

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**ENCUENTRO SUBREGIONAL ANDINO 2007**

DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA AGENDA DE  
INTEGRACIÓN SUBREGIONAL

HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS  
HUMANOS EN SALUD 2007-2015

6 al 8 de noviembre de 2007 - La Paz Bolivia

INDICE

	Pág
I. OBJETIVOS	1
II. ANTECEDENTES	1
a. <b>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD</b> CONSTRUYENDO UNA DÉCADA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD	1
b. <b>COOPERACIÓN TÉCNICA ORAS/CONHU – OPS/OMS</b>	1
c. <b>PLAN ANDINO DE RECURSOS HUMANOS</b>	
III. CINCO DESAFÍOS Y VEINTE METAS RESPECTO A LOS LOGROS EXPUESTOS POR PAÍS	3
IV. PARTICIPACION PAISES	4
a. <b>REPUBLICA DE BOLIVIA</b> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES PROPUESTA DE LA POLÍTICA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA RESIDENCIA MÉDICA EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (RM SAFCI)	4
b. <b>REPÚBLICA DE COLOMBIA</b> MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DIRECCION DE ANALISIS DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS IMPLEMENTACION DE LOS PLANES DECENALES DE RECUSOS HUMANOS EN SALUD	5
c. <b>GOBIERNO DE CHILE</b> MINISTERIO DE SALUD IMPLEMENTACION DE PLANES DECENALES	6
d. <b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b> CONSEJO NACIONAL DE SALUD ECUADOR COMISION DE RECURSOS HUMANOS (CONARHUS) DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA AGENDA DE INTEGRACIÓN SUBREGIONAL	7
e. <b>MINISTERIO DE SALUD</b> DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD-PERÚ	8
f. <b>OPS-OMS VENEZUELA</b>	9
V. LÍNEAS DE ACCIÓN EN MARCHA - PROYECTOS PROPUESTAS INFORMES	10
a. <b>OPS/OMS</b> ESTUDIO DEL PERFIL DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	10
b. <b>OPS/OMS</b> CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZACION EN GESTION DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD – CIRHUS <b>OPS/OMS</b> CURSO VIRTUAL DE LIDERAZGO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD	11
c. <b>OPS/OMS</b> OBSERVATORIO DE RRHH- RING-WEB Y FORMACION DE INVESTIGADORES	12
VI. PUNTOS DE DISCUSION COMUN	12
VII. COMENTARIO FINAL	13
VIII. LINEAS DE ACCION PARA EL PLAN ANDINO	14

## RESUMEN EJECUTIVO

### DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA AGENDA DE INTEGRACIÓN SUBREGIONAL HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 2007-2015

<p style="text-align: center;"><b>OBJETIVO A SOLICITUD REMSAA 2007 Plan Andino de Recursos Humanos en Salud PRODUCTO ESPERADO: LINEAS DE ACCION PARA EL PLAN ANDINO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ANTECEDENTES</b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSTRUYENDO UNA DÉCADA DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Retos en materia sanitaria</li> <li>✓ Compleja realidad</li> <li>✓ Llamada a la acción de Toronto</li> <li>✓ Recomendación REMSAA 2007</li> <li>✓ Plan andino de recursos humanos en salud</li> <li>✓ Política estatal</li> <li>✓ Reposición del tema</li> <li>✓ Llamado a la Acción de Toronto. 2005.</li> <li>✓ Década de los RHUS.2006. OMS</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>COOPERACIÓN TÉCNICA ORAS/CONHU – OPS/OMS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Resolución Consejo Directivo OPS. 2006</li> <li>✓ Resolución Conferencia Sanitaria Panamericana 2007. Metas Regionales RR HH</li> <li>✓ Globalización</li> <li>✓ Paradigmas médicos</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PARTICIPACION PAISES</b></p> <p><b>AVANCES</b> Ver : Cinco desafíos y veinte metas respecto a los logros expuestos por país. pág. 3</p> <hr/> <p><b>CONTEXTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mayor institucionalidad</li> <li>✓ Necesidad de información</li> <li>✓ Descentralización</li> <li>✓ Inclusión social</li> <li>✓ Democratización de salud</li> <li>✓ Búsqueda eficiencia</li> <li>✓ Participación Interculturalidad</li> <li>✓ Valoración del personal</li> <li>✓ Fortalecimiento en nivel político y rectoría</li> <li>✓ Bajo presupuesto en RHUS</li> <li>✓ Alta tasa de migración</li> </ul> <hr/> <p><b>PERSPECTIVAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Web Ring</li> <li>✓ CIRHUS</li> <li>✓ Impulso a la investigación</li> <li>✓ Desarrollo de capacidades nacionales</li> <li>✓ Redes para el desarrollo de RHUS.</li> <li>✓ Generación de información (indicadores comunes)</li> <li>✓ Integración subregional de RRHH</li> <li>✓ Gestión de la migración</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>PROYECTOS - PROPUESTAS - INFORMES</b></p> <p><b>OPS/OMS</b> CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZACION EN GESTION DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD - CIRHUS</p> <p style="text-align: center;">----- 0 -----</p> <p>CURSO VIRTUAL DE LIDERAZGO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD</p> <p><b>OPS/OMS</b> OBSERVATORIO DE RRHH RING-WEB Y FORMACION DE INVESTIGADORES</p> <p><b>OPS/OMS</b> ESTUDIO DEL PERFIL DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE</p>	<p style="text-align: center;"><b>LINEAS DE ACCION PARA EL PLAN ANDINO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Construcción o desarrollo de capacidades nacionales</li> <li>● Monitoreo y evaluación del cumplimiento de las metas de RHUS</li> <li>● Desarrollo de información y conocimiento del desarrollo de RHUS</li> <li>● Desarrollo de sistemas de información</li> <li>● Educación en salud</li> <li>● Gestión de la Migración</li> </ul>
--	--	--	---	---

# REMSAA 2008

**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA AGENDA DE INTEGRACIÓN  
SUBREGIONAL**

**HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD  
2007-2015  
ENCUENTRO SUBREGIONAL ANDINO 2007**

**I.- OBJETIVOS**

En el marco de la conformación de planes decenales para el desarrollo de Recursos Humanos en Salud (RHUS) y la alianza Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), se convoca a la reunión de los equipos técnicos responsables en RHUS de la Subregión Andina, con el fin de establecer las prioridades de acción en RHUS 2008-2009. Programas a considerar en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina 2008 (REMSAA 2008).

Con estos antecedentes la reunión busca los siguientes objetivos:

1. Conocer el marco de política sanitaria regional y las propuestas a los gobiernos de la región para impulsar el logro de las Metas Regionales.
2. Conocer los avances desarrollados por los países en el marco de los Planes Decenales para el Desarrollo de Recursos Humanos y los acuerdos alcanzados en la reunión de Belo Horizonte sobre los componentes del Plan Andino de RHUS y sus prioridades de acción para el bienio 2008 – 2009.
3. Identificar los contenidos estratégicos de la cooperación técnica para acompañar la implementación de los Planes para la década en los países andinos a nivel nacional y subregional como base para la programación 2008 - 2009.
4. Contar con el plan andino para ser presentado a la REMSAA 2008.

**II.- ANTECEDENTES**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
CONSTRUYENDO UNA DÉCADA DE RECURSOS HUMANOS  
PARA LA SALUD  
**COOPERACIÓN TÉCNICA ORAS/CONHU – OPS/OMS**  
PLAN ANDINO DE RECURSOS HUMANOS

Entre los retos en materia sanitaria<sup>1</sup> asumidos por los países de la Región Andina, se encuentra la organización de un sistema de salud que responda a la compleja realidad<sup>2</sup> que enfrentan las sociedades, condiciones que definen a partir de la Llamada a la Acción de Toronto, el desarrollo de una estrategia común de recursos humanos como uno de los elementos primordiales para la superación de los problemas de salud de la región.

En esa dirección, elaborar una propuesta acerca de lo que se debe hacer en los próximos años, a partir de una línea de pensamiento común es indispensable; precisamente la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina - 2007 (REMSAA 2007), solicita a la Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHUE) continuar el trabajo iniciado por la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) con los países andinos en la consolidación de un Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, a ser presentado en la próxima REMSAA. Es pues, el Tercer Encuentro Andino sobre Recursos Humanos un momento de intercambio para determinar las directrices de trabajo hacia la REMSAA 2008.

Enfrentar ese desafío de Recursos Humanos en Salud abarca, además de los hechos expuestos y los actuales avatares de la globalización, las irregularidades de la política estatal, que luego de la ola de políticas de reforma que reducían la posibilidad de acción estatal, reposicionan en importancia el compromiso de los servicios en salud.

Vuelta que implica definir las condiciones de intervención en una nueva relación compleja de actores: Estado, profesionales, mercado que para asumir sus retos debe acoger un cuarto componente, la sociedad.

La visión que se asume en la consecución de este nuevo interés, está centrada en que toda la población de la región al 2015 tendrá *acceso equitativo, a una fuerza de trabajo competente, motivada y sostenida, para contribuir a lograr el más alto nivel posible de salud.*

En ese sentido en Toronto se lanza, bajo la declaración: Una Década de Recursos Humanos en Salud, Cinco Desafíos Críticos en el Área, retos que se operativizan en veinte metas propuestas a los Estados. Objetivos que como parte de un resumen de la reunión en cuanto a los logros expuestos por país se exponen en la siguiente página.

### III.- CINCO DESAFÍOS Y VEINTE METAS RESPECTO A LOS LOGROS EXPUESTOS POR PAÍS

**DONDE:**
**X= AVANCE EXPRESO**
**M= INFORMACION NO MANIFIESTA**
**S= SE SUGIERE ALGUN AVANCE**

		ECUADOR	BOLIVIA	PERU	COLOMBI	CHILE	VENEZUELA
POLÍTICAS Y PLANES PARA UNA CANTIDAD SUFICIENTE DE PERSONAL	Todos los países habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 por 10.000.	X	M	M	S	S	M
	Las proporciones regional y subregional de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total.	X	M	M	S	X	M
	Se habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes comunitarios de salud para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.,	S	X	S	X	M	S
	La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1	X	M	S	S	S	M
	Se habrán establecido una unidad de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores, niveles de gobierno e interesados directos.	X	S	X	X	X	M
DISTRIBUCIÓN Y COMPOSICIONES ADECUADAS	La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el año 2015	X	S	X	X	X	S
	Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables,	M	X	S	S	M	S
	70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes comunitarios de salud habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.	S	M	X	X	X	M
	El 30% del personal de salud en los entornos de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.	M	X	S	S	M	S
GESTIÓN DE LAS MIGRACIONES	Se habrá adoptado un código de práctica global o habrán desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de salud	S	M	M	X	X	M
	Se tendrá una política de autosuficiencia para satisfacer sus necesidades de recursos humanos para la salud.,	S	S	S	X	S	X
	Todas las subregiones habrán desarrollado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales formados en el extranjero.	X	M	M	X	X	M
CREACIÓN DE AMBIENTES DE TRABAJO SALUDABLES Y ESTIMULANTES PARA ALTA CALIDAD DE DESEMPEÑO	La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países	S	M	S	X	X	M
	El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo.	S	M	S	X	X	M
	Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellas las de carácter ético.	X	M	S	X	X	M
	El 100% de los países, contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten	X	M	S	X	X	M
MECANISMOS DE COOPERACIÓN ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y LOS SERVICIOS DE SALUD	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.	X	M	S	X	M	S
	El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas	X	X	X	S	S	X
	Las tasas de abandono de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%.	M	M	M	S	S	X
	El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida	X	M	X	X	X	M

Elaborado por Erwin Flores T. en base a exposiciones por país y documentos presentados.

#### **IV.- PARTICIPACION PAISES**

##### **REPUBLICA DE BOLIVIA** **MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

PROPUESTA DE LA POLÍTICA DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

##### **SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**

RESIDENCIA MÉDICA EN SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL  
(RM SAFCI)

El sistema liberal precedente no sólo no ha revertido los negativos indicadores de salud; sino que a partir del privilegio de la privatización en servicios de salud, ha generado mayores grados de inequidad. Con esta percepción, Bolivia está embarcada en un proceso de cambio, que articula la política global del gobierno con la política de salud expresada en el plan de desarrollo sectorial.

Siguiendo lineamientos nacionales, el Ministerio de Salud y Deportes ha formulado una política, cuyo sustento filosófico se basa en la inclusión de las 36 nacionalidades del país, asumiendo conceptos de: reciprocidad, igualdad, soberanía y dignidad. Entendiéndose a partir de ello el eje central del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural.

Vivir bien es la visión del Sistema Único de Salud Con Acceso Universal, su fortalecimiento se basa en el empoderamiento de los actores sociales y la capacitación integral del personal del sistema de salud; para lograr esta propuesta, se definen cinco políticas generales:

- ✓La participación comunitaria mediante la alianza con los movimientos sociales.
- ✓La promoción de la salud, elemento que genera compromisos para la preservación de la salud.
- ✓La medicina tradicional, salud familiar y comunitaria, reconociendo su poder ancestral.
- ✓Fortalecimiento de la rectoría en salud a través de políticas claras, concretas, consensuadas, y con una perspectiva integral.
- ✓Política del Sector dirigida a fortalecer tres capacidades: movilización social, generación de alianzas intersectoriales y participación de las Comunidades en la gestión de Salud.

A partir de lo anterior, los referentes teóricos que orientan la construcción de la política nacional de formación de recursos humanos sostienen que los conocimientos y prácticas profesionales en particular de los de ciencias de la salud deben ser pertinentes a toda cultura en un espacio y tiempo determinado. Referentes culturales que consideran la conservación de la vida como la máxima aspiración natural del ser humano, asumiendo el concepto de salud en armonía con uno/a mismo/a, con la naturaleza y con los demás.

El método de trabajo que operativiza este plan asume ocho momentos:

- ✓La socialización de la política de salud aunada a una consulta sobre la política de RR.HH.
- ✓Investigaciones como insumos para la formulación de la política de formación de RR.HH.
- ✓A partir de los dos momentos anteriores, la determinación de líneas de acción.
- ✓La revisión de políticas de formación de RRHH. en salud con representantes de las instituciones formadoras, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Deportes y otros involucrados.
- ✓Elaboración de proyectos inherentes a las líneas de acción de la política de RR.HH. en salud.
- ✓Gestión para lograr recursos económicos para la ejecución de las líneas definidas de acción.
- ✓La preparación técnica, logística y operativa para la ejecución de las líneas.
- ✓La ejecución de líneas de acción de política de formación de RR.HH.en salud.

Una experiencia que expresa la orientación de la Política nacional de Recursos Humanos es la Residencia Médica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que como problema con los recursos médicos del sector salud identifica la carencia de competencias pertinentes para implementar el modelo de atención de la salud familiar, comunitaria, intercultural.

El proyecto se alinea a las cinco políticas del sistema único de salud, comprometiendo la recuperación del conocimiento propio. Esto no significa que lo de afuera no sirva; sin embargo, asume la salud en relación a la cultura y su percepción del mundo. Así el concepto de tiempo espacio para las comunidades se equipara, definiendo construcciones lógicas y por tanto vocabularios contradictorios respecto al raciocinio occidental.

En ese sentido el modelo educativo de la Residencia enfatiza lo histórico cultural y comunitario además de la calidad de atención desarrolladas a partir del primer y segundo nivel. El plan de estudios se basa en cuatro pilares: atención en salud, investigación acción participativa caminar recreando, la promoción de salud, la comunidad como escenario de la reconstrucción del poder local.

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**DIRECCION DE ANALISIS DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS**

**IMPLEMENTACION DE LOS PLANES DECENALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

El análisis de situación de Colombia respecto a su desarrollo en RHUS, debe darse partir de los convenios asumidos por el Estado en el ámbito internacional, entre ellos podemos citar las Metas del Milenio definidas en la ONU y el llamado a la acción de Toronto. A nivel regional, se asume con la Comunidad Andina de Naciones en su compromiso de un Plan Andino de RHUS.

Compromisos que a nivel nacional se expresan, primero en el rol que el Estado se adjudica en la Constitución Política, donde se lo define como regulador; asumiendo la salud como un derecho y un servicio garantizados, pero prestado por particulares. Función que se expresa en la visión Colombia 2019 y el Plan Nacional de Desarrollo.

Es el estudio de la Misión Harvard de 1996, junto a estudios de RHUS en áreas de planificación, gestión<sup>3</sup> y formación<sup>4</sup>, que ya sugieren reformas y prioridades<sup>5</sup>. Antecedentes que a partir de un trabajo participativo<sup>6</sup> generan la Ley 1164 de Octubre 3 del 2007, Ley del Talento Humano en Salud que establece disposiciones relacionadas a los procesos de: planeación, formación, vigilancia y control del desempeño y ética del Talento Humano en el área de la salud. Entre sus logros y aportes están:

- ✓ Fundamento legal al Observatorio del Talento Humano en Salud, instancia nacional y regional, encargada de aportar conocimientos e información, cuya administración y coordinación estará a cargo del Ministerio de la Protección Social.
- ✓ La creación del Servicio Social Obligatorio para egresados en el área de salud, prestación dirigida a poblaciones deprimidas o de difícil acceso. Dicha política incluye un programa de estímulos que prioriza a sus participantes el acceso a becas-crédito ofrecidas por el Gobierno.
- ✓ Creación del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud que con representación Estatal y de organizaciones y gremios del sector, asume la asesoría del Gobierno en políticas de RHUS, de esta manera, orienta al Ministerio de la Protección Social sobre el manual de tarifas mínimas para la prestación de servicios.<sup>7</sup>
- ✓ Las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud respaldarán al Ministerio de Educación Nacional, respecto a la definición y actualización de los criterios de calidad, para el registro calificación y acreditación de los programas de formación en el área de la salud, en ese ámbito se determina la creación de escenarios de práctica<sup>8</sup> en salud que deberán también certificarse.

Al ser esta Ley de reciente promulgación, expone retos como su reglamentación e implementación a través del Plan de Desarrollo del Talento Humano en Salud, reto que requieren del Desarrollo de la cooperación técnica y el Fortalecimiento de la Dirección de RHUS; sin embargo los avances realizados definen políticas y prioridades de RHUS como:

- ✓ la consolidación de la Información sobre RRHH en salud,<sup>9</sup>
- ✓ Desarrollo de la gestión del personal<sup>10</sup>
- ✓ Distribución geográfica y por disciplinas<sup>11</sup>
- ✓ Propender por la calidad de la formación de profesionales en salud<sup>12</sup>.

**GOBIERNO DE CHILE**  
**MINISTERIO DE SALUD**

IMPLEMENTACION DE PLANES DECENALES

En Chile la Reforma Sectorial se estructura sobre seis<sup>13</sup> aspectos entre los que resaltan conceptos como: Un *Sistema de Garantías de Acceso Universal en Salud* (GES); el modelo de atención centrado en la *satisfacción de las necesidades del usuario*; la búsqueda general de optimización en gestión e institucionalidad; la Gestión de RHUS basada en *mejores condiciones laborales y el desarrollo de los trabajadores*.

A partir de ello, se formulan los Objetivos Estratégicos 2006-2010 en el área de salud, que resumiendo incluyen:

- 1.-El desarrollo de mejores condiciones de vida para la salud.
- 2.-Atención primaria de alta calidad, resolutive, acogedora y cercana, con equipos de salud orgullosos, participativos, motivados, estables y capacitados.
- 3.-Atención centrada en el usuario y el modelo de salud familiar y comunitario.
- 4.-Garantía de acceso universal a un sistema integral de protección social que prioriza acciones en los grupos de mayor riesgo.(énfasis en el desarrollo de las potencialidades de niños).
- 5.-Promover y mantener calidad de vida en los adultos mayores, impulsando modelos integrales y participativos de prevención-protección y cuidado.
- 6.-Fortalecer la red asistencial pública para responder en forma oportuna y de calidad, en un proceso de garantías crecientes.

Todo lo anterior se expresa en una visión<sup>14</sup> de RHUS centrada en la suficiencia de personal competente y comprometido, a partir de la que se plantearon los lineamientos estratégicos 2006–2010 para la elaboración de los Programas Anuales de Capacitación<sup>15</sup>, centrados en:

- ✓ Fortalecer la instalación del nuevo modelo de atención que considera el funcionamiento de centros comunitarios de salud familiar y asume un enfoque integral familiar y comunitario, con énfasis en la estrategia de promoción prevención y la atención primaria de salud .
- ✓ Desarrollo del modelo de gestión en red, local, regional y supra regional (macro y micro redes) que reconoce la Aplicación del enfoque epidemiológico a la Gestión en Red, así como la de Redes específicas y el Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios en dicho contexto, la Implementación de procesos para una atención eficiente centrada en el usuario.
- ✓ Fortalecer el sistema de garantías explícitas en salud (GES)<sup>16</sup> que implica el Cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud-GES. Además del monitoreo de la atención en Patologías GES 2005-2006 y la incorporación de nuevas patologías 2007-2010.
- ✓ Mejorar la calidad de atención y trato al usuario/deberes y derechos de los usuarios, con énfasis en la calidad de atención al usuario, su evaluación del trato y satisfacción, la gestión de solicitudes, el fortalecimiento del sistema de gestión de reclamos y mediación en conflictos.

- ✓ Desarrollo organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria, objetivo basado en: el mejoramiento del clima laboral, la participación funcionaria, el desarrollo de competencias transversales, el desarrollo de buenas prácticas, higiene seguridad y clima laboral.
- ✓ Incorporar tecnologías de información y comunicaciones que incluye la incorporación al Gobierno Electrónico, el manejo del Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), la inclusión al Sistema Chile Compras. Alfabetización digital.
- ✓ Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera con la aplicación de normas y gestión en recursos físicos y financieros de establecimientos de salud.
- ✓ Mejorar la gestión y desarrollo de personal aplicando la normativa de personal de la Red Asistencial así como una gestión de personal con enfoque participativo y educativo.
- ✓ Preparación para actuar frente a contingencias, emergencias y catástrofes a través del desarrollo de planes de prevención y riesgos para emergencias y catástrofes en los establecimientos de salud junto a la coordinación intersectorial y el desarrollo de simulacros.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
CONSEJO NACIONAL DE SALUD ECUADOR  
COMISION DE RECURSOS HUMANOS (CONARHUS)**

**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LA AGENDA DE INTEGRACIÓN  
SUBREGIONAL**

Los procesos de reforma y las subsecuentes disposiciones legales que redujeron las posibilidades de acceso a la salud a partir del Estado, son parte de los antecedentes de la situación de los RHUS en Ecuador. Muestra de dicha política, la estructura de trabajo en el sector salud el año 1990, muestra que un 82 % de los profesionales trabajaban en el ámbito público, quince años después el servicio público se debilita, llegando a un 62%. del total.

En esa misma línea y verificando las cifras expuestas por la OMS., la distribución de los RHUS. entre el área urbana y rural muestra diferencias abismales<sup>17</sup>, de la misma manera se observa un proceso intensivo de migración en RHUS, especialmente en enfermeras, con una razón médico enfermera de tres a uno.

Este escenario que expone los desafíos y necesidades en salud a partir de las limitaciones legales existentes, obliga finalmente a establecer una Declaratoria de Emergencia Sanitaria, la cual logra 4.965 nuevos puestos de trabajo. Se mejora entonces la razón de Densidad en los Niveles de Atención Primaria, así como la relación oferta demanda en todos los servicios profesionales.

Dicho incremento de RHUS. llega a representar un millón adicional de consultas, así como mejoras en la distribución por tipo de profesionales y regiones<sup>18</sup>. Sin embargo, pese a dicho esfuerzo y los logros que representa, la relación oferta demanda por cada 10.000 habitantes es aun de 6.82 (por debajo del objetivo)

Respecto a los avances se exponen desarrollos institucionales como la conformación del CONARHUS. así Como El Observatorio De Recursos Humanos Orhus.

En el mismo ámbito sobresale el desarrollo de la Carrera Sanitaria, que se incentiva a partir de Mandatos Legales Técnicos y Ciudadanos. Entre los legales, se define la obligatoriedad de la Carrera Sanitaria en el ámbito público ( Ley Orgánica Del Sistema Nacional De Salud<sup>19</sup> ratificada a través de la Ley Orgánica De Salud<sup>20</sup>). El mandato técnico aporta con la discusión en el diálogo nacional y su socialización por grupos de interés<sup>21</sup>.

El Mandato Ciudadano se da a través de las declaraciones de Guayaquil y Cuenca, que asumen la importancia de la elaboración de un Proyecto De Ley de la Carrera Sanitaria, mandatos ciudadanos que llegan a sugerir la incorporación de la Carrera Sanitaria en la nueva Constitución.

Asimismo resaltan los convenios de cooperación entre instituciones educativas y de servicio de salud: el MSP-IESS (SSC)- CONASA.; MSP- AFEME. Acuerdos que asumen la construcción participativa de perfiles de pre y post grado, la acreditación de modelo de atención, así como la calificación de espacios de práctica.

Respecto a los retos y perspectivas, se establece la implementación efectiva de la Carrera Sanitaria y el incremento y desprecarización de la fuerza de trabajo en salud. El fortalecimiento de lo público en lo educativo, así como el observatorio de RHUS. integrado en una red local y subregional.

### **MINISTERIO DE SALUD**

#### **DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD-PERÚ**

Perú exhibe un escenario donde la descentralización con sus tres niveles: central, regional y local; requieren el desarrollo de una nueva estructura, evolución que muestra en el año 2002 la creación de la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, mismo año en el que se crea el Instituto de Desarrollo de RHUS (IDREH)<sup>22</sup>.

La expuesta descentralización implica reducción y transferencia de funciones, e impone la reflexión respecto a la optimización de la estructura; sin afectar las funciones clave<sup>23</sup>. Viendo al futuro, la propuesta al Consejo de Ministros es la creación de una Dirección General de Recursos Humanos<sup>24</sup>, con dos autoridades dependientes: Dirección de Gestión de la Educación en Salud, Dirección de Gestión del Trabajo en Salud.

De este proceso de reestructuración-optimización, forma parte la necesidad de racionalización, que de principio exige el cálculo de profesionales requeridos de acuerdo al nivel.<sup>25</sup> Dicho requerimiento se expresa en el Estudio de Dotación de Profesionales de la Salud del Primer Nivel de Atención<sup>26</sup>, base para la negociación del crecimiento de nuevas plazas, al definir por departamento cuantas plazas se necesitan, incluso a nivel distrito y provincia.

Entre los resultados que expone dicho estudio el presente año, se encuentra la distribución por tipo de centros, que constata, por ejemplo, que los Centros Primarios de Salud cuentan con el 30 % de los profesionales; mientras que el 56 % de ellos se encuentra en los hospitales<sup>27</sup>. Lo cual muestra la insuficiencia de profesionales en los servicios de salud de primer nivel de atención. En la misma línea, la distribución de profesionales de acuerdo a quintiles de pobreza muestra que en el nivel más pobre, existe un promedio de 1.93 médicos (por cada 10000 habitantes) respecto a 11.15 médicos en los niveles más ricos; peor aun, considerando una sumatoria general (odontología, enfermería, medicina y obstetricia), la diferencia se amplía de 7.4 a 22.9, lo cual permite concluir que a mayor pobreza menos profesionales.

Si se asume la dotación de recursos humanos como un nudo crítico para el éxito de la política de salud, se puede razonar que se requieren más plazas profesionales estables, así como una estructura nacional y descentralizada de RHUS., que permita coordinar estos temas con las regiones los gremios y los sectores. Al respecto existe una propuesta de re-estructuración del Comisión Nacional del Representado Médico (CONAREME ) con un aumento de interacción con el Estado.

En lo que respecta a la formación de personal, parte de la regulación necesaria se da a través de: el SERUMS que redistribuye las plazas a distritos de extrema pobreza<sup>28</sup>, el Residentado Médico que

prioriza 23 especialidades según primacías epidemiológicas, de salud y demografía. Además de definirse estándares mínimos para la formación de especialistas y la asignación crítica de campos clínicos para el Internado Médico. En el marco nacional de descentralización, la posibilidad de coordinar con la Universidad, representa un avance con la creación del Sistema Nacional de Pregrado y el Comisión Nacional de Articulación Docente Asistencial (CONADASI).

Hacia el futuro el Sistema Nacional del Pregrado (SINAPRES) se encuentra en proceso de articulación con el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación Educativa (SINEACE). Así como una propuesta de reorientación del modelo de atención en el primer nivel, salud de familia incorporando obstetricia.

Por su parte la Red Virtual de Intercambio de Información con 15 instituciones miembro del observatorio, impulsa la producción de información en RHUS como el Diagnóstico Situacional de RHUS que se actualiza anualmente.

Los retos hacia el futuro se dirigen a fortalecer el programa de salud familiar, además de la Formación de Capacidades Nacionales para la Conducción en RHUS (CIRHUS) junto al proceso de reglamentación de Seguridad y Salud en el Trabajo.

### OPS-OMS

#### VENEZUELA

El proceso venezolano sólo adquiere comprensión si uno ve el proceso político, que observa un impresionante transcurso, rápido y con elementos únicos en la región.

El sistema venezolano es segmentado. Esto significa que centraliza recursos; complicando el análisis en Venezuela hay 600 tipos de entidades que dan salud, pese a ello, entre los principales proveedores tenemos al Ministerio de Salud.

De manera general, el gran financiador es el Estado. A partir del año 2003 se toma la decisión política de varias misiones con impacto sustancial en temas sanitarios. Proceso que ha generado sus discrepancias, así ante la negativa de los médicos, importa el apoyo de médicos cubanos que llegan a 23000 cubriendo los niveles de atención a través de Barrio Adentro dos, tres y cuatro, el último inaugurado recién como hospital cardiológico infantil.

Una perspectiva importante en el área específica, muestra que en cinco años Venezuela ha definido independizarse de Cuba en RHUS. Bajo este contexto desarrolla una interesante estrategia de RHUS.: Formación de médicos comunitarios integrales, 17000 jóvenes con un esquema que pone énfasis en el nuevo sistema de Venezuela.

Hoy Venezuela encara un otro esfuerzo referido a la extensión de la formación de el primer nivel, con la formación de técnicos para que el sistema funcione incorporando ramas al programa de formación integral Barrio Adentro con el avance de profesionales complejos y de alta especialización.

Venezuela expone en su actual dinámica el análisis respecto a que elementos priorizar. Así existen adelantos en el CIRHUS, desarrollos particulares que deben entenderse en un proceso altamente politizado, que rescata muchas lecciones hasta el momento.

## **V.- LÍNEAS DE ACCIÓN EN MARCHA - PROYECTOS PROPUESTAS INFORMES**

### **OPS/OMS**

#### ESTUDIO DEL PERFIL DE LAS UNIDADES DE RECURSOS HUMANOS DE LOS MINISTERIOS DE SALUD DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Un tema fundamental para el alcance de los objetivos decenales sobre RHUS, es la identificación de las capacidades en gestión de RR.HH., primer objetivo del “*Estudio del Perfil de las Unidades de RR.HH. de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe*”. Investigación que al determinar insuficiencias, señalara áreas comunes de trabajo y/o fortalecimiento, en el interés de mayor reflexión-evaluativa y consecuente mejora en los países.

Entre los datos obtenidos se observa, que la denominación más usada en el continente es la de *Dirección o División General de Recursos Humanos en Salud* (nueve países). Unidades de las que según nivel de decisión por país, sólo cuatro figuran en el primer nivel de las estructuras de sus Ministerios, (ninguno de la CAN.) seis en el segundo nivel<sup>29</sup> y cinco en el tercer nivel<sup>30</sup>.

Respecto a la *creación de las Unidades de RHUS*. Se da en dos etapas: 1.-La diferenciación de las oficinas de Personal respecto de las Oficinas Generales de Administración. 2.-Evolución de las Oficinas, hacia dos tipos de Unidades: Administración de Personal y Desarrollo de Recursos Humanos. La *evolución identifica tres etapas*: 1.-Creación y desarrollo de las Oficinas de Personal 2.- Pérdida de importancia de las Unidades de Recursos Humanos 3.- Relanzamiento del tema y reestructuraciones de las Unidades.

*Éste ciclo de nuevas estructuras*, se respalda en *normas* de diferente tipo.<sup>31</sup> *Así en seis países se observan procesos de reestructuración expresados en reglas organizativas, otros en la redefinición de sus organigramas y ubicaciones institucionales.*<sup>32</sup>

En cuanto a las funciones de las Unidades, se identifican tres tendencias: Países con Unidades sin superposición de funciones; Países con dos Unidades pero con funciones bien delimitadas; Ministerios con varias Unidades sin delimitación precisa de responsabilidades. Imprecisiones que generan *duplicidad con efectos en la eficiencia y eficacia de los entes*.

Por otro lado, la mayor *o menor departa mentalización*<sup>33</sup> *hacia abajo* no expresa necesariamente mayores grados de desarrollo ni de especialización, siendo a veces expresión del déficit de eficiencia y gestión. Asimismo la variedad de nombres de estas subunidades revela ambigüedad, imprecisión y equívoco sobre la institucionalidad en la gestión de los RHUS.

De acuerdo a la cantidad de personal de las unidades se ha podido identificar tres tamaños: menos de 25 trabajadores, entre 25 y 50 personas y con más de 50 empleados. Cantidad que con respecto a su composición, observa tres grupos: *Países en donde la proporción de profesionales es mayor de 45%; países en donde la mayoría de trabajadores son técnicos y un grupo de países cuya mayor proporción de trabajadores son administrativos. Pese a ello*, no existe una dotación adecuada, pues el déficit de personal es generalizado en todos los países analizados.

En cuanto a niveles adicionales en grado o título, cuatro de los seis países asistentes a la reunión<sup>34</sup> disfrutaban un nivel medio con más de 30 % de personas con nivel de especialización. Pese a ello, *solamente diez de los quince países que respondieron a la pregunta sobre la organización de cursos de capacitación, los han realizado o propuesto realizarlos*. Al respecto la mayoría de las Unidades no cuentan con planes anuales para la capacitación del personal<sup>35</sup>.

El Nivel de Informatización, definido por el número de computadoras sobre trabajador, expone que los Países tienen un déficit entre alto<sup>36</sup> y medio de equipos, con algunos que sobrepasan este nivel<sup>37</sup>. Cifras que pueden estar relacionados con el Presupuesto en RHUS sobre el total de salud<sup>38</sup>, que de manera general es un porcentaje ínfimo del gasto en salud.

En cuanto a la utilización de planificación y herramientas estratégicas en las Unidades, Las más utilizadas son en su mayoría<sup>39</sup> con tendencias de carácter reactivo y preactivo<sup>40</sup>. Al respecto, de catorce países que respondieron sobre el uso de sistemas de información sobre RHUS, sólo ocho cuentan con este Sistema.

Las conclusiones generales del estudio expresan un retraso en la adecuación organizacional. Así como problemas de dotación vinculados al bajo desarrollo de la planificación de las propias unidades, con un déficit general de insumos o recursos humanos y financieros, además de Insuficiente tecnología de gestión; requiriendo el desarrollo de capacidades de gestión.

Asimismo la ola de reestructuraciones (momento post-burocrático y post-marginalidad de los 90s) expresa Paradigmas como: recursos humanos, el talento, la persona y la gestión de la regulación.

Finalmente se concluye que pese a una mayor relevancia y posicionamiento, existe la necesidad de continuar colocando el tema de organización de la función en el más alto nivel político.

### OPS/OMS

#### CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZACION EN GESTION DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD – CIRHUS

##### CURSO VIRTUAL DE LIDERAZGO EN RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El desarrollo estratégico en RHUS. expone entre sus desafíos la jerarquización del tema en la dinámica política de los sistemas nacionales de salud. Logro que junto a la mejora de las capacidades gerenciales en RHUS., desarrollara intervenciones que movilicen voluntades y recursos, generando y administrando conocimientos y capacidades nacionales.

Estas necesidades implican la capacidad de comprender los RHUS. en el marco de sistemas complejos de salud, que implican sus asociaciones intersectoriales, subregionales, regionales y globales. El CIRHUS. es la oportunidad para la construcción de dichas Capacidades y contribuir a los retos definidos.

La metodología del curso está centrada en la investigación de la realidad, a través de trabajos preparatorios guiados, que luego se utilizan en el desarrollo de los módulos. Éste método y los objetivos estratégicos básicos del curso, requieren actores nacionales en RHUS., con potencialidad y proyección institucional (masa crítica). Aportando a los objetivos básicos planteados al inicio del tema. Además de generar compromisos de institucionalización nacional, abriendo espacios en las universidades y escuelas de salud pública.

Otro objetivo estratégico que se consigue, es la conexión con otras iniciativas, es decir la retroalimentación a través de acciones de RHUS como observatorios e investigación.

Entre los retos actuales del programa se encuentra la movilización de recursos nacionales, pues la estructura financiera del último curso fue 80 % de Brasil y 20 % el Estado, estructura que en los próximos cursos debe invertirse.

El necesario impulso del país se da a través de la replica en los países<sup>41</sup>, así actualmente Ecuador y Perú desarrollan equipos nacionales conformados y trabajando, Perú se encuentra en la etapa de negociación y financiamiento, en Colombia y Chile existen equipos desarrollando la propuesta curricular a ser discutida en fecha a definirse. Por su parte Venezuela solicita a OPS iniciar el proceso de adaptación.

La nueva versión del CIRHUS tendrá aulas por regiones, con 40 o más visitantes por aula. El perfil del participante está dirigido a directores, capacitadores y consultores. La convocatoria se lanzará a partir de febrero, con el inicio del curso en mayo del 2008. El espacio de intercambio será un foro donde participaran todos los tutores. El año que viene se tendrá diez cursos virtuales para los que ya existen 620 solicitudes de ingreso.

### **OPS/OMS**

#### **OBSERVATORIO DE RRHH RING-WEB Y FORMACION DE INVESTIGADORES**

La inteligencia de uno es menor que la de todos, lo importante son las interacciones. Las redes en RRHH., en consonancia con las redes informáticas, permitirán el intercambio de: metas comunes, informaciones, avances, investigaciones y conocimiento.

En este objetivo se propone una anillo de páginas Web, (Web Ring) que potenciaría las posibilidades de los observatorios de cada país. Estos elementos combinados serian una ventaja respecto a más información de RRHH. y colaboración entre países.

En este proyecto, con fecha tentativa de inicio en marzo o abril del 2008, la situación de los países de la CAN. presenta en todos los casos posibilidades de desarrollo<sup>42</sup>. En el caso del anillo de página Web, deberá haber un portal andino y armar alguna identidad y estructura común, mecanismos fáciles de hacer<sup>43</sup>.

Respecto al objetivo final, la investigación en RHUS, actualmente se define la posibilidad de financiar la investigación. Hay varios proyectos con rectores de universidad, iniciativas y desarrollo. Temas que además de trabajarse en la Región Andina generan acuerdos. Así el tema de cooperación con Brasil caso en el que existe un acuerdo OPS-Brasil, que es amplio y bajo el cual se realiza el CIRHUS, podría permitir el desarrollo del Web Ring u otras iniciativas.

### **VI.-PUNTOS DE DISCUSION COMUN**

Entre las acotaciones y consultas resaltan temas como:

- ✓El planteamiento de metas, que producto del acuerdo de los estados, constituyen un eje de actividad entre los países. Si bien cada país define cuales son las más importantes, de acuerdo a sus perspectivas, se plantea que dicha priorización y desarrollo requiere la formación de un sistema de información.
- ✓Respecto a la imposibilidad de controlar algunas variables y por tanto metas, se señala que la respuesta se define en el ámbito propio de los países y debe crear y adecuar experiencias en su desarrollo y resolución.
- ✓El reconocimiento de títulos en lo que atañe al complejo de la migración profesional expuso dificultades con los colegios médicos. Al respecto, se menciona la existencia del convenio Andrés Bello; que funciona con España y no entre los países del Grupo Andino, generándose incluso mayores límites a partir de las presiones de los colegios médicos nacionales.

✓Asimismo se observa la multiplicación de Universidades Privadas, hecho que reduce posibilidades de negociación respecto a programas, creándose un grupo de profesionales inadecuado a los objetivos del Estado. Aun las universidades públicas realizan la formación de un modelo hospitalario debido a que quienes la componen son profesionales parte de éste razonamiento.

✓En la medicina tradicional se menciona que no ha habido reconocimiento de ésta ni de las culturas originarias, exponiendo su necesidad al plantear que el origen de las enfermedades debe ser considerado en su medio.

✓El bajo presupuesto en RHUS genera inquietudes, así algunos países preguntan sobre las experiencias de incremento en RHUS.

✓Los indicadores de la OMS. generaron consultas respecto a que encubren información específica, de los países. La respuesta expone el origen y las realidades generales que define.

✓Debilitamiento-desmantelamiento de la estructura de formación RHUS. en los años 90 hacia el ámbito privado, que hace que los ministerios en salud actualmente carezcan de RHUS. adecuados.

## **VII.-COMENTARIO FINAL**

Gran parte de los problemas y niveles de avance respecto a los objetivos en el área de RHUS tiene relación a un objetivo definido como la jerarquización del tema en la dinámica política de los sistemas nacionales de salud. Logro que desarrollara intervenciones, movilizara voluntades, recursos y capacidades nacionales. En ese sentido la subregión, expone muestras de aplazamiento en el tema. Expuesto por ejemplo en la participación del presupuesto en RHUS. del total del presupuesto en salud.<sup>44</sup>.

Respecto a todas las limitaciones presentadas, la utilización del análisis estratégico proactivo, (que actualmente muestra un carácter reactivo y preactivo), podría proporcionar aportes importantes. Parte de este pensamiento incluye la revisión de los paradigmas con los que analizamos viejos problemas y la necesidad de utilizar nuevos cuando los antiguos no funcionan.

## VII.-LINEAS DE ACCION PARA EL PLAN ANDINO

<b>ENFASIS DE ACCIÓN (características del desarrollo de las líneas de acción )</b>						
<b>● INTEGRACION ● INTERCAMBIO ● PROYECTOS ● ABOGACIA EN NIVELES DE DECISIÓN</b>						
<b>LÍNEAS DE ACCIÓN</b>	<b>CONSTRUCCIÓN O DESARROLLO DE CAPACIDADES NACIONALES</b>	<b>MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE RHUS</b>	<b>DESARROLLO DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO DESARROLLO DE RHUS</b>	<b>DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION</b>	<b>EDUCACIÓN EN SALUD</b>	<b>GESTIÓN DE LA MIGRACIÓN</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desarrollo y fortalecimiento de los planes decenales y su implementación en los países.</li> <li>✓ Fortalecimiento de las estructuras de rectoría de RRHH = Organización, estructura y dotación.</li> <li>✓ Desarrollo de Competencias (CIRHUS, liderazgo)</li> <li>✓ Condiciones laborales</li> <li>✓ Formación de formadores.</li> <li>✓ Equipos con competencias APS e interculturalidad – integración de temas varios /determinantes de la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Generación de líneas de base (indicadores comunes) para las metas propuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Red andina de observatorios</li> <li>✓ Agenda subregional de investigación sobre recursos humanos en temas de interés común:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ APS e interculturalidad</li> <li>✓ Seguridad y Salud de los trabajadores de salud – diferenciar de temas sindicales/laborales</li> </ul> </li> <li>✓ Calidad de atención/satisfacción de usuario</li> <li>✓ Generación de indicadores comunes en temas comunes seleccionados – facilita comparación</li> <li>✓ Situación de formación de técnicos en salud -</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Carácter transversal para el cumplimiento de las metas regionales de RHUS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Articulación entre los formadores de recursos humanos, los prestadores de servicios y los gestores de recursos humanos mediante espacios de diálogo.</li> <li>✓ Formación de RRHH: equipos de APS - Interculturalidad</li> <li>✓ Calidad de la formación: Acreditación,</li> <li>✓ Ejercicio profesional: certificación/ recertificación</li> <li>✓ Homologación de títulos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Caracterización de la Migración.(Ej: intraregional, extraregional)</li> <li>✓ Investigación de la Migración</li> <li>✓ Identificación de líneas conjuntas de trabajo.</li> </ul>
<b>TEMPORALIDAD DEL PLAN: CINCO AÑOS</b>						

**REMSA 2008**

## III ENCUENTRO SUBREGIONAL ANDINO - 2007

## La Paz, Bolivia

6 al 8 de noviembre de 2007

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cargo</b>	<b>Institución</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Celular</b>	<b>Email</b>	<b>País</b>
Sullivan, Judith	Consultora Interpaís RHUS-MERCOSUR/OPS	OPS	5411 4319-4220	1555780438	<a href="mailto:sullivaj@arg.ops-oms.org">sullivaj@arg.ops-oms.org</a>	Argentina
Ramos Torrico, Karolay	Comunicadora Socia	Ministerio de Salud y Deportes	2482233	730-50029	<a href="mailto:karoangeles@hotmail.com">karoangeles@hotmail.com</a>	Bolivia
Crespo, German	Asesor	Ministerio de Salud y Deportes		720-38544	<a href="mailto:crespo_german@yahoo.com">crespo_german@yahoo.com</a>	Bolivia
Jemio O.,Jorge	Director General Promoción de la Salud	Ministerio de Salud y Deportes	2492926	720-11131	<a href="mailto:jjemio@sns.gov.bo">jjemio@sns.gov.bo</a>	Bolivia
Aillón, Eduardo	Jefe de Gabinete	Ministerio de Salud y Deportes		715-37579	<a href="mailto:eaillon@sns.gov.bo">eaillon@sns.gov.bo</a>	Bolivia
Salas Escobar, Janneth	Periodista	Ministerio de Salud y Deportes	2482233	732-32359	<a href="mailto:jaseas777@hotmail.com">jaseas777@hotmail.com</a>	Bolivia
Tejerina Ortiz, Mary	Representante CNIDAI	Ministerio de Salud y Deportes	2440738	715-40839	<a href="mailto:marytejerina@hotmail.com">marytejerina@hotmail.com</a>	Bolivia
Cajias, Fidel	Postgrado CNIDAI	Ministerio de Salud y Deportes		715-43015	<a href="mailto:fidelca_lapaz@yahoo.es">fidelca_lapaz@yahoo.es</a>	Bolivia
Valencia, Marco	Coordinador General RM SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	2319870 - 2319904	762-01742	<a href="mailto:kumara_val@hotmail.com">kumara_val@hotmail.com</a>	Bolivia
Yujra M.,Carlos	Coordinador con los Movimientos Sociales RM SAFCI			719-03980		Bolivia
Tardio, Roberto	Director General de Salud	Ministerio de Salud y Deportes		714-78520		Bolivia
Vidaurre, Janette	Coordinadora RR.II.	Ministerio de Salud y Deportes	2116784	772-27004	<a href="mailto:janevid@gmail.com">janevid@gmail.com</a>	Bolivia
Estrada Zacarias,Victor	Coordinador Operativo RM SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	2319870	719-88959	<a href="mailto:victor-estrada-z@hotmail">victor-estrada-z@hotmail</a>	Bolivia
Laime, Alfredo	Coordinador Monitoreo SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	2319870	730-86369	<a href="mailto:alfredolaimec@hotmail.com">alfredolaimec@hotmail.com</a>	Bolivia
Mayta Tola, Felix	Administrador de Personal	Ministerio de Salud y Deportes	2495053 int.209	712-88094	<a href="mailto:severo_mayta@yahoo.es">severo_mayta@yahoo.es</a>	Bolivia

Rivera Merida, Hugo	Profesional Nacional RR.HH.	OPS	2412465	706-12048	<a href="mailto:hrivera@bol.ops-oms.org">hrivera@bol.ops-oms.org</a>	Bolivia
Gamboa, Miryam	Responsable Construcción Política de RR.HH. En Salud	Ministerio de Salud y Deportes	2415756		<a href="mailto:mgocia@yahoo.es">mgocia@yahoo.es</a>	Bolivia
Carrasco, María Lourdes	Directora	Escuela Nacional de Salud	2440540	701-3312	<a href="mailto:malucanano@gmail.com">malucanano@gmail.com</a>	Bolivia
Colque, Ruben	Director de Salud	Caja de Caminos y RA	2444549	706-15861	<a href="mailto:ro_colque@yahoo.com">ro_colque@yahoo.com</a>	Bolivia
Castellanos, Jorge	Asesor Dirección de RR.HH.	Ministerio Protección Social	330-5000 ext.1125	57-1-311-854-3690	<a href="mailto:jcastellanos@minproteccionsocial.gov.co">jcastellanos@minproteccionsocial.gov.co</a>	Colombia
Ruiz Rubiano, Miguel	Dir. Análisis Política RR.HH.	Ministerio Protección Social	330-5000 ext.1160	313-2093441	<a href="mailto:mruizr@minproteccionsocial.gov.co">mruizr@minproteccionsocial.gov.co</a>	Colombia
Galindo, Magdalena	Profesional (Coordinadora) Gestión de Recursos Humanos	Ministerio de Salud Pública	022972900 ext.2710 2867	96044296	<a href="mailto:mgalindo@msp.gov.ec">mgalindo@msp.gov.ec</a>	Ecuador
Gross, Milton	Coordinador CONARHUS/CONASA	Consejo Nacional de Salud	2555882	99243275	<a href="mailto:mgross@pace.edu.ec">mgross@pace.edu.ec</a>	Ecuador
Vaca Pozo, Luisa	Directora Recursos Humanos	Ministerio de Salud Pública	2972900 Ext. 2686	98531740	<a href="mailto:luisavaca@hotmail.com">luisavaca@hotmail.com</a>	Ecuador
Escalante Guzman, Giovanni	Asesor en Recursos Humanos	OPS-Perú			<a href="mailto:givescalante@yahoo.com">givescalante@yahoo.com</a>	Perú
Matallana V., Hugo Ricardo	Director de Recursos Humanos	Ministerio de Salud	3156600 anexo 2222	98899873	<a href="mailto:rmatallana@minsa.gob.pe">rmatallana@minsa.gob.pe</a>	Perú
Moscoso Rojas, Betsy	Resp. Observatorio RHUS	Ministerio de Salud	423000	95972830	<a href="mailto:bmoscoso2003@yahoo.com">bmoscoso2003@yahoo.com</a>	Perú
Nunez Voyan, Manuel	Secretario Ejecutivo	Red Andina de Asociación	51-1-4630140	96595025	<a href="mailto:mnv@pe@yahoo.com">mnv@pe@yahoo.com</a>	Perú
Yepéz, Patricio	Secretario Ejecutivo Adjunto	Organismo Andino de Salud	511-2210074	511-97590666	<a href="mailto:pyepez@conhu.org.pe">pyepez@conhu.org.pe</a>	Perú
Padilla, Mónica	OPS Subregional	OPS	4213030	97590586	<a href="mailto:mpadilla@paho.org">mpadilla@paho.org</a>	Perú
Rigoli, Felix	Asesor Regional	OPS	1-202-974-3829		<a href="mailto:rigolife@paho.org">rigolife@paho.org</a>	Uruguay
Rosales, Carlos	Asesor Regional RR.HH.	OPS/OMS	202974-385	202-460-6274	<a href="mailto:rosales@paho.org">rosales@paho.org</a>	USA
Godue, Charles	Jefe Unidad de RR.HH.	OPS/WASH	202-974-3296		<a href="mailto:goduecha@paho.org">goduecha@paho.org</a>	USA
Zamora, Victor	Asesor Sistemas y Servicios de Salud	OPS-Venezuela	52-212-2065022	58-4166157932	<a href="mailto:zamorav@ven.ops-oms.org">zamorav@ven.ops-oms.org</a>	Venezuela

---

<sup>1</sup> • Población Subregión: 141 millones

50% vive en condiciones de pobreza

27% carece de acceso permanente a servicios básicos de salud

Una tercera parte carece de acceso a agua potable y saneamiento básico

Elevadas cifras de mortalidad infantil y materna por causas fácilmente prevenibles

En el año 2000, más de 163 millones de personas residen en áreas donde la densidad de recursos humanos era menor al objetivo mínimo de 25 por 10,000.

Citado por Yépez, Patricio, ORAS/CONHU–OPS/OMS, Plan Andino de Recursos Humanos, en la Reunión de la Región Andina, 6 de Noviembre 2007

<sup>2</sup> La disponibilidad de médicos en las áreas urbanas es ocho a diez veces mayor que en las áreas rurales

La razón de enfermera / médico en América del Norte es de 3:1, pero la razón es inversa en América Latina

• Aproximadamente tres cuartos de los países y territorios de la Región han experimentado una pérdida neta con respecto a la migración de recursos humanos en salud

• Haití, con la razón más baja de médico por población en la Región, presenta una tasa de migración médica casi 12 veces mayor a Cuba, con una razón de las más elevadas en el mundo

Citado por Godue, Charles, Organización Panamericana de la Salud, Construyendo una Década de Recursos Humanos para la Salud, en la Reunión de la Región Andina, 6 de Noviembre 2007.

– <sup>3</sup> Oferta y Demanda, Fac. Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquía (2002)

Plan Largo Plazo, Universidad Javeriana, Fedesarrollo Family Health Foundation. (2001)

– <sup>4</sup> Modernización, Consultoría i Gestio – Chc (2002)

Acreditación, Aupha – Ascofame – Assalud- Ces (2002)

<sup>5</sup> Generar información y herramientas de planeación sobre RRHHs, Ampliar y refinar el Análisis Funcional de Tareas, Desarrollar un Modelo Dinámico de Oferta y Demanda de RRHHs, Crear incentivos para la redistribución geográfica de los RRHHs, Reestructuración de los currículos de enfermería considerando los dos niveles de formación existentes, Diseño, prueba y evaluación de un sistema mejoramiento del sitio de trabajo: Gestión, supervisión, responsabilidad, evaluación del desempeño; actividades adicionales, Centros de capacitación clínica permanente de educación continuada, Revisión curricular de la formación y de las instituciones formadoras, Talleres sobre manejo y supervisión de RRHHs, Certificación y recertificaciones de los profesionales de la salud

<sup>6</sup> PRINCIPALES ACTORES

- Gobierno Nacional MPS Y MEN/Congreso de la República/Academia Nacional de Medicina/Asociación Nacional de profesionales de la salud ASSOSALUD/Federación Médica Colombiana/Asociación Colombiana de Universidades ASCUN/Academia Colombiana de salud pública/Sala de salud de CONACES/Colegios Profesionales/Asociaciones de Facultades /Asociaciones de profesionales/E.P.S./I.P.S./SENA/Observatorio del Talento Humano en Salud

LISTADO TEMATICAS

- Certificación y recertificación /Medicinas alternativas/Medicinas tradicionales/Relación docencia / servicio/Calidad de la formación del Talento Humano/Observatorio de Talento Humano en salud/Manual tarifarlo/Ética y bioética en el ejercicio/Registro Único Nacional /Incentivos para formación y ejercicio/Autonomía y Misión médica/

<sup>7</sup> En ese ámbito el Registro Único Nacional permitirá la inscripción del personal de salud para que cumpla los requisitos establecidos, demostrando y elevando la calidad de los profesionales y Auxiliares en salud.

<sup>8</sup> : estructura funcional que realiza alianzas con instituciones educativas.

Son escenarios de práctica: Hospitales universitarios, Hospitales docentes, Centros de salud docentes y otras entidades diferentes que no son del sector salud, pero que la profesión u ocupación lo justifique como prácticas formativas para el personal de salud

QUE ES UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales

<sup>9</sup> Implica conocer la disponibilidad de RRHHs, a nivel Nacional, territorial y local, sus condiciones laborales, niveles de ingreso, Implementar el Registro Único de profesiones y ocupaciones, Implementar mecanismo para el manejo e integración de información de los Sectores Educación, Salud y Seguridad Social, Definir protocolos para el suministro y flujo de información, administración y análisis y divulgación.

<sup>10</sup> Implica fortalecer la capacidad gestora y de liderazgo del RHUS, el diseño e implementación del Sistema de Certificación y Recertificación de profesionales en salud. Conocer en Profundidad relaciones y ambientes laborales y su relación con la gestión de RHUS.

<sup>11</sup> Abarca conformar el sistema de incentivos, Becas-Crédito. Contando con herramientas de regulación y distribución geográfica equitativa que promuevan el desarrollo de profesionales en áreas prioritarias. Mejorar el financiamiento del personal de salud

<sup>12</sup> Abarca Consolidar los procesos de acreditación y reglamentación de las instituciones de formación y las especialidades de salud, optimizar la Pertinencia entre la formación y las necesidades de los servicios

<sup>13</sup> Formulación de objetivos nacionales de salud para Década 2000 - 2010.

Instalación de sistema de garantías explícitas de salud con acceso universal. (GES)

Modelo de atención orientado a la satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario público y privado.

Mejoramiento de condiciones laborales y de desarrollo de los trabajadores de la salud.

Reforzar la institucionalidad de la autoridad sanitaria.

<sup>14</sup> Visión de la División Gestión y Desarrollo de las Personas, año 2015.- En el año 2015, Chile contará con personal sanitario suficiente, competente y comprometido con los objetivos sanitarios del país. En base a un Sistema de Información Estratégica Nacional de RRHH que permita anticiparse a las necesidades de personal y de su gestión, en busca de la óptima expresión del capital humano, que incentive el mejor desempeño, otorgue una justa retribución y desarrolle relaciones sinérgicas con los trabajadores.

<sup>15</sup> Entregados por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas responsable de política de desarrollo, formación y capacitación de los RRHH de la Red

<sup>16</sup> que respondan a los objetivos sanitarios 2000-2010, y las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales

<sup>17</sup> Así en médicos, odontólogos, enfermeras, obstetras, personal Adm. El promedio está entre el 90% en el área urbana y menos de un 10 % en el área rural.

<sup>18</sup> Creación de puestos para dos provincias de la Amazonía y 1 Hospital cantonal de la Región Sierra

<sup>19</sup> CAP VI. De los recursos humanos

Art. 26.- El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud, ... 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, gobernabilidad, gestión del personal e incentivos basados en la evaluación de desempeño, ubicación geográfica y manejo de riesgos.

<sup>20</sup> Art. 205.- Créase la Carrera Sanitaria para los recursos humanos del SNS.....

<sup>21</sup> Federación Médica Ecuatoriana

Asociación Facultades y Escuelas de Medicina del Ecuador

Consejo Nacional de Universidades y Escuelas de Medicina

FENETS

FETSAE OSUMTRANSA

Apoyada por la Resolución del Directorio CONASA (25-10-2006) que ordena socializar y analizar la propuesta de anteproyecto de Ley de carrera sanitaria para la fuerza de trabajo en salud en el Ecuador lo cual se da en 22 talleres.

<sup>22</sup> Que es una fusión por absorción del IDREH al MINSAL 2007

<sup>23</sup> Negociación financiera, laboral, planeamiento del mercado de trabajo en salud, articulación con diversos actores y regulación y normalización en el campo de RHUS

<sup>24</sup> "Los recursos humanos son indispensables para hacer viables los sistemas de salud y promover la salud con equidad, eficiencia y calidad. Más aun, se constituyen en condición básica para el desarrollo efectivo de las políticas sanitarias." (OMS – 2006

•<sup>25</sup> En este objetivo el Perú define medidas: Ley Nro. 29035 que ordena realizar el proceso de racionalización

• RM Nro. 573-2007/MINSA. Conformación Comisión de Racionalización (Direcciones MINSA)

• Estudio de Dotación de Profesionales de la Salud del Primer Nivel de Atención

-Uso de estándares para la dotación de profesionales y estimación del déficit.

-Análisis de dotación con base en un enfoque poblacional y territorial, nacional, regional, provincial y distrital.

• Informe Técnico al Ministro de Salud, Congreso de la República y MEF (base para la negociación del crecimiento planificado de nuevas plazas

<sup>26</sup> Implica : uso de estándares para la dotación de profesionales y estimación del déficit.

Análisis de dotación con base en un enfoque poblacional y territorial, nacional, regional, provincial y distrital.

<sup>27</sup> Profesionales de la Salud, según establecimiento de salud. Ministerio de Salud, Perú – 2007, expuesto en Desarrollo de Recursos Humanos en Salud Perú Noviembre 2007 Fuente: Informe de la Comisión de Racionalización – MINSA – 2007 CPS: Centros y Puestos de Salud (Atención Primaria

<sup>28</sup> de 13.4% en 2004 a 72.8% en 2007

<sup>29</sup> Entre ellos Colombia, Ecuador, Perú

<sup>30</sup> Entre ellos Bolivia y Venezuela

<sup>31</sup> Manuales de Organización y Funciones (Bolivia, Guatemala, Ecuador, Nicaragua y República Dominicana), Reglamentos (Paraguay, Panamá y Perú), Resoluciones (Colombia y Venezuela) y Leyes (Brasil.

<sup>32</sup> en diez países tienen documentos normativos sobre su organización, formulados y aprobados desde el año 2000 en adelante.

Casos como el Belice, Honduras y Perú, son ejemplos de la etapa de redefinición de las Unidades de REHUS

<sup>33</sup> Al respecto, en las Unidades centrales se presentan dos o tres áreas o departamentos al interior de las Unidades centrales

<sup>34</sup> Excepción de Bolivia con menos de 30 % y Chile no registrado

<sup>35</sup> Las razones de ello tienen que ver con la escasa planificación de la capacitación, la falta de financiamiento y los pocos recursos humanos con cuentan las Unidades para este tipo de actividades

<sup>36</sup> Bolivia es uno de los Países donde existe un déficit amplio de equipos informáticos 3,4 de déficit.

<sup>37</sup> 0,9 de déficit en Perú y Colombia ,

<sup>38</sup> Bolivia el que menos- 0,01%. Venezuela el que mas - 0,14% del total del presupuesto de salud

Colombia entre Unidades de RHUS con presupuestos menores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007

Colombia Perú y Venezuela Unidades de RHUS con presupuestos mayores a 3 millones de dólares americanos, 2005-2007

<sup>39</sup> el presupuesto anual (14), Planes Operativos o Programaciones anuales (13), Misión y Visión de la Unidad (11) así como el Plan estratégico de RHUS (10). Los instrumentos de gestión menos utilizados son los sistemas de monitoreo y evaluación (5), la proyección de oferta y demanda de REHUS (5) y la definición técnica de prioridades de capacitación

<sup>40</sup> **La planeación reactiva se concentra en el pasado en vez de hacerlo en el futuro...La planeación proactiva implica determinar como se pueda la forma del futuro y como afecta a sus operaciones y luego se prepare para ese conjunto de sucesos. La planeación mas desafiante es la proactiva en donde se considera que sus propias acciones pueden dar forma a su futuro. En esencia la planificación estratégica implica planeación proactiva.**- Goodstein Leonard , Timothy Pfeiffer . Planeación Estratégica Aplicada. McGraw Hill . Colombia 1999. Pág. 55,56

<sup>41</sup> En Ecuador se desarrolla el convenio con la universidad de Río Grande del Norte, para planear necesidades de adaptación que giran respecto a lo que el país demanda, otra necesidad de Ecuador es que el número de Hrs. sea mayor y como juntar la teoría con la practica, utilizando investigación y acción.

En Chile, en mayo se constituye un equipo de representante de universidad y de la división de RHUS del Ministerio y representantes de salud.

La dirección de RHUS de Colombia está encargada de desarrollar gestores tácticos, operativos y estratégicos para acelerar el curso en corto tiempo. Se propuso un documento finalizado antes de este año y se desarrollara una agenda para el año que viene.

En Perú se desarrolló una agenda y se discutió con Brasil el incremento de 100 Hrs. para llegar a requerimientos del Perú.

<sup>42</sup> Chile no presenta problemas articular páginas SIRH y SALUNET

Ecuador requiere definir una página específica e independiente.

Bolivia podría incluirla en la página del ministerio

Colombia hay página del observatorio ligada al ministerio. La idea es que sea propia y articulada con nodos.

Perú en proceso de emplear página MINSA.

<sup>43</sup> Contenidos de ficha o matriz básica e inicial por País de Web Andina Presentación: Noticias ;Informaciones; Datos; Actividades; Investigaciones; Links

<sup>44</sup> Así Bolivia tiene apenas un 0,01% del total del presupuesto de salud / Rosales Carlos, OPS/OMS; Estudio del Perfil de las Unidades de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud de América Latina y el Caribe, Informe de Resultados; Sobre los Recursos Financieros con que cuentan las Unidades;Cuadro 38.

## Bibliografía

Goodstein Leonard , Timothy Pfeiffer . Planeación Estratégica Aplicada. McGraw Hill . Colombia 1999.