales de salud enmarcados en el proceso mayor de establecimiento de Carrera Sanitaria o Profesional en Ecuador.

No obstante ello, y toda vez que el escenario político actual y futuro del país no parece ofrecer condiciones para instrumentar tales procesos así vinculados, se presentarán, a continuación, algunas ideas para adelantar acciones de recertificación profesional, en tanto se puedan configurar las condiciones jurídico políticas institucionales y económicas que viabilicen la implantación de la Carrera Sanitaria en Ecuador.

La base para impulsar acciones en tal sentido se sitúa en la necesidad de mejorar, hasta donde el instrumento recertificación lo permita, la calidad de las prestaciones de salud en nuestro medio; con ello se estaría además contribuyendo a rehacer la maltrecha institucionalidad de rectoría en salud, severamente afectada en la última década por factores vinculados con la crisis de legitimidad política que ha afectado al país en la última década.

En tales circunstancias, al no existir mandato con fuerza de ley para la recertificación, como parte de la Carrera Profesional, la base para instrumentarla sería un consenso explícito entre instituciones de regulación, formación, gremiales y de provisión de servicios. El CONASA jugaría un rol relevante en el proceso, en tanto espacio natural de concertación de dichas instituciones.

El Comité de Certificación/Recertificación de Profesionales de Salud, creada al interior del CONARHUS se convertiría en la fuerza motriz para impulsarlo, y en tal condición, diseñaría los lineamientos de política y principales normativas para ponerlo en práctica de manera progresiva.

4.1 Criterios Básicos

Alcance nacional

La certificación/ recertificación entraría en vigencia en un momento dado en todo el territorio nacional. Se instrumentalizarían medidas a efectos de que todos los profesionales de salud del país tengan iguales oportunidades de acceder al proceso independientemente del lugar de su ejercicio profesional.

Aplicación voluntaria

El/la profesional de salud podrá escoger la opción de aplicar o no al proceso de certificación/recertificación voluntariamente con el objeto del mejoramiento personal en su competencia profesional. Será, por tanto, una estrategia de quienes lideren la iniciativa el crear consenso para que el sistema cuente con mayores adeptos día por día.

Establecimiento de incentivos

En función de las diversas capacidades de las instituciones que integran el SNS, podrían establecerse incentivos para profesionales que alcancen la recertificación, cumpliendo los requisitos establecidos en el Comité, procurando, en todo caso, la mayor homogeneidad posible. Algunas opciones de incentivos serían por ejemplo puntajes mayores en concursos por plazas vacantes, preferencias para puestos de jefatura, puestos académicos o postulaciones a directivas gremiales. A nivel privado el incentivo sería un reconocimiento explícito de su competencia profesional que podría constituir factor de atracción para una mayor demanda de servicios. Podrían también explorarse opciones de reconocimiento económico, por ejemplo un bono de desarrollo profesional.

Periodicidad

La certificación/recertificación tendría una validez de cinco años. Al final de este periodo el/la profesional podría recertificarse sometiéndose al proceso correspondiente.

Requisitos

Podrían tomarse como referencia los parámetros presentados en párrafos anteriores (evidencia de actualización profesional a través de examen, antigüedad, formación continua, docencia, investigación y participación en actividades relacionadas con la actividad profesional que implican mayor esfuerzo y dedicación personal), con diverso peso proporcional para construir una escala con valores a alcanzar para obtener la recertificación. Como la recertificación se realizaría periódicamente (cada cinco años), se esperaría que en este lapso el médico haya completado el puntaje o número de créditos requeridos para su recertificación.

4.2 Instancias de gestión

El Comité Nacional de Certificación y Recertificación Médica a través de Comités semejantes constituidos en cada provincia quienes diligenciarán las normativas nacionales adaptándolas a sus realidades en procesos debida y adecuadamente normados y controlados.

4.3 Regulación y control

El Consejo Nacional de Certificación y Recertificación Médica regulará y normatizará, a través de un reglamento, los componentes estructurales del proceso y su aplicación. Podrá, adicionalmente, nombrar Comisiones Provinciales y Nacional de Evaluación, integrada por especialistas de reconocidos antecedentes y demostrada idoneidad profesional y solvencia ética y moral, que se pronunciará en casos de reclamos o inobservancia de procedimientos.

4.4 Registros

El Ministerio de Salud Pública y/o el CONESUP, administrarían los siguientes registros:

- Registro de Especialidades Reconocidas
- Registro de entidades proveedoras de Educación Continua en Salud
- Registro de Entidades certificadoras y recertificadoras
- Registro de Profesionales certificados y recertificados

La incorporación o bajas de dichos registros se harían con un acto administrativo del MSP con intervención del Comité Nacional de Certificación y Recertificación Médica.

En dicho Registro sólo figurarían las entidades y los profesionales que hayan sido aprobados según las normas y reglas establecidas.

Claudia Rozas
Residente de Salud Internacional OPS/OMS Washintong

VIII Reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud en las Américas

Lima-Perú 20 al 22 de Noviembre de 2006

I. Objetivos

1. Reunir a líderes de los equipos nacionales de los gobiernos de los países de la región de las Américas y otras regiones, miembros de los Observatorios de RHS, representantes de agencias de cooperación técnica y a los consultores responsables del desarrollo del tema de RHS en las representaciones de OPS.

2. Lograr que los participantes de esta reunión tengan el conocimiento, apoyo y la comprensión del proceso de planificación, a fin de tener una visión detallada a 10 años para el desarrollo de una fuerza laboral eficaz de salud.

3. Conocer y compartir las propuestas nacionales de planes de desarrollo de recursos humanos para el decenio, definir las actividades específicas necesarias para alcanzar esta visión a diez años y establecer las marcas de progreso y los indicadores para evaluar el progreso y éxito alcanzados.

4. Los resultados esperados de esta reunión para cada país son los siguientes:

- Formular un Compromiso acerca de los cambios que esperan lograr en la fuerza laboral de salud durante los próximos diez años.
- Definir los indicadores clave para medir los cambios deseados y los mecanismos de monitoreo para evaluar el progreso.
- Identificar las necesidades de asistencia técnica y apoyo financiero.
- Lograr un consenso sobre las estrategias para la cooperación entre países dentro de la Región de las Américas.
- Lograr un intercambio de información y de evidencia generada por los Observatorios, así como de las experiencias

de países al abordar los retos de los recursos humanos en salud.

- Obtener apoyo de los expertos, las agencias de cooperación técnica y las agencias de financiamiento con la finalidad de movilizar recursos políticos, financieros y técnicos para abordar estos temas.

II. Actividades realizadas

1. Metodología de Trabajo

La reunión contó con la presencia de representantes de treinta países de la región de las Américas y cinco países de África, representantes de Universidades y representantes de Agencias de Cooperación Internacional como la Fundación Gates y el Banco Mundial.

- Los participantes de la reunión se dividieron en grupos de trabajo por región:
 - Países Andinos
 - Países del Caribe
 - Países del Cono Sur
 - Países Centroamericanos
 - Países Multi-Regionales
 - Países Inter-Regional (OMS)

Los grupos trabajaron alrededor de cuatro sesiones:

- “Planes Nacionales de Acción para el Decenio: Experiencias Compartidas y Enseñanzas Aprendidas”: Tuvo como objetivo analizar e intercambiar planes de RHS.
- “Planes Nacionales de Acción para el Decenio: Indicadores y Marcas de Progreso”: Tuvo como objetivo analizar y definir indicadores para medir los cambios y mecanismos de monitoreo para evaluar el progreso.
- “La Relación entre las Estrategias de Recursos Humanos y Servicios de Salud Efectivos”: Tuvo como objetivo analizar estrategias integrales de Recursos Humanos y de Servicios de Salud para la construcción de sistemas de salud sostenibles.
- “Trabajando Juntos por la Salud”: Tuvo como objetivo intercambiar experiencias y definir cómo coordinar iniciativas específicas nacionales, entre los países participantes así como áreas de trabajo que podrían beneficiarse del apoyo técnico y/o financiero.

2. Sesión de Trabajo de Países de la Región Andina

Las reuniones contaron la presencia de:

- Representantes del Ministerio de Protección Social de Colombia, y Ministerios de Salud de Ecuador, Perú, Bolivia y Venezuela.
- Representantes de los Observatorios de RHS
- Representantes de Universidades
- Representantes de Agencias de Cooperación Técnica
- Representantes del Organismo Andino de Salud

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

- Los países presentaron los avances en el desarrollo de los planes decenales de salud en los países de la Región Andina, precisando los ámbitos y requerimientos de la cooperación técnica lo que permitió el intercambio de experiencias sobre la base de las propuestas de cada país (Colombia, Bolivia, Venezuela, Ecuador, Perú).
- Se identificaron los contenidos estratégicos de los planes decenales de RHS de los países de la Región Andina para acompañar su implementación

Se discutieron los siguientes temas:

1. Elementos de los planes de desarrollo de los países en los siguientes aspectos, relacionados a los desafíos identificados en el Llamado a la Acción de Toronto:

- Desarrollo de políticas y planes
- Distribución de los RHS
- Migración
- Gestión
- Docencia-Servicio

2. Elementos comunes en los planes de desarrollo de recursos humanos en salud, en cuanto a la visión, contenidos, metas, propuestas y posibles marcas de progreso.

3. Necesidades de cooperación técnica para acompañar el plan definido por cada país y definición de la agenda Sub Regional

III. Resultados

1. Resultados Globales

Si bien se distingue que cada país tiene sus propias propuestas, avances, líneas de acción, prioridades en cuanto al desarrollo de recursos humanos en salud, se reconoce la importancia de generar una agenda a nivel sub-regional y regional que integre los elementos en común de los países. En este sentido, dicha agenda de desarrollo:

- Cumple un rol fundamental en el proceso de negociación.
- Genera la posibilidad de visualizar todo el campo de los recursos humanos en salud y las líneas emergentes por país, reconociendo diferencias entre los mismos.
- Permitirá la circulación e intercambio de la información y construir redes de trabajo.
- La agenda de desarrollo no sólo implica una agenda técnica pero además una agenda política, ligando las actividades a las políticas laborales, políticas de financiamiento e incluir a otros actores también.
- Debe incluir la definición de marcas de progreso, que se traducen en indicadores trazadores de las estrategias nacionales.

Se reconoce que hay temas que no se pueden impulsar solo a nivel nacional y es en estos aspectos donde es necesario definir estrategias regionales y fortalecer la cooperación técnica, como son: incremento de la inversión en recursos humanos y el techo fiscal; empleo (conectado a la precarización del trabajo en salud); sistematización de investigaciones, promoción de la investigación; y colocación de los temas de desarrollo de recursos humanos en salud a nivel político-estratégico y con mayor visibilidad en las agendas de los gobiernos.

Se reconoce que la región de las Américas es líder en el desarrollo de los Observatorios y de las estrategias de fortalecimiento de recursos humanos en salud.

2. Planes decenales de desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Región Andina. Anexo 1 sobre las iniciativas de los países

Se identificaron elementos comunes en las propuestas de planes presentados por los países, que son parte de la demanda actual en cooperación técnica de los países como son:

- Desarrollo de una carrera sanitaria
- Fortalecimiento o creación de Unidades Técnicas encargadas de la gestión de RHS
- Sistemas de información
- Fortalecimiento de redes de Observatorios de RRHH en salud
- Desarrollo de liderazgo y capacidad técnica de RRHH en salud

Cabe destacar que en la Reunión de Quito desarrollada entre el 31 de julio al 2 de agosto del 2006 se desarrolló el Encuentro Subregional Andino que tuvo como objetivo definir los planes decenales en torno a los desafíos del Llamado a la Acción de Toronto (Ver Anexo 2).

3. Sistema de Indicadores de Monitoreo de la Región Andina

Si bien no se lograron definir indicadores o marcas de progreso para medir cambios en el proceso o cambios en el sistema de salud, se estableció que es necesario:

- Establecer una línea basal de desafíos críticos e iniciativas relacionadas para identificar cambios y tendencias.
- A partir de la definición de una línea basal se podrá establecer un conjunto mínimo de indicadores e índices válidos y confiables para medir logro de desafíos. Este trabajo sin embargo requiere de capacidades técnicas específicas.
- Considerar indicadores particulares en función de la situación de cada país
- Establecer indicadores en función de un proceso temporal de avance que parte de un proceso general.

4. Estrategias de Recursos Humanos en Salud para lograr servicios de salud efectivos

Entre los programas nacionales de salud en los países que demanden cambios en recursos humanos se destacan entre los más importantes los siguientes:

- Programa de Medicina Integral Comunitaria: Venezuela
- Plan Nacional de Salud Comunitaria: Bolivia
- Residentado Médico: Perú
- Aseguramiento Único de Salud (AUS): Ecuador

Se identificaron algunas estrategias y cambios necesarios en recursos humanos en salud en los ámbitos de formación, gestión, regulación, a fin de lograr servicios de salud efectivos:

5. Papel de la Cooperación Técnica en la Región Andina

Se definieron las áreas de asistencia técnica en el proceso de implementación de los planes decenales en RHS en la sub región andina.

| LINEAS DE COOPERACION | ASPECTOS | NIVEL |
|--|--|---|
| 1. Sistemas de Información y desarrollo de indicadores y sistemas de monitoreo conjuntos | 1.1 Sistema de Información Gerencial para RHUS. 1.2 Fortalecimiento de la Red de Observatorios para el intercambio de información, estadísticas, experiencias, prácticas exitosas, normalidad. 1.3 Formular un grupo de indicadores para monitorear los planes decenales | 1.1 Brasil-País 1.2 OPS-Paises 1.3 Paises-OPS-ORAS |
| 2. Desarrollo de diálogos políticos | 2.1 Creación del Plan Andino de Recursos Humanos | 2.1 Representantes de seis países andinos-ORAS. REMSA Abril 2007 |
| 3. Conformación de unidades nacionales para la gestión de políticas de RHUS | 3.1 Intercambio de experiencias, 3.2 Fortalecimiento/creación de estructuras de conducción y capacidades técnicas | 3.1 , 3.2 País-país-OPS |
| 4. Procesos para la formación de líderes y generación de capacidades nacionales | 4.1 CIRHUS: Formación de gestores de RHS y proyecto de réplica en los países 4.2 Proyecto GERUS: Formación de Gerentes para unidades de atención primaria 4.3 Proyecto Magisterio para Formación de Formadores | 4.1 OPS regional, subregional, Brasil, Organismo Andino, cooperación país-país, Ecuador-Colombia, Perú, Venezuela 4.2 Brasil-país 4.3 UDUAL-ORAS Venezuela-Ecuador |
| 5. Mecanismos de intercambio de experiencia | 5.1 En aspectos de formación 5.2 A través de un campo virtual 5.3 Intercambio de información relevante sobre estudios, investigaciones, experiencias | 5.1 OPS-país-país |

IV. Principales conclusiones

1. Significado de la reunión de Lima

- La reunión de Toronto fue una instancia política de convocar a la acción y de abogacía.
- La reunión de Lima responde a este “Llamado” con:
 - Una instancia de demostración de planes de acción.
 - Planes que reúnen conjuntos de intervenciones inmediatas.
- La reunión de Observatorios es una oportunidad para poner en la agenda política de la Región y darle visibilidad al tema de desarrollo de Recursos Humanos en Salud, como esfuerzo común y concreto.

2. Cumplimiento de Objetivos de la Reunión

- El Compromiso de Lima:
 - Implica la necesidad de alinear las políticas de salud y las políticas de Recursos Humanos en Salud. En este sentido, cualquier inversión en RHS debe buscar un incremento de la cobertura y la calidad de atención, y finalmente, debe contribuir a alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio.
 - Estos cambios requieren de liderazgo y de nuevas capacidades técnicas para pasar a la acción.

- Las iniciativas presentadas por los países fueron explícitas en cuanto al cambio que se busca generar: cambios en la composición y utilización de la fuerza de trabajo, cambios en sistemas de salud, cambios en situación de salud, cambios en procesos para efectivizar políticas y planes, entre otros.
- Si bien no se logró definir explícitamente indicadores clave para medir los cambios deseados, se estableció que este proceso requiere de un análisis más detallado y de capacidades técnicas específicas que no pueden ser definidos en una reunión de alcance político.
- Se logró un consenso sobre la necesidad de estrategias de cooperación entre países y regiones, en algunos casos con mayor nivel de detalle por ser procesos que ya se encuentran en marcha como en el caso de la Sub Región Andina.

V. Principales recomendaciones

- Programar una próxima reunión dentro de dos años para permitir a los países trabajar en la implementación de sus planes.
- Se hizo especial énfasis en la necesidad de iniciar la implementación de los planes y que las siguientes reuniones hagan énfasis, y que esto necesariamente requerirá de nuevas capacidades técnicas, diferentes a aquellas que fueron necesarias para lograr establecer planes de acción y contribuir a la abogacía para el desarrollo de RHS.
- Se solicitó que para el desarrollo de las próximas reuniones de los Observatorios, el contenido de las reuniones posteriores sean compartidos y discutidos con los países.

Anexo 1

Generalidades de los Planes Decenales de Recursos Humanos en Salud

Colombia

Representante: Dr. Juan Carlos Trujillo (Ministerio de Protección Social)

Proyecto de ley de RRHH en salud se centra en: disposiciones generales, formación, ejercicio, desempeño, ética, organismos de apoyo (Consejo Nacional de RRHH, Observatorio, colegios de profesionales)

Áreas de desarrollo para la década:

- Reglamentación, implementación de los mandatos de la ley de los talentos humanos
- Idoneidad específica para las prácticas de formación
- Sistemas de información
- Fortalecimiento y desarrollo de espacios de participación. la prioridad en este caso es el Observatorio

Ecuador

Representante: Dr. Milton Gross (CONARHUS)

- Desarrollar la carrera sanitaria como elemento fundamental y formular procesos de certificación y recertificación
- Generación de sistemas de información
- Adecuar los planes al sistema de salud

Venezuela

Representante: Dr. Fernando Colmenares (Ministerio de Salud)

Su plan es parte de una política de Estado, no parte de un proceso de concertación, centrada en una necesidad de privilegiar a los sectores más excluidos como parte de las políticas de la salud.

Esta centrado en el proyecto de desarrollo de capacidades para la atención de atención primaria, trabajando con misiones internacionales para suplir la falta de oferta de profesionales especializados en atención primaria.

Bolivia

Representante: Dr. Víctor Álvarez (Ministerio de Salud)

El Plan Nacional de desarrollo (que prioriza el problema de la exclusión) establece la guía para el desarrollo de los planes de salud.

Su plan es parte de una política de Estado, centrado en la extensión de la cobertura, fortalecimiento de Redes de Salud en sus 3 niveles, gestión de la calidad, vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios, fortalecimiento de la capacidad de gestión, creación del Seguro Universal de Salud.

Perú

Representante: Dr. Luis Huarachi (IDREH)

Se ha iniciado el proceso de concertación e implementación para el desarrollo de RRHH.

El Ministerio de Salud ha planteado 8 lineamientos de política y se ha ligado a los desafíos para la década.

Es necesario apoyar el desarrollo de 4 espacios de concertación específicos: Consejo Nacional de RRHH en Salud, IDREH, Observatorio y Sistema de regulación de la articulación de docencia-servicio.

Mirta Roses Periago
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana

Una mujer con experiencia al frente de la OMS

- **La salud, objetivo central de la agenda política global.**
- **La Organización Mundial de la Salud, compromiso de velar por la salud global.**

Con excelentes resultados recién concluyó el proceso electoral en la Organización Mundial de la Salud (OMS), inesperadamente desencadenado por el prematuro fallecimiento del Dr. Lee Jon-Wook cuando estaba apenas cumplida la mitad de su mandato.

El lamentable hecho ocurrió en mayo pasado y fue anunciado con mucha emoción en la apertura de la Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, Suiza por su presidenta saliente, la Ministra de Salud de España, doña Elena Salgado.

Allí surgieron las previsibles preocupaciones ante un vacío de conducción en este organismo encargado de las relaciones intergubernamentales y la cooperación internacional para la protección y el progreso de la salud mundial.

Hoy la salud ocupa un lugar central en la agenda política global y toda la sociedad espera una actuación firme y equilibrada de esta agencia de las Naciones Unidas frente a amenazas serias como la influenza aviar.

Los 193 Estados miembros de la OMS reaccionaron rápida y atinadamente, convocaron de urgencia al consejo ejecutivo, designaron interinamente al Dr. Anders Nordström de Suecia, y aprobaron un procedimiento y calendario acortado para elegir una dirección definitiva.

Hubo voces alarmistas sobre la capacidad de la propia burocracia de dar continuidad a las tareas y asegurar un proceso electoral adecuado, y se generaron dudas sobre la transparencia



Dra. Margaret Chan

y compromiso de los Estados miembros para escoger a la persona más idónea.

Sin embargo, hoy podemos reconocer con satisfacción, la conclusión en solo 6 meses de un proceso institucional y colectivo ejemplar.

Trece candidatos se registraron pero dos, el actual presidente del Ecuador y el nominado por Siria, se retiraron posteriormente. Los 34 delegados de los países que conforman el consejo ejecutivo, redujeron primero la lista de los once restantes a cinco, los cuales fueron entrevistados por el cónclave que procedió finalmente a la votación secreta el 8 de noviembre.

Resalta que hubo tres mujeres entre los trece nominados, y que ellas (Margaret Chan de China, Elena Salgado de España y Tomris Turmen de Turquía) salieron en los puestos primero, cuarto y sexto del ranking final, lo cual habla de sus excelentes cualidades y desempeño en la contienda.

Es destacable que cinco de los seis primeros del resultado final son o han sido funcionarios de la OMS, incluido el prestigioso Ministro de Salud de México, Dr. Julio Frenk, segundo; el

Director Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, Dr. Shigeru Omi, tercero; y la restante, la actual Ministra de salud de España, fue presidenta de la pasada Asamblea Mundial.

Es evidente que en esta ocasión, el conocido techo de cristal que representa para las mujeres la aplicación del criterio de experiencia en la selección para cargos de liderazgo, ha sido vencido con una bien calificada representación femenina y los resultados están a la vista.

Celebremos, todos y todas, la elección para uno de los puestos más decisivos del escenario mundial, de la Dra. Margaret Chan, una mujer con experiencia, proveniente de un país en desarrollo, que ha competido con candidatos de excelente formación y antecedentes y que dirigirá por los próximos cinco años, los trabajos de la organización encargada de velar por la salud global.

Dr. Jorge Albán Villacís
 Director Ejecutivo Encargado CONASA

Informe de gestión Período Enero-Diciembre 2006

Aprobado por unanimidad en la Reunión Ordinaria
 del Consejo Nacional de Salud

21 de Diciembre de 2006

Presentación

El presente informe, es un mecanismo a través del cual el Director Ejecutivo, rinde cuentas de la gestión cumplida por el Consejo Nacional de Salud durante el año 2006 e informa de manera documentada y transparente sobre la labor desarrollada. Aquí se destaca principalmente el trabajo de las Comisiones Técnicas del CONASA cuya misión es apoyar la estructura y funcionamiento del Consejo Nacional de Salud a través de una gestión eficiente, generando una agenda estratégica que permita viabilizar acciones interinstitucionales para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Macroproceso: promoción

Comisión de Promoción de la Salud

Elaboración de la Política Nacional de Promoción, del Plan de Acción y sistematización de las experiencias de promoción que realizan las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Para el año 2007, la Comisión se ha planteado como reto, proponer y crear estrategias para buscar la integración del Plan de Acción de la Política de Promoción de la Salud en los planes operativos de las instituciones del Sistema Nacional de Salud así como en los Planes Provinciales y Cantonales de Salud.

Comisión de Organización y Participación Social

Se concertó en el seno de la Comisión la propuesta final de la Fuía para la elaboración del Plan Cantonal de Salud.

La Comisión apoya también la elaboración de los Planes Cantonales de Salud a varios Consejos de Salud; así como, también

la realización de los 21 talleres de Seguimiento de la Agenda Política del II Congreso como insumo para el III Congreso por la Salud y la Vida.

III Congreso por la salud y la vida Cuenca 2007 seguimiento de la Agenda Política

En cumplimiento de este mandato, el Consejo Nacional de Salud, realizó la Primera Fase del III Congreso por la Salud y la Vida, planteándose como objetivo generar espacios de análisis sobre el cumplimiento a nivel cantonal, provincial y nacional de los compromisos establecidos en la Agenda Política 2004–2006.

Para el efecto, se utilizó una metodología participativa con la realización de tres talleres nacionales, efectuados en la ciudad de Cuenca, Guayaquil y Quito entre el 11 y 15 de septiembre del 2006, eventos que convocaron la asistencia de delegados Nacionales, de las Direcciones Provinciales de Salud, Prefectos Provinciales y Representantes Provinciales de Juntas Parroquiales de todo el país; y, que sirvieron para capacitar a grupos facilitadores provinciales en el seguimiento de la Agenda

Política, con la utilización de un instrumento cuantitativo y cualitativo que resume los lineamientos de cada uno de los temas de la Agenda a ser evaluados. También se llevaron a cabo veinte y un talleres provinciales, donde se formaron responsables cantonales que aplicaron el instrumento en los Consejos Cantonales de Salud o con los actores cantonales relacionados con salud. Esta actividad se la cumplió durante los meses septiembre y noviembre.

Todo este proceso ha servido para fortalecer la participación social en salud y ha aportado con información relevante que será tomada en cuenta para la preparación y discusión de los temas del III Congreso, que se realizará en Cuenca el próximo año, para lo que el Consejo Nacional de Salud cuenta ya con el compromiso de cada una de las provincias del país, que han sido sensibilizadas activamente en su rol para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud del Ecuador.

Comisión de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

El Plan de Acción de la Política de SDRS se aprobó por parte del Señor Ministro de Salud en octubre del 2006 y se ha iniciado su difusión a partir del evento de presentación de los Productos del CONASA 2006.

Macroproceso: planificación

Subcomisión de Prestaciones

El listado de conjunto de prestaciones por niveles de atención y por tipo (ambulatorias, hospitalarias y complementarias) fueron aprobadas en el Directorio el 25 de octubre y difundidas en la reunión del CONASA del 30 de noviembre del 2006.

Se ha consensuado la metodología, el formato las fuentes bibliográficas y se han priorizado 63 protocolos para ser trabajados en esta primera fase. Para lo cual se realizaron dos talleres nacionales para la revisión inicial de 28 protocolos, instauración además equipos de trabajo permanentes con delegados de las instituciones del SNS.

Subcomisión de Monitoreo y Evaluación

Se logró concertar el grupo de indicadores del Sistema Común de Información Sectorial de Salud y el plan de trabajo de la Subcomisión para el próximo año.

Subcomisión de Reforma de la Historia Clínica

Luego de 34 años de no ser modificada, se aprobó por parte del Directorio del Consejo Nacional de Salud el marco conceptual y el rediseño de los formularios de la Historia Clínica; con la precisión de que los formularios del Registro Médico Orientado por Problemas, deberán ser utilizados en forma inicial por los profesionales formados en el manejo del Registro Médico Orientado por Problemas; para posteriormente de manera progresiva difundir su utilización en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Comisión de financiamiento

Se logró conformar la Comisión con la participación del MSP y se elaboró una propuesta de desarrollar periódicamente actividades en el marco del "Observatorio del Uso de los Recursos en Salud".

Subcomisión de Cuentas Nacionales

Sobre la base las Cuentas Satélites de Salud 2003 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, con el apoyo de OPS/OMS, se realizó un taller de revisión y análisis del documento de Cuentas Satélites; el cual será publicado en Enero del próximo año.

Comisión Nacional de Recursos Humanos

Se elaboró el Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria que fue aprobado por el Directorio para su difusión, para lo cual se organizaron talleres en Quito, Guayaquil y Riobamba (FENETS y la FME –Directorio 19 y 20 de Enero del 2007–emitirá su pronunciamiento final), se espera continuar con este proceso para lo que se ha solicitado al Señor Ministro de Salud para mantener reuniones con características similares con la Asociación de Empleados y Profesionales de Planta Central y AMES-PU. De igual forma se cuenta ya con un cronograma de trabajo para ampliar la difusión del Anteproyecto con los otros gremios y trabajadores de la salud.

Se organizó el Primer Encuentro Subregional Andino: Planes Decenales de Salud. Quito, 31 de julio al 4 de agosto del 2006; y, se cuenta ya con un documento propuesta de Certificación y Recertificación elaborado para conocimiento y difusión de las Comisiones Técnicas y del Directorio.

Macroproceso: Investigación

Comisión de Ciencia y Tecnología

Se elaboró el Plan de Acción para la implementación de la Política de Investigación en Salud, cuyos lineamientos

principales fueron consensuados al interior de la COMCYT y se está trabajando en la actualización de la Agenda de Prioridades de Investigación en Salud, sobre la base de una metodología desarrollada por el Proceso de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud y el CONASA. De la misma manera, se ha auspiciado y apoyado la realización de varios eventos científicos, siendo el más destacado, el Congreso de Salud Ocupacional, que se llevo a cabo entre el 8 y 12 de Febrero.

Se efectuaron también los talleres previos y el 5º Foro Nacional de Investigación en Salud, evento anual de la COMCYT, realizado en la ciudad de Guayaquil, el 22 y 23 de Mayo del 2006, en el cual se presentaron las Memorias del 4º Foro de Investigación en Salud realizado en Cuenca en el 2005.

Comisión de Bioética

Se ha elaborado y consensuado la Política de Bioética, que ha sido elevada para conocimiento y aprobación del Directorio del CONASA; además se cuenta con un documento propuesta para la conformación de Comités de Bioética.

Comisión de Medicamentos e Insumos Médicos

La Política Nacional de Medicamentos fue aprobada por el Directorio en Octubre del 2006 y presentada en los talleres de seguimiento de la Agenda Política del II COSAVI.

Se presentó y aprobó la VI revisión del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos; se está concluyendo la elaboración del Registro Terapéutico.

De igual forma, se continuó con el proceso de calificación 2006. En octubre de este año se elaboró, aprobó y publicó las nuevas bases para la calificación de proveedores 2007, proceso que ya ha iniciado la Comisión.

Informe de gestión

Procesos habilitantes de asesoría

Gestión de Recursos Humanos

Con resolución No. 001 del 20 de Diciembre del 2005, se expide el Estatuto Orgánico del CONASA, publicado en el Registro Oficial No. 181 del 5 de Enero del 2006.

A través de la Resolución No. 0253 expedida el 26 de Abril del 2006, el Ministerio de Economía y Finanzas, resuelve: **“Registrar la creación de 14 puestos en el Distributivo de Remuneraciones Unificadas del Consejo Nacional de Salud - CONASA, a partir del 1 de mayo del 2006”**.

Gestión Jurídica

Se ha procedido a estudiar y elaborar los siguientes reglamentos y contratos: i) Reglamento para la adquisición de bienes muebles, ejecución de obras y prestación de servicios, ii) Reglamento para

la administración del Fondo de Caja Chica, iii) Elaboración del contrato de ampliación y remodelación de las oficinas del CONASA, iv) Proceso para la contratación de la adecuación de la bodega y sala de archivo según Comodato vigente con el Ministerio de Salud; y, v) Participación en los Comités de Contrataciones y Adquisiciones.

Gestión informática

- Implementación y configuración del Correo Electrónico y la página Web con dominio del Consejo Nacional de Salud (www.conasa.gov.ec), de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información; y,
- Optimización de la red informática del Consejo Nacional de Salud.

Procesos habilitantes de apoyo

Gestión administrativa financiera

Para poder acceder a la asignación de recursos fiscales es indispensable que una entidad del sector público, en este caso el CONASA, sea considerada como Unidad Ejecutora.

Después de varias gestiones en este sentido, el Subsecretario de Presupuestos del Ministerio de Economía y Finanzas, mediante oficio SP.CACP-2004-01045 de 31 de marzo del 2004, luego de revisar la base legal del Consejo Nacional de Salud, determina, que es procedente su incorporación a partir del año 2005 al “Catálogo de Instituciones y Unidades Ejecutoras del Sector Público” y se le asigna el Código 1-3230000 “Consejo Nacional de Salud – CONASA”.

El presupuesto aprobado para el año 2006 fue de usd 593.636.00, que contempla las siguientes partidas:

| Ingresos | Dólares |
|---------------------------------|-------------------|
| Venta de bases | 12.000.00 |
| Del Gobierno Central | 431.436.00 |
| Aportes del IESS para el CONASA | 150.200.00 |
| Suman | 593.636.00 |

Ejecución de lo presupuestado

Procesos Administrativos 141.372 (80,64%)
Procesos Técnicos 201.055 (84,58%)

En este sentido, cabe resaltar que la Contraloría General de la Nación realizó en este año una auditoría a la gestión del CONASA, sin observaciones en el ámbito de su competencia.

Cooperación de las agencias externas

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud

La OMS/OPS representación Ecuador brinda permanentemente asesoría técnica y financiera, al Directorio, a las Comisiones y a los diferentes eventos programados por el Consejo Nacional de Salud.

En este marco, la OMS/OPS ha apoyado la realización de los Talleres de Seguimiento de la Agenda Política 2004-2006, primera fase del III Congreso por la Salud y la Vida, la elaboración de la propuesta técnica y del Anteproyecto de Ley de Carrera Sanitaria, de la Política Nacional de Medicamentos, de la Reforma de la Historia Clínica, del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, del Plan de Acción de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, entre los principales.

UNFPA

En su programa de cooperación técnica y financiera para el período 2004-2008, el UNFPA se encuentra brindando asistencia técnica al Directorio y a las Comisiones Técnicas del CONASA, particularmente a las de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Promoción; y, Ciencia y Tecnología. Apoya también la organización y funcionamiento de los Consejos Cantonales y Provinciales de Salud, la preparación, organización y seguimiento del III Congreso por la Salud y la Vida, a realizarse en la ciudad de Cuenca, así como, organización de los Foros de Investigación en Salud.

UNICEF

El UNICEF apoya la realización de los Congresos por la Salud y la Vida y el Estudio de Cuentas Nacionales de Salud, tanto técnica como financieramente.

El ideal de una salud humanizada, con acceso universal, incluyente y de calidad es una responsabilidad colectiva, que debe partir de la existencia de un pensamiento revolucionario pero particularmente de actos revolucionarios cotidianos, buscando plasmar el concepto de que la salud del pueblo es la suprema ley. Este es el compromiso solidario y permanente que ha asumido el Consejo Nacional de Salud, no hubiese sido posible sin el apoyo del Señor Ministro de Salud, de los señores miembros del Directorio, de los delegados institucionales que participan en las Comisiones Técnicas, de la Cooperación de OPS/OMS,

UNFPA y UNICEF, de los coordinadores técnicos y funcionarios del CONASA, a todos quienes expreso mi agradecimiento.

III Congreso por la Salud y la Vida

Conclusiones de la I fase

La primera consideración tiene que ver con la importancia de esta fase al establecer una línea de base de la aplicación de la política requerida para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. A más de la validez y confiabilidad de la información que se ha levantado en este estudio, sin duda cuenta el apoyo del CONASA para el establecimiento de una cultura de sistematización desde lo local que permita a las diferentes instancias del Sistema contar con herramientas para su gestión orientada a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

La principal conclusión general del presente reporte es la existencia de una gran brecha de la gestión de la información al nivel provincial y cantonal; en tanto que los indicadores de eventos vitales y morbilidad recaudados en estos niveles cuando se los confronta con sus similares del sistema común de información del MSP 2006 y otros, muestran disparidades cuantitativas.

Sin embargo de ello, es importante la aproximación cuali-cuantitativa a los lineamientos de política de los temas que fueron compromisos de la Agenda Política 2004-2006 y que deben ser monitoreados como elementos para plantear los temas del III Congreso por la Salud y la Vida.

En el tema de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**: equidad y derecho a la salud, es pertinente indicar que a pesar de no poder establecer con claridad tendencias de los indicadores de la mortalidad de la niñez y de menores de 5 años, ya que no se cuenta con tasas ajustadas; la notificación de números absolutos de defunciones sugiere un incremento de muertes neonatales y una tendencia decreciente de la notificación de la mortalidad postneonatal y de la niñez.

Es importante también la consideración de las principales acciones realizadas para afrontar el tema, en donde la promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la aplicación del enfoque de riesgo para el desarrollo de intervenciones eficaces con participación de la comunidad a través de acciones educativas y de información, y la coordinación institucional para ampliar coberturas de control constituyen estrategias mencionadas en el estudio, que tendrán sin duda un impacto favorable sobre la reducción de la mortalidad infantil.

En cuanto al ejercicio de los **Derechos Sexuales y Reproductivos** se plantean determinadas limitaciones relacionadas con los niveles de conocimiento y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita; pero por otro lado, se destaca el cumplimiento de la gratuidad de la Ley de Maternidad en el 55% de la muestra, la irregular e insuficiente asignación de recursos económicos; la emergencia de la violencia intrafamiliar y el embarazo adolescente como temas de peso en la agenda de salud pública del país.

En el tema de la veeduría social de la muerte materna se reporta un total de 169 eventos en el bienio 2004-2005 que al momento de ser analizados por primera demora, representan como media un 45.5% de la mortalidad materna total. El análisis de mortalidad por segunda demora muestra una notificación creciente y como media del bienio representa un 8.7% de la mortalidad materna total.

Las cifras de mortalidad materna por primera demora ratifican la necesidad de un trabajo promocional y preventivo intenso desde diferentes vertientes liderados por el Ministerio de Salud, que se oriente a reducir la mortalidad materna vía inclusión de la población en el fortalecimiento y difusión de la información objetiva sobre la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y sus riesgos.

Sobre el acceso a la atención de parto, se podría colegir de los datos recaudados, una tendencia decreciente de la atención profesional del parto, particularmente en la Costa y en el Oriente, lo que puede tener un impacto negativo sobre la mortalidad materna y plantea a su vez una línea estratégica de trabajo a desarrollar.

La integralidad de la atención como característica del **modelo de atención** tiene una práctica importante de actividades de promoción en el 88% de los servicios de salud, así como la participación del personal de salud en visitas domiciliarias, que sugieren una efectiva integralidad del modelo, que sin embargo se percibe por parte de la comunidad aún como insuficientes al relacionarlas con las actividades de prevención; al igual, que las actividades curativas frente a las demandas de la población.

En el tema del **acceso a medicamentos esenciales**, el 73% de los prescriptores disponen y utilizan el cuadro básico de medicamentos. En lo relacionado con el expendio de medicamentos genéricos, si bien se reporta un 60% de establecimientos que lo hacen, la exhibición del listado de medicamentos así como el control de productos con registro sanitario durante el expendio son muy bajos (15% de establecimientos).

En la **rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud**, se evidencia la necesidad de fortalecer la funcionalidad del Sistema en el marco regulatorio de la Autoridad Sanitaria.

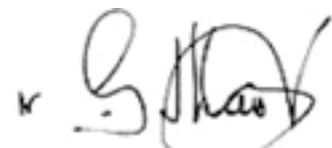
El reporte precisa que los Consejos de Salud existentes se han estructurado en un 55% de casos de acuerdo con las disposiciones de la LOSNS, un 10% de cantones de la muestra han implementado planes locales de salud y en ausencia de Consejos de Salud se ha podido identificar en 28% de otras instancias de apoyo a este propósito.

Finalmente, el tema de **financiamiento** es crucial al explicar el cumplimiento de la Agenda Política 2004-2006. Las limitaciones en la cuantía, oportunidad y regularidad de las asignaciones son comunes y frecuentes en los presupuestos locales que afectan directamente a los otros temas de la Agenda Política analizada, y son una gran preocupación para los sectores sociales en la medida de que incide claramente en el desarrollo humano.

En este sentido, estos resultados preliminares constituyen una primera gran aproximación, que está siendo desagregada por provincias y cantones, cuyo resultado será sistematizado y entregado a cada provincia en los 22 talleres precongreso del III Congreso por la Salud y la Vida.

Las labores y concreciones presentadas, Señor Ministro y señores miembros del Directorio, constituyen el compromiso solidario y permanente que ha asumido el Consejo Nacional de Salud, que no hubiese sido posible sin el apoyo y respaldo de ustedes, de los delegados institucionales que participan en las Comisiones Técnicas, de la Cooperación de OPS/OMS, UNFPA y UNICEF, de los coordinadores técnicos y funcionarios del CONASA, a todos quienes expreso mi agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Jorge Albán Villacís
Director Ejecutivo Encargado
Consejo Nacional de Salud

básico de medicamentos. En lo relacionado con medicamentos genéricos, se establece que en un 60% de establecimientos los expenden, pero la exhibición del listado y el control de productos con registro sanitario se realizan en un pequeño porcentaje.

El cuanto a rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud, se evidencia la necesidad de fortalecer la funcionalidad del Sistema en el marco regulatorio de la Autoridad Sanitaria.

Finalmente, en el tema de financiamiento existen limitaciones en la cuantía, oportunidad y regularidad de las asignaciones en los presupuestos locales, lo que influye directamente en los otros temas de la Agenda Política 2004-2006.

Antecedentes y justificación

Durante el II Congreso por la Salud y la Vida realizado en la ciudad de Guayaquil en Septiembre del 2004 y en los 11 talleres pre-congreso, se analizaron 6 temas de interés nacional:

- **Tema 1:** Objetivos de Desarrollo del Milenio, Equidad y Derecho a la Salud
- **Tema 2:** Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: resultados de la implementación de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna
- **Tema 3:** Modelo de atención y redes para la extensión de cobertura en salud
- **Tema 4:** Acceso a los medicamentos esenciales
- **Tema 5:** Rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud
- **Tema 6:** Financiamiento y acceso universal a salud

El análisis de estos ejes temáticos aportó con los elementos necesarios para la elaboración de la Agenda Política en Salud 2004-2006, marco de referencia para la definición y organización de planes, programas y proyectos tanto del nivel nacional como del provincial y local.

Uno de los acuerdos fundamentales del II Congreso fue la necesidad de dar **seguimiento a la implementación de la agenda política**, de manera que se constituya en una responsabilidad tanto de la sociedad civil, como de los gobiernos nacional y seccionales; y, que el análisis colectivo del mismo sea el inicio de las actividades previas a la realización del III Congreso por la Salud y la Vida a realizarse en la ciudad de Cuenca en el año 2007, para lo que se ha definido 3 fases:

Primera fase

- Realización entre Septiembre y Noviembre del 2006, de 3 talleres regionales, Guayaquil, Cuenca y Quito; y, 22 talleres provinciales para el análisis y seguimiento de la

- Agenda Política del II Congreso por la Salud y la Vida.
- Ejecución de 22 talleres provinciales

Segunda fase

- Ejecución durante el primer cuatrimestre del 2007, de 22 talleres provinciales previos al III Congreso, en los cuáles se contará como insumo básico, además de los temas mismos del Congreso, con el documento producto de la primera fase: **análisis del seguimiento de la agenda política del ii congreso por la salud y la vida, consolidado nacional, por provincias y por cantones.**

Tercera fase

- Desarrollo del III Congreso por la Salud y la Vida. Cuenca 2007

Diseño metodológico

Tipo de estudio

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva cuali cuantitativa (2004-2005) de los seis temas de la Agenda Política y sus principales lineamientos lo que permitiría un análisis conducente a una reflexión integradora sobre su estado de situación y las alternativas de enfrentar los problemas desde los niveles locales de gestión.

Adicionalmente, se investigó el comportamiento bienal de un conjunto de indicadores para analizar la tendencia de la mortalidad de mujeres y materna en el Ecuador como resultado de las acciones propuestas por los Consejos Cantonales así como por las intervenciones de los hospitales cantonales y provinciales del Ecuador.

La información que se genera en el presente reporte corresponde a la proporcionada por un total de 19 de las 22 provincias del país. No se cuenta con la información de Galápagos, Morona y Orellana, provincias que en términos

de población representarían un 2% del total nacional. El análisis reporta la información de 134 (62%) de los 218 cantones del Ecuador, lo que remarca la limitación del estudio y la cautela necesaria a la hora de intentar realizar inferencias al nivel país.

Objetivo general

- Generar espacios de análisis sobre el cumplimiento, a nivel cantonal, provincial y nacional de los compromisos establecidos en la Agenda Política 2004–2006, como insumo fundamental para el III Congreso por la Salud y la Vida

Objetivos específicos

- Reactivar y/o formar el grupo de facilitadores provinciales responsable de la recolección y sistematización de la información relevante sobre la implementación de la Agenda Política en Salud del II Congreso por la Salud y la Vida
- Impulsar espacios de diálogo para la recolección de la información cantonal, provincial y nacional sobre las acciones implementadas para el cumplimiento de los acuerdos de la Agenda Política.
- Disponer de un documento general que recoja la información por niveles territoriales sobre el cumplimiento de la Agenda
- Conformar la Comisión Provincial responsable de la ejecución de la segunda fase del III Congreso por la Salud y la Vida Cuenca 2007.

Conclusiones y recomendaciones

La primera consideración tiene que ver con la importancia de establecer una línea de base de la aplicación de la política requerida para el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. A más de la validez y confiabilidad de la información que se ha levantado en este estudio, sin duda, se destaca el apoyo del CONASA para el establecimiento de una cultura de sistematización desde lo local que permita a las diferentes instancias del Sistema contar con herramientas para su gestión orientada a fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

La principal conclusión general del presente reporte es la existencia de una gran brecha de la gestión de la información al nivel provincial y cantonal; en tanto que los indicadores de eventos vitales y morbilidad recaudados en estos niveles cuando se los confronta con sus similares del sistema común de información del MSP 2006 y otros, muestran disparidades cuantitativas.

Las mayores divergencias en el reporte de datos provienen de los cantones de las provincias de Guayas y Pichincha; lo que hace necesario fortalecer la coordinación interinstitucional para mantener un sistema de información actualizado de eventos

vitales y morbilidad que sirvan como insumo fundamental para el ejercicio de la planificación de estas instancias a nivel local.

Sin embargo de ello, es importante la aproximación cuali-cuantitativa a los lineamientos de política de los temas que fueron compromisos de la Agenda Política 2004–2006 y que debían ser monitoreados como elementos para plantear los temas del III Congreso por la Salud y la Vida.

En el tema del alcance de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**: equidad y derecho a la salud, es pertinente indicar que a pesar de no poder establecer con claridad tendencias de los indicadores de la mortalidad de la niñez y de menores de 5 años, ya que no se cuenta con tasas ajustadas; la notificación de números absolutos de defunciones sugiere un incremento de muertes neonatales y una tendencia decreciente de la notificación de la mortalidad postneonatal y de la niñez.

Es importante la consideración de las principales acciones realizadas para afrontar el tema, en donde la promoción de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, la aplicación del enfoque de riesgo para el desarrollo de intervenciones eficaces con participación de la comunidad a través de acciones educativas y de información, y la coordinación institucional para ampliar coberturas de control constituyen estrategias mencionadas en el estudio, que tendrán impacto favorable sobre la reducción de la mortalidad infantil.

El ejercicio de los **Derechos Sexuales y Reproductivos** muestra determinadas limitaciones relacionadas con los niveles de conocimiento y aplicación de la Ley de Maternidad Gratuita; se destaca el cumplimiento de la gratuidad de la Ley de Maternidad en el 55% de la muestra, la irregular e insuficiente asignación de recursos económicos; la emergencia de la violencia intrafamiliar y el embarazo adolescente como temas de peso en la agenda de salud pública del país y la limitación de las estructuras cantonales a la hora de ofrecer respuestas intersectoriales para enfrentar estos temas.

En el tema de la veeduría social de la muerte materna se reporta un total de 169 eventos en el bienio 2004-2005 que al momento de ser analizados por primera demora, representan como media un 45.5% de la mortalidad materna total. El análisis de mortalidad por segunda demora muestra una notificación creciente y como media del bienio representa un 8.7% de la mortalidad materna total.

Las cifras de mortalidad materna por primera demora ratifican la necesidad de un trabajo promocional y preventivo intenso desde diferentes vertientes liderados por el Ministerio de Salud, que se oriente a reducir la mortalidad materna vía inclusión de la población en el fortalecimiento y difusión de la información objetiva sobre la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y sus riesgos.

Sobre el acceso a la atención de parto, se podría colegir de los datos recaudados, una tendencia decreciente de la atención profesional del parto, particularmente en la Costa y en el Oriente, lo que inevitablemente tiene un impacto negativo sobre la mortalidad materna.

La integralidad de la atención como característica del **modelo de atención** tiene una práctica importante de actividades de promoción en el 88% de los servicios de salud, así como la participación del personal de salud en visitas domiciliarias, que sugieren una efectiva integralidad del modelo, que sin embargo se perciben aún como insuficientes al relacionarlas con las actividades de prevención; al igual, que las actividades curativas frente a las demandas de la población. Respecto a la articulación entre niveles de atención, la referencia y contrarreferencia, solo se aplica en un 31% de servicios lo que es una limitación importante para la extensión de las coberturas de atención.

En el tema del **acceso a medicamentos esenciales**, el 73% de los prescriptores disponen y utilizan el cuadro básico de medicamentos. En lo relacionado con el expendio de medicamentos genéricos, si bien se reporta un 60% de establecimientos que lo hacen, la exhibición del listado de medicamentos así como el control del registro sanitario durante el expendio son muy bajos (15% de establecimientos) lo que repercute en el acceso de la población a los medicamentos.

En la **rectoría y descentralización del Sistema Nacional de Salud**, se evidencia la necesidad de fortalecer la funcionalidad del Sistema en el marco regulatorio de la Autoridad Sanitaria.

El reporte precisa que los Consejos de Salud existentes se han estructurado en un 55% de casos de acuerdo con las disposiciones de la LOSNS, con deficiencias importantes de la función de veeduría social de los procesos y de participación igualitaria en las instancias de poder local. En apenas un 10% de cantones de la muestra se han implementado planes locales de salud y en ausencia de Consejos de Salud se ha podido identificar en 28% de otras instancias de apoyo a este propósito.

Finalmente, el tema de **financiamiento** es crucial al explicar el cumplimiento de la Agenda Política 2004-2006. Las limitaciones en la cuantía, oportunidad y regularidad de las asignaciones son comunes y frecuentes en los presupuestos locales que afectan directamente a los otros temas de la Agenda Política analizada, y son una gran preocupación para los sectores sociales en la medida de que incide claramente en el desarrollo humano.

Cooperación Técnica



Directorio del Consejo Nacional de Salud
30 de Agosto de 2006

Resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud sobre la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y la anticoncepción de emergencia

El Directorio del Consejo Nacional de Salud, convocado por su presidente a sesión extraordinaria el 30 de Agosto de 2006 para tratar sobre la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SYDSYR) y la Anticoncepción de emergencia, luego de los análisis pertinentes, y en el marco de los lineamientos del Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria y del posicionamiento del tema, por parte del señor Ministro de Salud Pública Presidente del CONASA, ante el Honorable Congreso Nacional, y en cumplimiento de su responsabilidad de promover la salud integral de todos los ecuatorianos, siendo la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos un componente esencial de la misma, aprueba las siguientes resoluciones:

1. Ratificar el Informe de la Comisión Técnica, conformada por el Ministerio de Salud para el efecto en Enero del año 2005, que establece las siguientes conclusiones:
 - a. “La evidencia científica actual ha establecido muy claramente, que los mecanismos de acción de las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia, impiden o retardan la ovulación y bloquean la migración de los espermatozoides al producir un gran espesamiento del moco cervical. Por lo tanto, actúan antes de la fecundación.
 - b. Se ha comprobado científicamente que estos mecanismos no tienen ningún tipo de acción adversa sobre el endometrio, por lo que no se les puede asignar a las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia efecto abortivo alguno.
 - c. Las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia están incorporadas a las Normas de Salud Reproductiva que poseen el pleno sustento constitucional y legal.
 - d. La disponibilidad de la anticoncepción hormonal oral de emergencia, en los servicios del Sistema Nacional de

Salud, para la población demandante debe ser libre, voluntaria y correctamente informada y con el correspondiente registro sanitario en todo el país”.

2. Velar por el respeto y plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos en la Constitución Política, leyes y normas del Ecuador, en documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobadas por consenso. El reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos humanos implica el reconocimiento de su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones y los medios para su pleno ejercicio.
3. Ratificar que estos derechos se fundamentan en el reconocimiento básico de todas las parejas e individuos, especialmente de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye, además, el derecho a

adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

4. Ratificar la vigencia de las "Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva", documento elaborado con amplia participación del sector salud y expedido mediante el Acuerdo N° 987 por el Ministerio de Salud Pública el 18 de Noviembre de 1998, en el que se incluye las "Píldoras de Anticoncepción de Emergencia" (PAE).
5. Ratificar el respaldo científico que tiene el Levonorgestrel, aceptado por la OMS como medicamento para la anticoncepción de emergencia, puesto que las investigaciones promovidas por el Programa de Reproducción Humana de la OMS y otras organizaciones científicas, han demostrado que las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia que contienen Levonorgestrel previenen la ovulación y no tienen un efecto detectable sobre el endometrio o en los niveles de progesterona, cuando son administrados después de la ovulación. Las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia no son eficaces una vez que el proceso de implantación se ha iniciado, por lo que no pueden provocar un aborto.
6. Proponer y realizar acciones intersectoriales coordinadas para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. Entre estas acciones están la educación sexual y la prestación de servicios de Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de derechos, de género, étéreo y de interculturalidad.
7. Impulsar los trámites pertinentes para que la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del Consejo Nacional de Salud incluya en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos aquellos relativos a la anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
8. Difundir la información proveniente de las investigaciones científicas y los reportes y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la anticoncepción de emergencia.
9. Promover y apoyar la aplicación de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y el Plan de implementación de esta Política en todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud.
10. Promover la amplia difusión de la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, de su Plan de Implementación y de la presente Resolución.

Dado en Quito en la sala de sesiones del CONASA, el 30 de Agosto de 2006.

Para constancia firman todos los integrantes del Directorio del Consejo Nacional de Salud.

Doctor
JAVIER CARRILLO U.
Ministro de Salud Pública (E)

Doctor
JOSÉ AVILÉS
Director General de Salud

Doctor
PAOLO MARANGONI
Representante H. Junta
de Beneficencia de Guayaquil

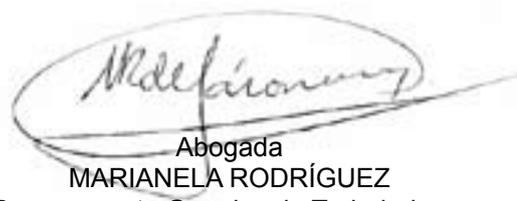
Doctor
FRANCISCO ORTEGA
Representante CONCOPE



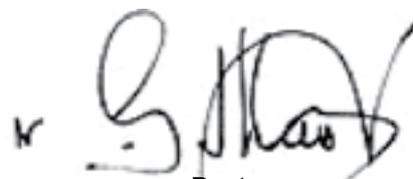
CrnI. CSM Doctor
DARÍO GALLEGOS
Representante Fuerza Pública



Doctor
SANTIAGO CONTRERAS
Representante SOLCA



Abogada
MARIANELA RODRÍGUEZ
Representante Gremios de Trabajadores



Doctor
JORGE ALBÁN VILLACÍS
Director Ejecutivo CONASA (E)



Doctor
LEONARDO PAZMIÑO
Representante Entidades Salud
Privadas con Fines de Lucro



Doctor
NELSON OVIEDO
Representante Entidades Salud
Privadas sin Fines de Lucro

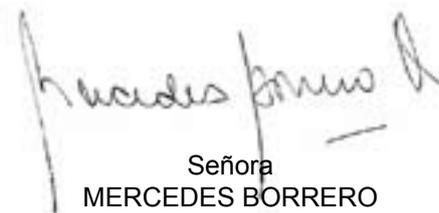


Doctor
MARCO ALVAREZ
Director Ejecutivo AFEME

Testigos de honor:



Ingeniero
DIEGO VICTORIA MEJÍA
Representante OPS/OMS en el Ecuador



Señora
MERCEDES BORRERO
Representante UNFPA en el Ecuador

Lic. Jorge Trujillo O.
Estadístico del Seguro Social Campesino

Dr. Enrique Moreta G.
Médico Supervisor del Seguro Social Campesino

El Seguro Social Campesino en el Ecuador

Antecedentes e historia

En el año 1968, se concluyeron varios estudios hechos por el Gobierno Ecuatoriano con la colaboración del Gobierno de España, y se inició una nueva modalidad de atención que posibilitaba una acelerada extensión de cobertura, denominada "Plan Piloto del Seguro Social Campesino".

Este Plan Piloto tuvo un período que pudiéramos llamar de prueba durante 13 años, los cuales pusieron en evidencia que, optimizando la utilización de los recursos disponibles, e implantando efectivamente la estrategia de Atención Primaria de la Salud, sobre todo a través de acciones simplificadas, era posible extenderlo hacia un mayor número de habitantes de la población rural ecuatoriana. Concluidos esos 13 años, el Congreso Nacional del Ecuador y el Poder Ejecutivo, expidieron en 1981, la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino, gracias a la cual se asignaron importantes flujos de recursos nacionales destinados a garantizar su permanencia y a consolidar una estrategia de atención, que en su momento se constituyó en un modelo innovador para la prestación de servicios de salud.

El ritmo de crecimiento de la población cubierta se incrementó aceleradamente en la década de los ochenta y benefició, con prestaciones básicas, a un buen porcentaje de la población rural ecuatoriana. El abanico de prestaciones del Seguro Social Campesino, establecido por ley, incluyó desde entonces, la atención a la salud integrada por atención médica, odontológica y de maternidad, las pensiones por vejez e invalidez, y un simbólico auxilio para funerales. Diecisiete años más tarde, en 1998; el Seguro Social Campesino del Ecuador recibe su más significativo avance desde el punto de vista legal institucional, al haber sido elevado a la categoría de mandato constitucional a través de la nueva Constitución Ecuatoriana.

En los actuales momentos los servicios de salud del Seguro Social Campesino cubren a 824.894 personas (20% de la población rural), y, de acuerdo con los sondeos de opinión, sus servicios son bien aceptados y demandados por la población beneficiaria, puesto que se ha constituido en un eficaz mecanismo de redistribución de la riqueza nacional.

En la estructura administrativa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social una de las cuatro Direcciones Nacionales es el Seguro Social Campesino, con una estructura nacional constituida por un nivel central y tres Subdirecciones Provinciales Pichincha, Guayas y Azuay así como con seis Departamentos Provinciales Manabí, Tungurahua, Imbabura, Loja y Chimborazo que son los encargados de operacionalizar las actividades relacionadas con el otorgamiento de sus prestaciones. En el nivel central existe una estructura, denominada Dirección Nacional y dos Subdirecciones, de Aseguramiento y Control de Prestaciones y Contabilidad y Presupuesto en las cuales se programan, ejecutan y evalúan las actividades destinadas a proteger la salud de los afiliados, y funcionan en coordinación con las unidades de programación general, sistemas de promoción y afiliación, manejo económico financiero y apoyo informático.

En el nivel Provincial se reproduce de manera reducida la estructura del nivel central, que en el área de salud, la integran áreas médicas y de enfermería. Son estas áreas las que se relacionan directamente con el nivel operativo, integrado, uniformemente, por dispensarios comunales.

El costo administrativo que representa el otorgamiento de las prestaciones del Seguro Social Campesino, es asumido casi en su totalidad por la estructura burocrática que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene en todo el territorio ecuatoriano y sin ella las posibilidades de llevar adelante el programa se verían notablemente disminuidas. Esto significa que a pesar de la relativa autonomía de la que goza el Seguro Social Campesino por mandato legal esta no puede ser ejercida en su totalidad ni parece conveniente que sea así, a menos que se incremente el volumen de recursos humanos administrativos dentro de su plantilla de personal. (Figura 1)

Figura 1



Dispensarios - Comunidad

En la actualidad el Seguro Social Campesino cuenta con 580 dispensarios comunales, atendidos por 584 auxiliares de enfermería, 325 médicos y 106 odontólogos.

Criterios de afiliación del año 2004

Antecedentes.-

Para los criterios de afiliación en el Seguro Social Campesino, administrativamente se consideran cinco Centros Zonales que son: Quito, Guayaquil, Cuenca, Riobamba y Portoviejo, cada uno de los cuales agrupa a diferentes provincias, a excepción del Centro Zonal Portoviejo que corresponde a Manabí.

A diciembre del año 2003 los resultados de afiliación fueron:

Tabla 1

| Centro Zonales | Dispensarios | Organizaciones | Familias | Personas |
|----------------|--------------|----------------|----------|----------|
| QUITO | 128 | 507 | 3800 | 18137 |
| GUAYAQUIL | 77 | 302 | 24871 | 18086 |
| CUENCA | 131 | 754 | 44031 | 202467 |
| RIOBAMBA | 124 | 596 | 36910 | 15700 |
| PORTOVIJO | 111 | 481 | 38226 | 176875 |
| TOTAL PAIS | 577 | 2640 | 190864 | 80771 |

Objetivo

Conocer y analizar los resultados de la instalación de los dispensarios e incorporación organizaciones como la afiliación de familias y personas al Seguro Social Campesino, en el año 2004, por provincias y a nivel nacional, estableciendo comparación con lo ocurrido el año anterior, a efectos de ejecutar los mecanismos adecuados que contribuyan a mejorar la ampliación de cobertura.

Aspecto legal de afiliación al Seguro Social Campesino

Según Art. 2 de la Ley de Seguridad Social vigente, señala "son sujetos obligados a solicitar la protección del régimen especial del Seguro Social Campesino, los trabajadores que se dedican a la pesca artesanal y el habitante rural que labora habitualmente en el campo, por cuenta propia o de la comunidad a la que pertenece, que no recibe remuneraciones de un empleador público o privado y tampoco contrata a personas extrañas a la comunidad o a terceros para que realicen actividades económicas bajo su dependencia".

Requisitos para la afiliación

- Vivir en el área rural o en el campo
- Ser pescador artesanal
- Laborar habitualmente en el campo
- No ser patrono permanente
- No laborar en relación de dependencia en forma permanente
- No estar afiliado a otro Seguro
- Las familias de una localidad que conforman una organización deben solicitar el ingreso al Seguro Social Campesino en la Unidad Administrativa de la jurisdicción a la que pertenecen

Actividades de la institución para la afiliación

El Investigador Social responsable de la zona de trabajo, realiza el Diagnóstico Comunitario, para establecer la factibilidad de incorporación de la organización

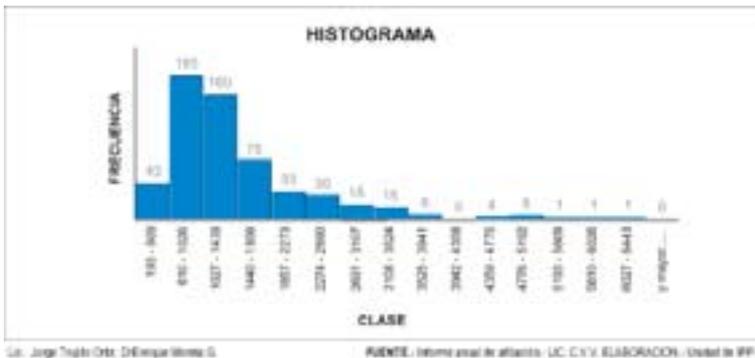
al Seguro Social Campesino. Realizar una encuesta familiar para la entrevista a las familias interesadas en la afiliación. Recetar de los interesados copia de la cédula o partida de nacimiento del jefe y de los miembros de la familia.

Tabla 2

| DISTRIBUCION DE PERSONAS SEGÚN DISPENSARIOS AFILIACION SEGURO SOCIAL CAMPESINO AÑO 2004 | | | |
|--|--------------|---------------------|----------------------|
| Personas | Dispensarios | Frecuencia Relativa | Frecuencia Acumulada |
| 130-609 | 43 | 0.0745 | 0.0745 |
| 610-1026 | 185 | 0.3296 | 0.4041 |
| 1027-1439 | 160 | 0.2713 | 0.6754 |
| 1440-1856 | 75 | 0.1355 | 0.8109 |
| 1857-2273 | 33 | 0.0592 | 0.8701 |
| 2274-2690 | 30 | 0.0537 | 0.9238 |
| 2691-3107 | 18 | 0.0324 | 0.9562 |
| 3108-3524 | 15 | 0.0269 | 0.9831 |
| 3525-3941 | 6 | 0.0108 | 0.9939 |
| 3942-4358 | 5 | 0 | 0.9939 |
| 4359-4775 | 5 | 0.0089 | 0.9928 |
| 4776-5192 | 5 | 0.0087 | 0.9841 |
| 5193-5609 | 1 | 0.0017 | 0.9824 |
| 5610-6026 | 1 | 0.0017 | 0.9807 |
| 6027-6443 | 1 | 0.0017 | 0.9790 |
| | 577 | | |

ELABORACION: Unidad de PP. Lic. Jorge Trujillo Ortiz. Dr. Enrique Romero G. FUENTE: Informe anual de afiliados. LC. C.V.V.

Gráfico 1

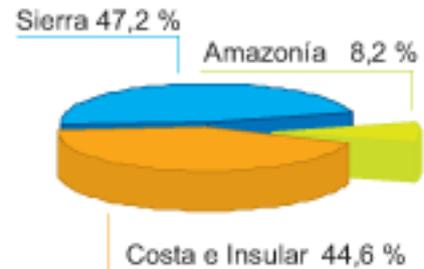


La distribución de personas según dispensarios en el año 2004 tenemos:

En la provincia de Cotopaxi, está ubicado la unidad operativa de Cuchitingue con 193 personas, es el dispensario con menor número de afiliados. En la provincia de Manabí, está el dispensario Pasadero con 6.435 personas que es el que más afiliados tiene en el año. Observamos que en el intervalo de clase de 610 a 1.026 personas tienen 185 dispensarios, representan el 32 %; le sigue el intervalo de 1.027 a 1.439 personas, que tienen 160 dispensarios, cubre el 27 %, es decir que más del 50 % de dispensarios tienen entre 610 y 1.439 personas. Según el histograma de frecuencias, hasta el intervalo que tiene como límite superior 1.856 personas cubre el 80 % de dispensarios.

Gráfico 2

**AFILIADOS AL SEGURO SOCIAL
CAMPESINO SEGÚN REGIONES
NATURALES DEL ECUADOR
AÑO 2004**



Según regiones naturales del Ecuador, la afiliación al Seguro Social Campesino, se reparte: el 44,6 %, Costa y Región Insular; 47,2% en la Sierra y el 8,2 % en la Amazonía. (Gráfico 2)

A diciembre del año 2004, el Seguro Social Campesino cubre a 819.405, afiliados hombres y mujeres del campo, con una disminución del 3,7 % en relación al año anterior. De los 4'838.983 habitantes del área rural, en el año 2004; se estima que están en condiciones de ser afiliadas al Seguro Social Campesino 2'577.726 personas, que corresponden al 53,3 %, de la población rural formados por pescador artesanal, trabajadores por cuenta propia y familiar sin remuneración. El 31,8 % es afiliada frente a la población susceptible y el 16,9 % representa del total de la población rural del país. (Tabla 3)

Tabla 3

DISPENSARIO, ORGANIZACIONES, FAMILIAS Y PERSONAS POR PROVINCIA Y CENTROS ZONALES AÑO 2004

| ORD. | Provincia | Dispensarios | Organizaciones | Familias | Personas |
|------|----------------------------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
| 1 | CARCHI | 15 | 48 | 2935 | 12549 |
| 2 | ESMERALDAS | 32 | 127 | 9381 | 46676 |
| 3 | IMBABURA | 24 | 113 | 7525 | 30910 |
| 4 | ORELLANA | 6 | 41 | 2306 | 11732 |
| 5 | PICHINCHA | 46 | 155 | 12145 | 51474 |
| 6 | SUCUMBIOS | 5 | 27 | 2139 | 10268 |
| | TOTAL C. ZONAL QUITO | 128 | 511 | 36431 | 163609 |
| 7 | GUAYAS | 48 | 212 | 23206 | 98246 |
| 8 | EL ORO | 12 | 20 | 5103 | 20887 |
| 9 | LOS RIOS | 16 | 68 | 5892 | 24613 |
| 10 | GALAPAGOS | 1 | 1 | 98 | 366 |
| | TOTAL C. ZONAL GUAYAQUIL | 77 | 301 | 34299 | 144112 |
| 11 | AZUAY | 46 | 260 | 13807 | 56071 |
| 12 | CAÑAR | 25 | 104 | 6245 | 24277 |
| 13 | LOJA | 45 | 268 | 18960 | 85026 |
| 14 | MORONA | 12 | 53 | 2515 | 10552 |
| 15 | ZAMORA | 9 | 71 | 3285 | 16634 |
| | TOTAL C. ZONAL CUENCA | 137 | 756 | 44812 | 192560 |
| 16 | BOLIVAR | 18 | 71 | 5252 | 21891 |
| 17 | CHIMBORAZO | 45 | 239 | 14753 | 60196 |
| 18 | COTOPAXI | 37 | 135 | 8170 | 30925 |
| 19 | NAPO | 4 | 58 | 2203 | 12981 |
| 20 | PASTAZA | 6 | 18 | 1153 | 4925 |
| 21 | TUNGURAHUA | 14 | 68 | 4594 | 13334 |
| | TOTAL C. ZONAL RIOBAMBA | 124 | 589 | 36125 | 144252 |
| 22 | MANABI | 111 | 448 | 39920 | 174872 |
| | TOTAL C. ZONAL PORTOVIEJO | 111 | 448 | 39920 | 174872 |
| | TOTAL NACIONAL | 577 | 2605 | 191587 | 819405 |

Tabla 4

**DISPENSARIOS, POBLACION AFILIADA, SUSCEPTIBLE Y POR AFILIARSE AL SEGURO SOCIAL CAMPESINO
SEGÚN PROVINCIAS Y CENTROS ZONALES AÑO 2004**

| Provincia | # Dispensarios | Afiliados 2004 | Población susceptible | Población por afiliar | % Pob. Af. |
|----------------------------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| CARCHI | 15 | 12549 | 44096 | 31547 | 28,5 |
| ESMERALDAS | 32 | 46676 | 124783 | 78107 | 37,4 |
| IMBABURA | 24 | 30910 | 93790 | 62880 | 33,0 |
| ORELLANA | 6 | 11732 | 32915 | 21183 | 35,6 |
| PICHINCHA | 46 | 51474 | 368162 | 316688 | 14,0 |
| SUCUMBIOS | 5 | 10268 | 43010 | 32742 | 23,9 |
| TOTAL C. ZONAL QUITO | 128 | 163609 | 706755 | 543146 | 23,1 |
| GUAYAS | 49 | 98246 | 328402 | 230156 | 29,9 |
| EL ORO | 12 | 20887 | 67586 | 46699 | 30,9 |
| LOS RIOS | 15 | 24613 | 176879 | 152266 | 13,9 |
| GALAPAGOS | 1 | 366 | 1490 | 1124 | 24,6 |
| TOTAL C. ZONAL GUAYAQUIL | 77 | 144112 | 574357 | 430245 | 25,1 |
| AZUAY | 46 | 56071 | 156627 | 100556 | 35,8 |
| CAÑAR | 25 | 85026 | 120913 | 35887 | 70,3 |
| LOJA | 45 | 24277 | 71711 | 47434 | 33,9 |
| MORONA | 12 | 10552 | 41996 | 31444 | 25,1 |
| ZAMORA | 9 | 16634 | 26935 | 10301 | 61,8 |
| TOTAL C. ZONAL CUENCA | 137 | 192560 | 418182 | 225622 | 46,0 |
| BOLIVAR | 18 | 21891 | 68830 | 46939 | 31,8 |
| CHIMBORAZO | 45 | 60196 | 134193 | 73997 | 44,9 |
| NAPO | 4 | 12981 | 29136 | 16155 | 44,6 |
| PASTAZA | 6 | 4925 | 19042 | 14117 | 25,9 |
| TUNGURAHUA | 14 | 13334 | 137935 | 124601 | 9,7 |
| COTOPAXI | 37 | 30925 | 139713 | 108788 | 22,1 |
| TOTAL C. ZONAL RIOBAMBA | 124 | 144252 | 528849 | 384597 | 27,3 |
| MANABI | 111 | 174872 | 311414 | 136542 | 56,2 |
| TOTAL C. ZONAL PORTOVIEJO | 111 | 174872 | 311414 | 136542 | 56,2 |
| SUBTOTAL | | 819405 | 2539557 | 1720152 | 32,3 |
| Z NO D* | | | 38169 | 38169 | 0,0 |
| TOTAL PAÍS | 577 | 819405 | 2577726 | 1758321 | 31,8 |

Partiendo de los resultados definitivos de los Censos de población del año 2001, estimamos la población afiliada del Seguro Social Campesino para el año 2004, obteniendo los siguientes resultados: Según el sexo, existe una variación de 1.323 hombres más que mujeres, lo que determina un índice de masculinidad de 1.03 hombres por mujeres. Los grupos de edad, en los primeros años tienen mayor número de personas, tanto en hombres como en mujeres, de 0 a 4 y de 5 a 9 años, tienen 6.2 % de la población afiliada, a partir del siguiente intervalo van disminuyendo.

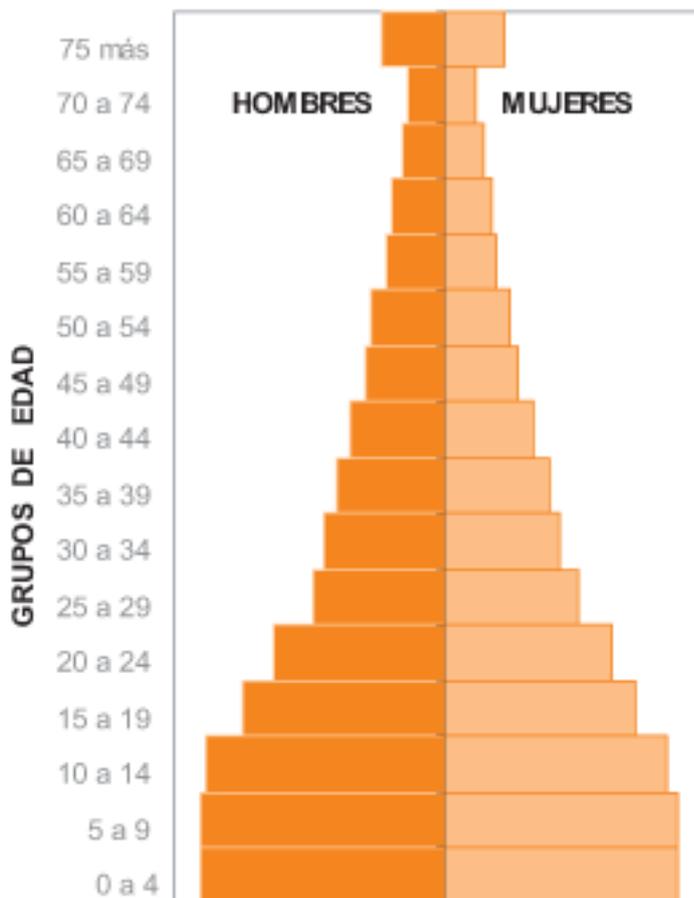
En grandes grupos de edad de 0 a 14 años, que son niños, existen 304.519 personas que representa el 37.2 %; de 15 a 49 años, que se considera la edad productiva, se tiene 381.691 personas que es el 46.6 %, de 65 y más años, son 58.422 personas que representa el 7.11 %, susceptibles de jubilación. Este comportamiento y distribución de la población afiliada por grupos de edad establece que se conserva una población joven en los afiliados. (Tabla 4)

Veamos ahora la Estimación de la Estructura Poblacional afiliada al Seguro Social Campesino, en el año 2004.

Gráfico 4

PIRAMIDE POBLACIONAL SEGURO SOCIAL CAMPESSINO AÑO 2004

ESTIMACION DE LA POBLACION AFILIADA AL SSC.
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO AÑO 2004



Relación organizaciones y familias

El número de organizaciones llega a 2.605 en el año 2004 y las familias a 191.587, La Provincia de Galápagos tiene una organización con 98 familias, en tanto, Manabí llega a 448 organizaciones con 39.920 familias.

El grado de relación es 90 %, entre ambas variables por ello en el gráfico observamos que gran parte de las provincias están unidas a la recta de tendencia, es decir con un comportamiento bastante lineal.

En el 2004, tenemos disminución en 5 organizaciones y un incremento de 723 familias en relación al año anterior.

A nivel nacional, en el año 2003, tuvimos 73.1 familias por organización, en el 2004, la relación es de 73.5 familias por organización, resultado que se debe al incremento de 723 familias en el año de estudio. (Gráfico 5)

Gráfico 5

Relación familias con personas

En el 2004, por cada familia hay 4.3 personas, que es menor al año anterior que fue de 4.5 personas por familia, será por el egreso de personas en el año de estudio.

En el cuadro de afiliación por provincias, (Tabla 3), observamos que, según el número de personas, las provincias que menor y mayor número tienen, es Galápagos con 366 y Manabí con 174.872 afiliados, respectivamente, habiendo una diferencia muy amplia de 174.506 personas entre ambas provincias, esto implica que los valores extremos cambian el comportamiento del conjunto de datos.

Las provincias con menor número de personas luego de Galápagos es Pastaza, 4.925; Sucumbíos, 10.268; Morona Santiago 10.552 y Orellana 11.732. Las provincias que más afiliados tienen luego de Manabí es: Guayas 98.246; Loja 85.026; Chimborazo 60.196 y Azuay 56.071 afiliados. La mitad de provincias del país tienen menos de 23.084 afiliados y el resto de provincias superan a este número.

El número de dispensarios, en las provincias que menor y mayor número tienen son: Galápagos con 1 y Manabí con 111 dispensarios, respectivamente, habiendo una diferencia muy amplia de 110 dispensarios entre ambas provincias, esto implica que los valores extremos cambian el comportamiento del conjunto de datos.

Las provincias con menor número de dispensarios luego de Galápagos es: Napo, 4, Sucumbios, 5, Pastaza, 6, Orellana, 6, y Zamora Chinchipe 9. Las provincias que más dispensarios tienen luego de Manabí es: Guayas, 48, Azuay, 46, Pichincha, 45, Loja, 45, Chimborazo, 45.

Relación personas por dispensario

Como el número de dispensarios y personas son diferentes en cada provincia, ponderando las variables antes indicadas, tenemos:

- Las provincias que tienen menor número de dispensarios y personas, arrojan un promedio de 11.764 personas

por dispensario, mientras las de mayor número de dispensarios y personas tienen un promedio de 70.426 personas por dispensario.

A nivel nacional en el año 2004, se tiene 1.420 personas por dispensario, mientras en el año anterior fue de 1.474 personas por dispensario, en promedio. Según la mediana se llega a 1.172, personas por dispensario, lo que está más cercano a la norma del Seguro Social Campesino que considera 1200 personas por dispensario.

De acuerdo al número de personas afiliadas por dispensario en cada provincia, formamos 3 grupos dando una categoría a cada uno de ellos:

Baja

Provincias que tienen hasta 957 personas por dispensarios.

Media

Provincias que tienen de 957 hasta 1.821 personas por dispensarios

Alta

Provincias que tienen de 1.822 hasta 3.245 personas por dispensarios

Si en el Seguro Social Campesino, la norma considera que en cada dispensario debe tener al menos 1.200 personas afiliadas por dispensario, significa que las provincias de Galápagos hasta Pichincha (según Gráfico anterior), debe fortalecerse la promoción del programa, para incrementar la cobertura.

Tabla 5

NUMERO DE PERSONAS POR DISPENSARIOS SEGÚN PROVINCIAS AÑO 2004

| Orden | Dispensarios | Persn. por Dispensario | Categoría |
|-------|------------------|------------------------|-----------|
| 1 | GALAPAGOS | 366 | BAJA |
| 2 | PASTAZA | 821 | |
| 3 | COTOPAXI | 836 | |
| 4 | CARCHI | 837 | |
| 5 | MORONA SANTIAGO | 879 | |
| 6 | TUNGURAHUA | 952 | |
| 7 | CAÑAR | 971 | MEDIA |
| 8 | PICHINCHA | 1119 | |
| 9 | BOLIVAR | 1216 | |
| 10 | AZUAY | 1219 | |
| 11 | IMBABURA | 1288 | |
| 12 | CHIMBORAZO | 1338 | |
| 13 | ESMERALDAS | 1459 | |
| 14 | LOS RIOS | 1538 | |
| 15 | MANABI | 1575 | |
| 16 | EL ORO | 1741 | |
| 17 | ZAMORA CHINCHIPE | 1848 | ALTA |
| 18 | LOJA | 1889 | |
| 19 | ORELLANA | 1955 | |
| 20 | GUAYAS | 2047 | |
| 21 | SUCUMBIOS | 2054 | |
| 22 | NAPO | 3245 | |

Gráfico 6

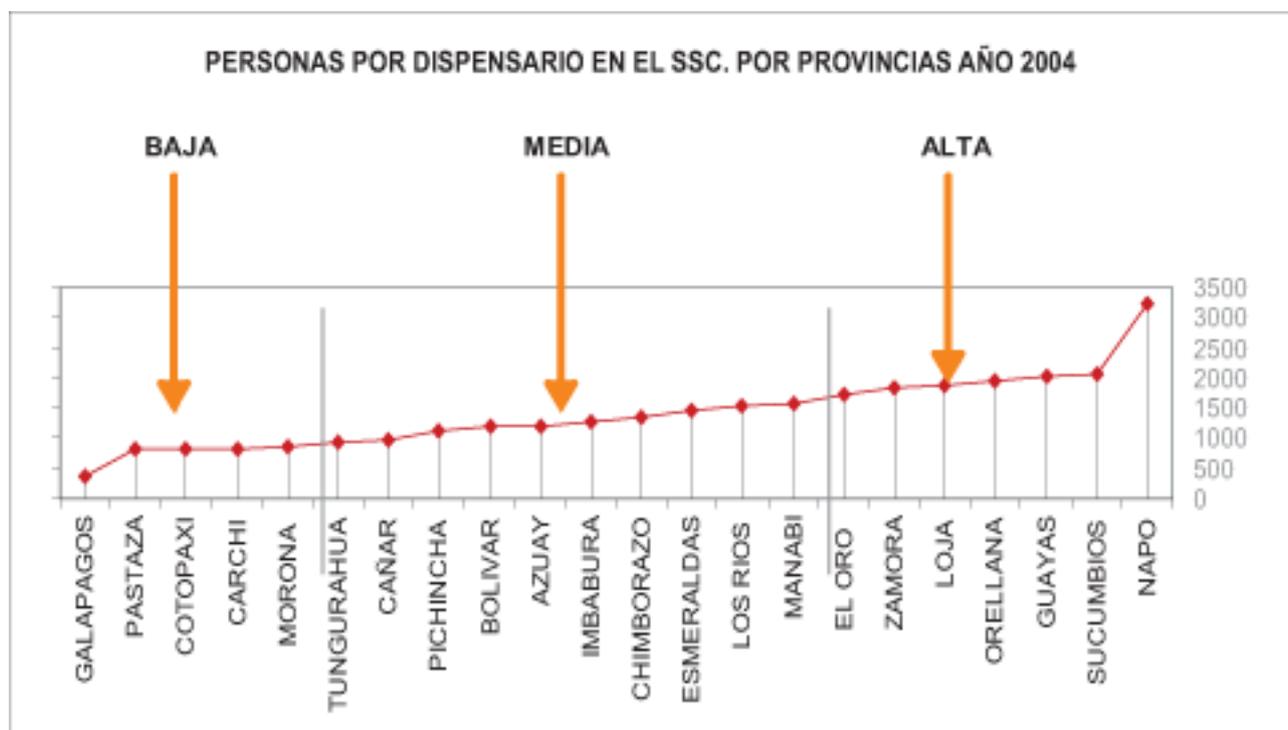


Tabla 6

| AFILIACIONAL SEGURO SOCIAL CAMPESINO POR CENTROS ZONALES AÑO 2004 | | | | |
|---|--------------|----------------|----------|----------|
| Centro Zonales | Dispensarios | Organizaciones | Familias | Personas |
| QUITO | 128 | 511 | 36431 | 163609 |
| GUAYAQUIL | 77 | 301 | 34299 | 144112 |
| CUENCA | 137 | 756 | 44812 | 192560 |
| RIOBAMBA | 124 | 589 | 36125 | 144252 |
| PORTOVIEJO | 111 | 448 | 39920 | 174872 |
| TOTAL PAÍS | 577 | 2605 | 191587 | 819405 |

ELABORACION.- Unidad de IPP.- Lic. Jorge Trujillo Ortiz, Dr. Enrique Moreta G.

FUENTE.- Informe anual de afiliación SSC, - Lic. C.V.V.

Considerando al dispensario como unidad operativa del Seguro Social Campesino y las personas como los beneficiarios, observamos que: los dispensarios en orden ascendente están los centros zonales: Guayaquil, 77, Portoviejo, 111, Riobamba, 124, Quito, 128 y Cuenca con 137. En personas, el orden es: Guayaquil 144.112; Riobamba, 144.252; Quito, 163.609; Portoviejo, 174.872 y Cuenca, 192.560 personas.

Tabla 7

| Centro Zonales | Dispensarios | | Personas | |
|----------------|--------------|------|----------|------|
| | N' | % | N' | % |
| GUAYAQUIL | 77 | 13.3 | 144112 | 17.6 |
| PORTOVIEJO | 111 | 19.2 | 174872 | 21.3 |
| RIOBAMBA | 124 | 21.5 | 144252 | 17.6 |
| QUITO | 128 | 22.2 | 163609 | 20.0 |
| CUENCA | 137 | 23.7 | 192560 | 23.5 |
| TOTAL PAÍS | 577 | 100 | 819405 | 100 |

ELABORACION.- Unidad de IPP.- Lic. Jorge Trujillo Ortiz, Dr. Enrique Moreta G.

FUENTE.- Informe anual de afiliación SSC, - Lic. C.V.V.

Efectuando la relación entre el número de dispensarios y personas, observamos que el incremento de los dispensarios no es en la misma proporción que en las personas como el caso de Guayaquil y Riobamba, que tienen 77 y 124 dispensarios respectivamente, pero estos Centros Zonales tienen el mismo porcentaje de personas que es el 17.6 %, lo que a mayor número de dispensarios no existe mayor número de personas en valores relativos.

Cuantitativamente, el 60 %, es el grado de relación entre el número de los dispensarios y personas, por ello la tendencia no

es lineal y más bien se presenta como una nube de puntos, es decir que la relación entre dispensarios y personas en los Centros Zonales Portoviejo, Riobamba y Cuenca.

Deben ser más homogéneas para acercarse a la tendencia y se logre la linealidad. Como se demuestra en el gráfico siguiente.

Gráfico 7

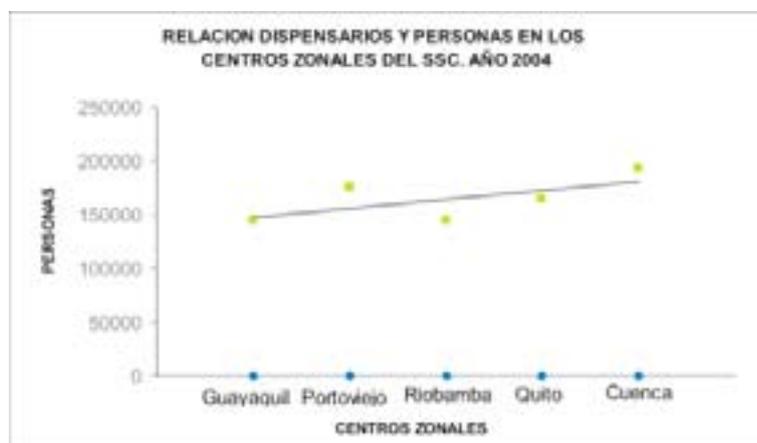


Tabla 8

| JUBILADOS A DICIEMBRE DE 2004 | | | | |
|-------------------------------|-------|----------------|-------|------------------------------------|
| Centro Zonales | Vejez | Discapacitados | Total | Afiliados hombres de 65 y más años |
| QUITO | 338 | 29 | 368 | 461 |
| GUAYAQUIL | 200 | 11 | 209 | 348 |
| CUENCA | 691 | 35 | 726 | 920 |
| RIOBAMBA | 293 | 41 | 334 | 602 |
| PORTOVIJAO | 207 | 35 | 242 | 393 |
| TOTAL PAIS | 21736 | 231 | 21968 | 28378 |

ELABORACION: Unidad de PP. Lic. Jorge Tzuc, Dto. Dr. Enrique Monte S. FUENTE: Informe mensual de jubilados SSC - Marzo 2005.

A diciembre del año 2004, se llega a 21.966 jubilados, de los cuales 21.735 son por Vejez y 231 por Invalidez. El Mayor porcentaje está en Centro Zonal Cuenca con el 31.3 % y el menor en el Centro Zonal Guayaquil con el 11.9 %. Según tabla 8, por cada jubilado hay 1.33 afiliados de 65 y más años de edad.

Gráfico 8



Conclusiones

- En el año 2004, el Seguro Social Campesino cuenta con, 577 dispensarios, 2.605 organizaciones; 191.587 familias y 819.405 personas, sin llegar a la meta anual de 872.329 personas.
- Los 577 dispensarios se mantiene igual al año anterior
- El número de organizaciones es de 2.605, con 5 menos que el año anterior
- El número de familias es de 191.587, con 723 familias más que el año anterior

- La cobertura de población afiliada al Seguro Social Campesino al año 2004, frente a la población susceptible es de 31.8 %, y el 17 % frente a la población rural.
- La población afiliada en las diferentes provincias tiene una variación muy amplia
- El mayor número de dispensarios en una provincia no determina tener mayor número de personas por que la relación no es aritmética.
- Aproximadamente el 25 % de provincias están ubicados en la categoría alta, son los que superan 1.821 personas por dispensario
- El incremento de familias posiblemente se deba al fraccionamiento de las existentes, por la elevación de los aportes por personas.

Recomendaciones

- Fortalecer el sistema de promoción para capturar a la población susceptible y con derecho a la afiliación.
- Desarrollar la promoción en las zonas de influencia donde existen dispensarios instalados.
- Optimizar los recursos laborales, materiales y financieros para ampliar la cobertura.
- Realizar un estudio sobre la estructura de la población afiliada al Seguro Social Campesino.
- Facilitar para que el personal de Investigadores Sociales se desplacen a los sectores de influencia.
- Que el personal operativo incrementen charlas sobre el programa del Seguro Social Campesino.
- Revisar las políticas anuales de ampliación de cobertura, recomendando que se tome en cuenta la Mediana como medida de Tendencia central, que no se afecta mayormente por valores extremos.
- Realizar una retroalimentación en afiliación al menos una vez cada semestre en cada centro zonal, en base a un seguimiento muestral que se prepare, con la información actualizada.



reunión



lanzamiento de libros



Memoria fotográfica del Encuentro Subregional Andino

Planes Decenales de Salud: Una Visión Común

Quito - Ecuador

31 de julio al 2 de Agosto de 2006



Memoria fotográfica del 47º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud

58ª Sesión del Comité Regional

Washington D.C. - EUA

25 al 29 de Septiembre de 2006



foros



trabajo en grupo

delegación del Ecuador



comunicación



Memoria fotográfica del VIII Reunión de Observatorios de Recursos Humanos en Salud en las Américas

Planes Decenales de Salud: Una Visión Común

Lima - Perú

20 al 22 de Noviembre de 2006



exposiciones de trabajos