

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

SERIE DE ESTUDIOS
MULTIPAÍS N°3

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

Serie de estudios
multipaís N°3



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS. Evidencia para la toma de decisiones / Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU,2015. 405 p.; ilus.
PLANIFICACIÓN/ RECURSOS HUMANOS/ MIGRACIÓN/ Política, brechas, incentivos/SALUD/ monitoreo.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°. 2015-14084

Editores

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

Secretario Adjunto ORAS-CONHU y Coordinador del Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos en Salud

Dr. José Francisco García Gutiérrez

Asesor de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS

Coordinación de publicación:

Lic. Yaneth Clavo Ortiz, Encargada de Comunicaciones ORAS - CONHU

PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Evidencias para la toma de decisiones

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2015

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Primera edición, 2015

Tiraje: 300 ejemplares

Diseño e impresión: SINCO DISEÑO E.I.R.L

Jr. Huaraz 449 - Breña Telf: 433-5974

sincoeditores@gmail.com

Impreso en Perú, octubre 2015

Estos estudios han sido realizados por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue, en el marco de la ejecución de su proyecto Plan Sanitario de Integración Andina PlanSIA, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LOS ESTUDIOS

MONITOREO DE LA POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Consultoría realizada por Margarita Velasco Abad

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dr. Manuel Núñez Vergara

METODOLOGÍA DE MONITOREO DE LA MIGRACIÓN EN SALUD EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Manuel Núñez Vergara

Colaboración y Revisión: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes

ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

Consultoría realizada por Verónica Bustos

Colaboración y Revisión: Ricardo Cañizares Fuentes, Manuel Núñez y Lizardo Huamán

Colaboradores de países andinos:

Bolivia:

- Sra. Gloria Villarroel, Jefa Nacional de la Unidad de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Deportes
- Dr. Hugo Rivera, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Bolivia

Colombia:

- Sr. Francisco Arizaga, Coordinador Grupo de Formación del Talento Humano en Salud, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social
- Sr. Camilo Buitrago, Dirección de Desarrollo de Talento Humano - Ministerio de Salud y Protección Social

Chile:

- Sr. Claudio Román, Jefe División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Dra. Síbila Iñiguez, Jefa División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Dra. Leticia Ávila, Jefa del Departamento del Modelo de Atención División de Atención Primaria - Ministerio de Salud
- Sra. Michèle Guillou, División de Gestión y Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

Ecuador:

- Dr. Iván Palacios, Director Nacional de Normatización de Talento Humano, Ministerio de Salud Pública.
- Dra. Cristina Merino, Asesor Nacional de Recursos Humanos - OPS Ecuador

Perú:

- Dr. Braulio Cuba, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud
- Sra. Lily Cortez, Dirección de Gestión de Capacidades. Dirección General de Gestión del Desarrollo de RRHH - Ministerio de Salud

SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Consultoría realizada por Yasmin Pariamachi

Coordinación técnica y revisión metodológica: Ricardo Cañizares Fuentes y Verónica Bustos

DESARROLLO DE ESQUEMAS DE INCENTIVOS PARA LA RETENCIÓN - FIDELIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN ÁREAS RURALES Y DE DIFÍCIL ACCESO

Consultoría realizada por Carlos Becerra V.

Coordinación Técnica y revisión Metodológica: Dr. Ricardo Cañizares Fuentes y Dra. Verónica Bustos F.

Colaboradores países andinos:

Perú: Dra. Yessenia Huarcaya C.

Chile: Dra. Natalia Oltra Hidalgo

CONTENIDO GENERAL



Prólogo

Presentación

1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud
2. Metodología de Monitoreo de la Migración en Salud en los Países Andinos
3. Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos
4. Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud
5. Desarrollo de Esquemas de Incentivos para la Retención - Fidelización del Personal de Salud en Áreas Rurales y de Difícil Acceso





Prólogo

Está finalizando el período 2006-2015, definido como la Década de los Recursos Humanos de Salud (RHUS), que se inició con el Llamado a la Acción de Toronto y la definición de las 20 Metas Regionales. La intensa acción desplegada por los países de la Región de las Américas durante esta década y el análisis de los avances logrados han permitido identificar con mayor precisión los problemas persistentes y emergentes en el campo de los RHUS, así como las prioridades de acción a futuro.

En la actual coyuntura se suma además otro desafío que es lograr que el Acceso Universal y la Cobertura Universal de Salud (redefinidos como Salud Universal) sean una realidad en todos los países de la Región. Atender este reto supone contar con RHUS adecuadamente capacitados, distribuidos de acuerdo con las necesidades de la población y los sistemas de salud e identificados con los objetivos de la Salud Universal. Para contribuir a este objetivo desde la OPS y la OMS se están construyendo una nueva agenda post-2015 de RHUS para la Región de las Américas y una Estrategia Mundial de RHUS 2016-2030.

La planificación y gestión de RHUS ha sido uno de los ejes fundamentales del Plan Estratégico 2013-2017 del ORAS-CONHU y uno de los avances más significativos en estos años fue la construcción de la Política Andina de RHUS y su plan de acción. La mayoría de los ejes de esta Política están relacionados con las metas y objetivos de los Desafíos de Toronto, pero también recogen particularidades conforme a las necesidades de fortalecer los sistemas de salud de los países andinos. En ese sentido los seis países andinos acordaron realizar acciones de interés común basados en la estrategia de que compartir potencialidades y recursos permite avanzar en conjunto.

Cabe destacar que para apoyar a los países en la implementación del Plan de Acción de la Política Andina de RHUS, una importante iniciativa de gestión pública ha sido la estrategia de articulación y complementación de agendas que han desarrollado la OPS/OMS y el ORAS-CONHU, que ha obtenido excelentes resultados permitiendo potenciar esfuerzos y optimizar recursos.

Un buen ejemplo de esta coordinación es la publicación de este libro en el que se presentan los resultados de cinco estudios realizados en los países andinos con la participación de sus técnicos nacionales. Deseamos que estas investigaciones contribuyan con la evidencia que aportan a fortalecer las políticas y planes nacionales y a facilitar la toma informada de decisiones en el complejo campo de los Recursos Humanos de Salud.

Dra. Caroline Chang
Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dr. Fernando Menezes
Jefe de la Unidad de Recursos Humanos de Salud OPS/OMS





Presentación

Fortalecer los sistemas de inteligencia colectiva y de información es una de las líneas estratégicas de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud. En ese sentido, el Grupo Técnico Andino en Recursos Humanos de Salud identificó unos temas de alta prioridad para realizar estudios que permitan tener evidencia científica e información para el análisis y toma de decisiones que fortalezcan la gestión de RHUS en los países andinos.

Las áreas priorizadas fueron: Planificación de RHUS y modelos de atención basados en APS, Planificación y distribución de RHUS, Migración de RHUS, Implementación de políticas de RHUS, Metodologías para estimación de brechas, Políticas de incentivos y retención, Utilidad de los observatorios de RHUS y otros.

Seleccionados los temas se identificó que unos estudios debían tener ámbito andino y se constituyeron en estudios multipaís, y otros eran de ámbito nacional. El criterio clave de selección fue que contribuyan con las necesidades nacionales y estén alineados a las prioridades de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud.

En total se hicieron 17 estudios: 5 multipaís y 12 de ámbito nacional, entre 2013 y 2014 mediante el Proyecto Plan Sanitario de Integración en Salud (PlanSIA), que implementó el ORAS-CONHU con financiamiento del Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y el Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI).

Cumpliendo la agenda conjunta que en los últimos años están implementando el ORAS-CONHU y la OPS, se decidió hacer una publicación de modalidad seriada que incluye un libro impreso de los estudios multipaís y una publicación digital de los estudios nacionales.

El objetivo es poner al servicio de los decisores de políticas públicas de los Sistemas de Salud y de Recursos Humanos, y de técnicos e investigadores, estos estudios que vienen a llenar vacíos de información.

Ya en el diseño de los mismos, se persiguió construir enfoques teóricos y propuestas metodológicas que permitan establecer en forma objetivamente medible el estado de situación, pero que a su vez permitan explicar los avances tanto de la región andina como de cada uno de los seis países andinos.

Este es el caso de los tres estudios multipaís: 1. Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud, 2. Sistema de monitoreo de la migración del personal de salud y 3. Análisis de la gestión de Recursos Humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.

Los siguientes dos estudios, persiguen sistematizar las metodologías de cálculo de brechas de RHUS y las políticas de incentivos para la retención y fidelización de RHUS que están aplicando los 6 países andinos (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Para la ejecución de los estudios se contó con la participación de técnicos de los países que contribuyeron con información y participaron en los análisis y conclusiones. El grupo fue liderado por un/a consultor/a.

En el primer estudio **Monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos de Salud**, se construyó un sistema de indicadores que permiten monitorear el estado de los recursos humanos en los países andinos. A partir de los 4 ejes de la Política Andina de RHUS se definieron 14 metas y estas se operativizaron en 43 indicadores, los cuales se definieron conceptualmente, construyendo sus metodologías de cálculo e identificando sus fuentes de información.

Se levantó una línea de base tomando como modelo Ecuador, el siguiente paso fue levantar esta línea de base en los otros cinco países de tal forma que se obtuvo un punto de partida común para luego monitorear con información verificable los progresos individuales y en conjunto de los países. Este estudio estuvo liderado por Margarita Velasco.

En cuanto al **Sistema de monitoreo de migraciones de profesionales de la salud**, se recopiló y sistematizó información sobre el proceso de migración de profesionales de la salud en la región andina.

En su segunda parte, se presenta la propuesta de Sistema Andino de Monitoreo de Migraciones de Profesionales de la Salud, definiéndose el marco conceptual y los criterios de priorización, así como los indicadores y las propuestas para un plan de implementación del Sistema. Se proponen 20 indicadores que se organizan en cuatro dimensiones: determinantes, política y gobernanza, flujos migratorios e Impacto. Este estudio estuvo liderado por Manuel Núñez.

Para el tercer estudio **Análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos**, se buscó identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica y social.

Se elaboró para esto un marco conceptual respecto a la gestión de recursos humanos enfocados a modelos de atención de salud basados en atención primaria. Se identificaron consensuadamente indicadores que fueron aplicados por los mismos funcionarios de los ministerios de salud en un proceso de auto evaluación.

Encontrándose que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHUS están orientados hacia las estrategias de formación del personal de salud existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Se encontró además, que las políticas de RHUS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHUS.

Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad. Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RUHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, los desafíos sanitarios existentes requieren mirar las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHUS. Este estudio fue liderado por Verónica Bustos.

Respecto a estos tres estudios presentados, el Grupo Técnico Andino consideró que es necesario utilizar su metodología para monitorear los avances en los próximos años y provean información para ajustar y mejorar sus políticas de RHUS así como identifiquen líneas de cooperación entre países a través del ORAS-CONHU.

Con el cuarto estudio **Sistematización y análisis de las experiencias de determinación de brechas de recursos Humanos en Salud** se buscó generar conocimientos sobre las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la estimación de brechas de recursos humanos de salud, con el objetivo de que los técnicos de los países tengan una visión general de los mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención en las diferentes realidades de los países andinos.

Además se identificó coincidencias metodológicas que según la opinión de la autora llevarían a inferir abordajes comunes como Región Andina. Por ejemplo para el Primer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías con enfoque de demanda poblacional, que considere el Modelo de Atención Primaria de la Salud (APS), la carga de trabajo por grupo ocupacional y permita integrar indicadores de ajuste de dotación en relación a la dispersión. Para el Segundo y Tercer Nivel de Atención, se recomendaría desarrollar metodologías que consideren el modelo de gestión y organización hospitalaria, la demanda efectiva proyectada según criterios epidemiológicos, capacidad de producción optimizada, cartera de servicios y la carga de trabajo según grupo ocupacional; los cuales permitirán determinar las necesidades actuales y futuras de RHUS de los establecimientos hospitalarios. Este estudio estuvo a cargo de Yasmín Pariamachi.

Finalmente, el estudio **Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso** sistematizó y analizó las diferentes experiencias de esquemas de incentivos, económicos y no económicos, orientados a la atracción, retención y fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso, aplicados en países de la Región de las Américas y, especialmente, en la Región Andina. Se encontró que las mejores prácticas en esquemas de incentivos para atraer y luego retener RHUS en zonas rurales o aisladas, surgen de la combinación de distintos tipo de intervenciones en los cuatro dominios principales del problema como son la formación, el apoyo personal y profesional, el soporte normativo y el financiero, que es de lejos, el que más ha demostrado impacto en la retención. También se plantea que hay una necesidad transversal a toda la región que es la de generar investigación en este ámbito que, por una parte, permita seguir evaluando cuales de éstos incentivos van demostrando ser más efectivos en retener los RHUS; así como también relacionar estas políticas con el impacto en el desempeño de los sistemas sanitarios en zonas urbanas y rurales, dado que existe muy poca evidencia respecto a conocer si la retención logra finalmente mejorar la salud de la población en los países de la región. Este estudio fue liderado por Carlos Becerra.

Finalmente queremos felicitar a los técnicos de las áreas de Recursos Humanos de los ministerios de salud de los países andinos quienes dedicaron tiempo adicional para trabajar junto a los consultores y producir estos importantes estudios que esperamos sean de utilidad para el fortalecimiento de la planificación y gestión de los Recursos Humanos en Salud como eje fundamental de los sistemas de salud de los países.

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
Secretario Adjunto del ORAS-CONHU

Dr. José Francisco Garcia
Asesor de Recursos Humanos en Salud de la OPS/OMS





Análisis de la Gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los Países Andinos

CONTENIDO

1. Resumen ejecutivo
2. Aspectos metodológicos: marco teórico y diseño de instrumentos.
3. Gestión de RHS: principales estrategias de desarrollo-escenarios nacionales
4. Construyendo un marco normativo sobre la gestión de RHS para APS
5. Reflexiones finales y conclusiones
6. Índices de diagramas, tablas y gráficos
7. Glosario de términos
8. Bibliografía
9. Anexos
10. Autoevaluación

1. RESUMEN EJECUTIVO

1.1. Introducción

En el marco del mandato y prioridades establecidas por los estados miembros, el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), formula y aprueba el Plan Estratégico 2013 - 2017¹, que incorpora en su objetivo 4, el desafío de “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud. Con este objetivo se busca disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la subregión y mejorar la salud colectiva a través del fortalecimiento de las políticas y planes de desarrollo de Recursos Humanos en los países de la subregión”, planteándose como visión que para “El año 2015, en la subregión andina, se habrá contribuido a conocer, analizar y subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud”.

La urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes proporciones de la población de la subregión carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud² y también en la necesidad de modificar el contenido de las acciones de salud enfatizando las estrategias de promoción y prevención, a objeto de enfrentar los problemas derivados del cambio epidemiológico y demográfico que experimentan los países de la subregión.

Existe un amplio consenso respecto que, para enfrentar estos desafíos, es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en APS, decisión que se ha expresado formalmente en el seno de las reuniones del Consejo Directivo de OPS, en las resoluciones del ORAS-CONHU, en las políticas de salud de cada uno de los países que lo integran, así como en instancias de trabajo conjunto con diversos actores representativos de la sociedad civil incluyendo los trabajadores de la salud y centro formadores.

De acuerdo con la definición planteada por OMS/OPS en el documento “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”, un “sistema de salud basado en APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal

¹Resolución XXXIII 483 de los Ministros de Salud, aprueba el Plan Estratégico 2013 – 2017 del ORAS/CONHU.

²Fundamentos de los Sistemas de Salud y Salud Pública – Lectura “Organización, cobertura y dinámicas de cambio de los Sistemas de salud en América latina y el Caribe”, disponible en:http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/32507/mod_resource/content/2/Modulo_1_Fundamentos/Material_principal/Organizacion_Cobertura_y_Dinamicas_Sistemas_Salud-CVFESP.pdf

naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia, social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”.

Sin embargo, a pesar del consenso existente y de los significativos esfuerzos realizados, los países que integran la subregión aún no han logrado consolidar el enfoque de salud basado en APS, evidenciándose, por una parte, diferentes niveles de desarrollo en cada uno de ellos, así como la existencia de las tensiones propias de los procesos de cambio. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de personal sanitario, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con el personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de salud.

En este contexto, junto con destacar la importancia de contar con recursos humanos de salud en cantidad y calidad suficientes, ORAS-CONHU ha impulsado la realización de diferentes iniciativas y estudios orientados a contribuir al funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la región, a partir de la generación y diseminación de conocimiento sobre gestión y desarrollo de recursos humanos de salud, expresión de ello, es la reciente aprobación de la Política Andina de Recursos Humanos de Salud³.

Continuando con el esfuerzo mencionado y en el contexto de las resoluciones aprobadas por los Ministros de Salud, los estados miembros de ORAS-CONHU con el patrocinio y financiamiento de la Corporación Andina de Fomento – Cooperación Italiana (CAF), decidieron realizar un estudio cuyo objetivo es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. Se busca, específicamente, identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

Es necesario destacar que durante la presente consultoría, se ha contado con la participación de las contrapartes nacionales, privilegiándose el intercambio de ideas y la generación de un espacio de reflexión y retroalimentación. Esta modalidad de

³Resolución XXXIII 474 de los Ministros de Salud, aprueba la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos.

trabajo ha sido posible gracias al compromiso demostrado por la mayor parte de los equipos ministeriales, quienes han realizado una importante contribución en pos del perfeccionamiento de los contenidos y logro de los objetivos del estudio.

1.2. Síntesis de los principales contenidos

De acuerdo al Plan de Trabajo concordado por las partes (Anexo N°1), un primer aspecto abordado durante el desarrollo del estudio, fue la definición de un marco teórico orientado a precisar el alcance y contenido de los conceptos de Gestión de RHS y Modelo de Atención, de manera de establecer un punto de partida común para el trabajo con las contrapartes técnicas nacionales, en base a definiciones ampliamente conocidas y validadas previamente (Capítulo 2).

La Gestión de RHS, se analizó prioritariamente desde tres perspectivas. Según las interacciones de la gestión de RHS con el mercado de la educación y del trabajo; como un proceso orientado según las fases del ciclo de vida laboral del personal sanitario y a partir de los componentes o subsistemas que incluye el sistema de gestión de RHS.

Por su parte, los aspectos constitutivos y características del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, se analizaron a partir de la visión sobre APS planteada por OMS/OPS, en el documento de posición "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas" Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud" (OPS/OMS) - Washington, D.C. 2007.

Posteriormente, en la perspectiva de analizar en forma integrada, la gestión de RHS y las características de los Sistemas de Salud basados en APS y organizados en RISS, se diseñó un instrumento de evaluación ad hoc, que intenta establecer la relación entre los ámbitos y atributos de la gestión de RHS priorizados, con la instalación del modelo de atención (tabla N° 2 – numeral 2.2.3).

Analizar esta relación constituye el objetivo central del estudio, considerando que se busca establecer si la gestión de RHS en el marco de un sistema de salud basado en APS, posee ciertas características distintivas que contribuyen con la instalación del modelo de atención. Dicho de otro modo, resulta necesario conocer si la gestión de RHS está alineada con las estrategias de desarrollo de la red integrada de salud y cómo se expresa lo anterior, desde el punto de vista de las políticas, sistemas y prácticas de gestión de RHS.

Estos instrumentos diagnósticos fueron aplicados por las contrapartes nacionales instancias que recopilaron información sobre el estado de desarrollo de cada uno de los atributos mencionados. La sistematización de dicha información está contenida en el Capítulo 3, denominado "Gestión de RHS: Principales Estrategias de Desarrollo-

Escenarios Nacionales”. Tal como se podrá observar, los países presentan estados de desarrollo diverso, sin embargo, existen visiones coincidentes sobre la necesidad de:

- Fortalecer la capacidad de rectoría de RHS, a través de políticas y normas de alcance nacional, así como del fortalecimiento de la capacidad de gobernanza sectorial.
- Desarrollar sistemas de planificación que permitan modelar la fuerza laboral según las necesidades de salud de la población.
- Potenciar el vínculo con el sector formador logrando un ajuste entre los perfiles, composición y cantidad de egresados y las necesidades del modelo de atención.
- Contar con sistemas de gestión del ciclo de vida laboral del personal de salud, coherentes con el modelo de atención y orientados a mejorar la disponibilidad, distribución, retención, motivación y aporte de los equipos de salud.

A partir de la información obtenida, así como de una revisión bibliográfica sobre tendencias y experiencias de gestión de RHS, el Capítulo 4, denominado “Construyendo un Marco Normativo Sobre la Gestión de RHS para APS”, plantea una visión sobre el estado de desarrollo de los sistemas de gestión de RHS en los países andinos y posibles estrategias complementarias, para cada uno de los cinco ámbitos definidos: Gobernanza; Planificación; Formación; Gestión del Empleo; Gestión del Desempeño y Desarrollo Institucional y Organizacional, basado en una concepción de la gestión de RHS como un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora; que se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención; que aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario y que gestiona el desempeño del talento humano de salud logrando su máximo aporte en un entorno laboral seguro, productivo y satisfactorio para todos sus miembros.

Al inicio del capítulo se plantean algunas reflexiones sobre el contexto en que se sitúa el análisis, tales como, las opciones adoptadas por los países en torno a la salud como un derecho ciudadano garantizado, el grado de formalización existente respecto del modelo de atención, la existencia de planes globales de desarrollo de social o sectorial, así como la situación global de los RHS a partir del análisis de algunos indicadores de las Metas Regionales de RHS al 2105 – OPS.

Se identifican algunos elementos distintivos de la gestión de RHS que podrían ser coherentes con un modelo de atención basado en APS y que podrían contribuir, desde el ámbito de los RHS, a su fortalecimiento y consolidación. La propuesta plantea la

necesidad de redefinir la contribución de la gestión de RHS, contrastando la situación existente en sistemas de salud fragmentados, respecto de aquellos organizados en redes integradas. Se señala que, en el primer caso, los procesos de gestión de RHS se focalizan en unidades organizacionales específicas (establecimientos de salud) en forma independiente unas de otras y tienen un alcance singular. En cambio, en el segundo escenario, el foco es sobre una red articulada de instituciones que, para lograr sus objetivos, debe actuar coordinadamente e interactúa principalmente a través de procesos de referencia y contra referencia.

Esta diferencia que puede ser obvia desde un punto de vista del funcionamiento de los Sistemas de Salud, tiene implicancias sobre todas las áreas de gestión y, muy especialmente, sobre la gestión de RHS y cada uno de sus componentes expresados en términos generales en Sistemas, Políticas y Prácticas de Liderazgo y Gestión.

Por último, el capítulo 5 plantea algunas reflexiones finales, así como algunas recomendaciones para avanzar en la consolidación de un sistema de gestión de RHS alineado con el modelo de atención, que contribuya a resolver las necesidades de personal sanitario y, como consecuencia, permita mejorar el rendimiento del sistema de salud en su conjunto.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS: MARCO TEÓRICO Y DISEÑO DE INSTRUMENTOS

Considerando el objetivo de la consultoría y dada la existencia de diversas visiones sobre Gestión de RHS, así como sobre el Modelo de Atención, un primer aspecto abordado fue la definición de un marco teórico útil para precisar el alcance y contenido de ambos conceptos y establecer un punto de partida común para el trabajo con las contrapartes técnicas nacionales, en base a definiciones ampliamente conocidas y validadas previamente.

Posteriormente, el trabajo se orientó al diseño de una metodología para la recolección y sistematización de la información sobre las estrategias de gestión de RHS aplicadas por los países en el marco de la instalación del modelo de salud, siendo el mayor desafío lograr un método (instrumentos y procedimientos) que permitiera analizar, en forma integrada, la gestión de RHS y las características de los Sistemas de Salud basados en APS y organizados en RISS.

2.1. Marco teórico

2.1.1. Concepto y elementos del Modelo de Atención

Para analizar los aspectos constitutivos y características del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, se utilizaron los conceptos planteados por OMS/OPS en su documento "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud" (OPS/OMS) - Washington, D.C. 2007.

Un primer concepto es el referido a Sistema de Salud, entendido como "el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud", identificándose que cumplen tres funciones esenciales: la rectoría; el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Por su parte, se entiende como Sistema de Salud basado en APS "aquel que garantiza la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptados por la población y promueven la equidad; que presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo y que pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción, requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad".⁴

En un plano operativo, una de las principales expresiones del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, son las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), estrategia que contribuye a hacer realidad varios de los elementos más fundamentales de la APS, tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral; integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; la acción intersectorial entre otros⁵.

⁴Definición disponible en el siguiente enlace de la página web de OPS : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3176&Itemid=3536&lang=es

⁵Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de ruta para su Implementación en las Américas

Con independencia de los modelos específicos de organización que tengan los países, se han identificado algunos atributos esenciales de las RISS, organizados en cuatro ámbitos de abordaje: 1. Modelo Asistencial; 2. Gobernanza y Estrategia; 3. Organización y Gestión, ámbito que incluye la disponibilidad de RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; y 4. Asignación e Incentivos.

Finalmente, Modelo Asistencial o de Atención, es una definición de carácter técnico asistencial que establece los principios orientadores del quehacer de los equipos de salud, es “un modo de relación de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como una acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”⁶.

Este modo de hacer salud, pone al centro de las acciones de salud a la persona en su contexto dentro de un determinado territorio. Tanto la estrategia de territorialización, como la existencia de un primer nivel de atención amplio, multidisciplinario y dotado de capacidad resolutive, favorecen la incorporación del enfoque familiar, comunitario e intercultural y, como consecuencia, contribuyen a la mayor pertinencia de las acciones de salud, aumentan la sensación de empoderamiento de la población respecto de su situación de salud y permiten lograr mayores niveles de efectividad y calidad del sistema de salud en su conjunto.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su auto cuidado, gestión y promoción. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar

⁶Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud, familiar y comunitaria. Ministerio de Salud de Chile – Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html

las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos⁷.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en los siguientes:

- Que esté centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.
- Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados.
- Que sea integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos.
- Que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada.
- Que trabaje en red tanto sanitaria como social y que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.
- Que tienda al cuidado ambulatorio.
- Que abra espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.

2.1.2. Concepto y elementos de la gestión de RHS

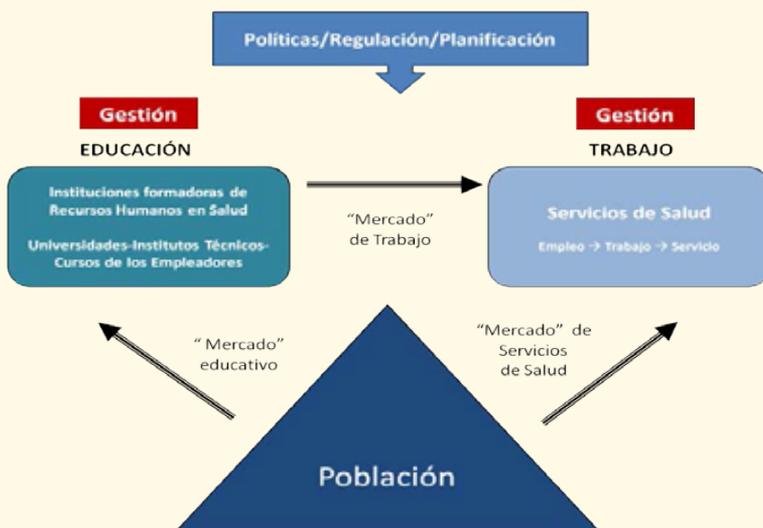
Desde un concepto restrictivo, podría entenderse como gestión de recursos humanos, todas aquellas acciones que, organizada y sistemáticamente, realiza una organización con el propósito de contar con el personal necesario en el momento oportuno, según las necesidades y aspiraciones definidas por la propia organización. A partir de este concepto, es posible entender la gestión de RRHH como la administración, con mayor o menor desarrollo estratégico, de los diferentes subsistemas que involucra el ciclo de vida laboral de los miembros de la institución. Este mismo concepto podría aplicarse a las organizaciones de salud, cuando estas se analizan como entidades independientes unas de otras.

⁷Versión Preliminar del Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar (29 de septiembre de 2013), Vice Ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios – Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Colombia.

Sin embargo, considerando que el objeto de estudio de la consultoría es la gestión de RRHH en los sistemas de salud, es necesario aplicar un concepto amplio que considere, no sólo la gestión de RHS en el ámbito de las instituciones prestadoras en forma independiente, sino también sus interacciones como parte de una red asistencial, además de las funciones que en este ámbito le compete a la autoridad sanitaria nacional y a las entidades de formación, roles que modelan significativamente las opciones estratégicas y operativas que los países adoptan en el ámbito de la gestión de RHS.

Lo anterior se observa gráficamente en el siguiente diagrama del campo de los RHS, espacio en que se producen una serie de interrelaciones prioritariamente en tres ámbitos o mercados⁸: el de la formación de RHS, el del trabajo en salud y el de provisión de servicios de salud. La interacción de estos “mercados” dependerá en gran medida de la capacidad u opciones de regulación que ejerza directamente el estado y/o de aquellas que generen la acción de otros actores o grupos de interés, como por ejemplo los colegios profesionales, gremios u organizaciones ciudadanas.

Diagrama 1
La Gestión de RHS y las interacciones con el mercado de la educación y del trabajo



⁸Planificación estratégica de recursos humanos en salud/Mario Rovere. -Washington, D.C.: OPS, c1993- ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96)

Teniendo en cuenta los elementos señalados, un concepto amplio de gestión de RHS es el que considera que “La gestión de recursos humanos en salud, trasciende el ámbito institucional de los servicios de salud, ya que involucra procesos inherentes al trabajador, a la propia institución y la satisfacción de las necesidades de salud de la población, en el marco de la política de salud y el modo de organización sanitaria vigente, además de la dinámica propia de las instituciones formadoras y la existencia, o no, de políticas y mecanismos de regulación de la educación en salud articuladas. En esa dimensión, el objeto sobre el cual se gestiona, es el trabajo en salud, siendo este un espacio de intervención potente para el logro de resultados sanitarios”⁹.

En base a la definición utilizada por Management Sciences for Health¹⁰, se podría decir que el objetivo de la gestión de recursos humanos es prever las necesidades de recursos humanos, contratar, motivar, desarrollar y conservar a los empleados, con el fin de que la organización, entendida ésta como el sistema de salud en su conjunto, alcance las metas establecidas a través del uso integrado de sistemas, políticas y prácticas.

Definido el concepto y objetivos de la gestión de RHS, es necesario identificar cuáles son las funciones esenciales atribuibles al campo de la gestión de RHS, para lo cual se utilizarán dos esquemas de análisis complementarios. La propuesta de OMS incluida en su “Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos” y la de Capacity Project incluida en su documento “Gestión de recursos humanos en el sector de salud”.

OMS propone efectuar el análisis de la gestión de RHS a partir de la “necesidad de supervisar y evaluar cada una de las etapas del ciclo de vida laboral, la entrada (o reentrada) de las personas en la fuerza laboral, el periodo de sus vidas en el que forman parte de ella, y el momento en el que la abandonan”¹¹.

⁹Marco conceptual sistema de gestión descentralizada de recursos humanos en salud - María Casas Sulca. Marzo, 2009 - Informe producido para revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

¹⁰Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. The eManager Number 1 – 2009. msh.org

¹¹Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos / editado por Mario R. Dal Poz, Neeru Gupta, Estelle Quain y Agnes L.B. Soucat. Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial y Estados Unidos. Agencia para el Desarrollo Internacional. Organización Mundial de la Salud, 2009 – las citas siguientes del Manual se identificarán como Manual OPS de RHS.

Diagrama 2

Dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral



Según el modelo planteado por OMS/OPS, Los componentes, propósitos y desafíos principales de la Gestión de RHS, son los siguientes:

Tabla 1

Componentes de la Gestión de RHS – a partir del Ciclo de Vida Laboral

Fase del Ciclo de Vida	Componentes/Acciones	Propósitos centrales	Desafíos para lograrlo
Entrada	Preparación del personal mediante inversiones estratégicas en formación y prácticas de contratación eficaces y éticas.	Producir y preparar un número suficiente de trabajadores motivados que posean las competencias técnicas adecuadas, y cuya distribución geográfica y sociocultural los haga asequibles, aceptables y disponibles para llegar a los diversos clientes y poblaciones de manera eficiente y equitativa.	Desarrollar procesos de planificación de RHS, además de gestionar y presupuestar activamente todo el proceso de producción de personal sanitario, prestando especial atención a la creación de sólidas instituciones de formación de profesionales sanitarios, o a la articulación y regulación de las existentes, así como a la mejora de los mecanismos de control de calidad para los trabajadores calificados, y el fortalecimiento de las capacidades en materia de contratación laboral.

Etapa laboral	Diseño e implementación de estrategias para mejorar el desempeño del personal sanitario, dirigidas hacia la disponibilidad, la competencia, la idoneidad, la sensibilidad a las necesidades y la productividad de las personas integradas en ese momento en el sector sanitario.	Mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y el desempeño de los trabajadores mediante una mejor gestión de éstos tanto en el sector público como en el privado.	Considera evaluar los RHS en el contexto de la prestación de servicios de salud en una amplia variedad de lugares de trabajo, y en el contexto más general de los mercados de trabajo nacionales
Salida	Gestión de la migración y de la reducción natural de efectivos	Limitar las pérdidas de recursos humanos por salidas o las pérdidas no planificadas o excesivas de personal sanitario que pueden poner en peligro el desempeño de los sistemas de salud y agravar la fragilidad de algunos de ellos.	Se requiere hacer frente a las presiones del mercado que puedan inducir a la migración (interna y externa), mejorar las condiciones del lugar de trabajo a fin de que el sector de la salud se considere una opción profesional favorable, y reducir los riesgos para la salud y la seguridad del personal sanitario.

Tabla de elaboración propia en base al Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud, con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medianos

Señala además OMS, respecto de las políticas y de la gestión, que “el marco se centra en modular el papel desempeñado por los mercados de trabajo y por la intervención estatal en coyunturas decisorias clave en cada etapa”¹². Bajo este esquema las funciones de rectoría y regulación del Campo de los RHS son analizadas dentro de cada una de las etapas del ciclo laboral y no como una función separada de gobernanza del sistema.

Por su parte, Capacity Project propone el siguiente esquema¹³, en que básicamente identifican 5 áreas de trabajo que forman parte del campo de acción de los RRHH y las tareas atribuibles a cada una de ellas, a saber: Capacidad de Gestión de RRHH; Políticas y Prácticas de RRHH; Gestión del Desempeño; Capacitación y Sistemas de Información de RRHH.

Junto con proponer la clasificación funcional anterior, Capacity Project plantea la existencia de características que hacen del sector salud un “cliente atípico” en el

¹²Manual de OPS de RHS – pag. 10.

¹³Capacity Project: Compartiendo conocimientos Marzo de 2006 Gestión de recursos humanos en el sector de salud Ummuro Adano, Management Sciences for Health disponible en: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_2_s.pdf

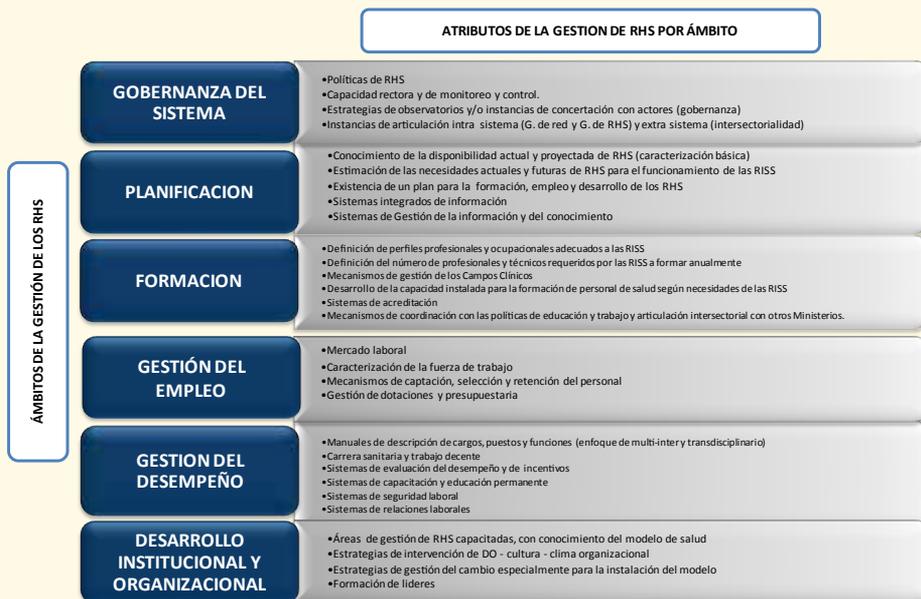
ámbito de la gestión de RRHH, condición que afecta la posibilidad de implementar intervenciones eficaces que generen resultados específicos para el sector. Entre los puntos señalados se cuenta, por ejemplo, el vínculo entre el sector salud y los procesos de regulación y control estatal por el uso de cuantiosos recursos fiscales; la especial composición y naturaleza de los equipos de salud con sus diferentes visiones y status; los niveles de influencia de los colegios profesionales sobre aspectos propios de la gestión de RRHH (requisitos de ingreso o definición del campo de acción profesional por ejemplo); el tipo de relación entre profesionales o, entre estos y los usuarios, generando lealtades por sobre la existente con el sistema de salud propiamente tal. Estas características si no son adecuadamente consideradas y gestionadas, podrían limitar el impacto de las intervenciones de recursos humanos, especialmente en países en que la gestión de RHS no responde a un sistema integrado sino que a uno fragmentado en que cada parte genera sus propias reglas y condiciones.

2.2. Diseño de instrumentos

2.2.1. Identificación de las dimensiones y atributos de la Gestión de RHS

A partir de los esquemas presentados en el marco teórico, se organizaron las tareas y acciones propias de la Gestión de los RHS en seis ámbitos prioritarios: Gobernanza del Sistema de RHS; Planificación de RHS; Formación del RHS; Gestión del empleo en salud; Gestión del desempeño de los equipos de salud y Desarrollo Institucional y Organizacional. Este esquema es una agrupación arbitraria de los roles y funciones del campo de la Gestión de RHS, hecho sólo con propósitos operacionales referidos a los objetivos del estudio en que se destacan por cada ámbito, las funciones y/roles entre las que se posteriormente se priorizaron aquellos que podrían tener mayor relación con la instalación del modelo de atención.

Diagrama 3
Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS



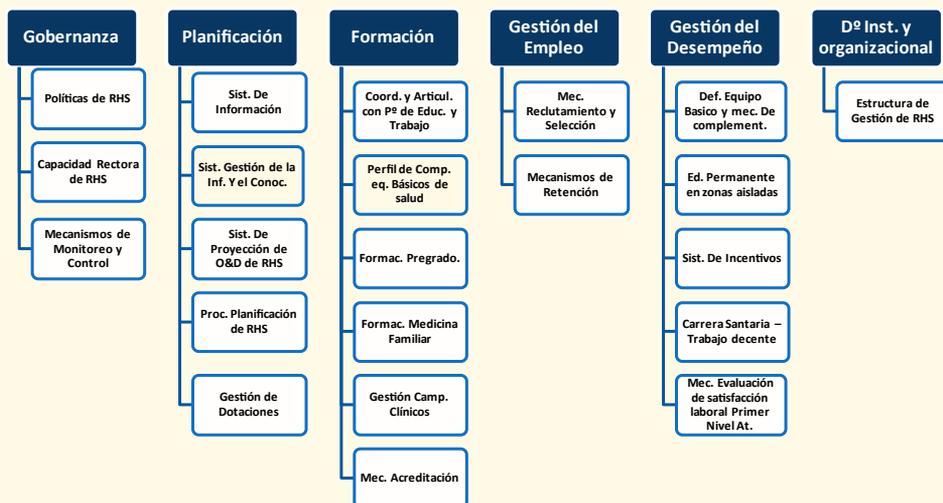
Esquema de elaboración propia en base a los marcos conceptuales

2.2.2. Priorización de los atributos de la Gestión de RHS

Del total de los atributos identificados, se priorizaron 22. La selección se realizó en conjunto con las contrapartes técnicas, considerando la mayor relación que podría existir entre dichos atributos y el nivel de implementación del modelo de atención.

Diagrama 4

Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS Priorizados



Esquema de elaboración propia en base a los marcos teóricos y el trabajo con las contrapartes

2.2.3. Relación entre Gestión de RHS y características y atributos de las RISS

Para cada una de las dimensiones y atributos de la Gestión de RHS priorizadas, se identificó el vínculo existente con las características de las RISS de acuerdo a las características definidas por OPS. Analizar esta relación resulta necesario si se concibe que la gestión de RHS debiera estar alineada con las estrategias de desarrollo de la red asistencial, además de considerar, en los diferentes niveles y componentes del sistema de salud, diferentes roles y responsabilidades, según se trate de:

- Nivel Macro o Sistema Nacional cuyo perfil se orienta hacia la rectoría, planificación estratégica, regulación y control.
- Nivel intermedio o meso orientado a la gestión y/o articulación de las redes de salud que forman el sistema.
- Nivel institucional o micro, referido a la gestión de establecimientos de salud y equipos de trabajo.

Tabla 2

Relación entre los atributos de la GRHS y los ámbitos y atributos de las RISS

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
GOBERNANZA	<p>1. Políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud</p> <p>2. Capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS</p> <p>3. Mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Gobernanza y estrategia (atributos 7 – 8) Sistema de gobernanza único para toda la red; participación social amplia y acción intersectorial</p>
PLANIFICACION	<p>4. Procesos de planificación de RHS institucionalizados, integrados y de alcance nacional que incorpora todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)</p> <p>5. Sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente</p> <p>6. Sistemas de información integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud</p> <p>7. El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo, generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud</p> <p>8. Estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en el nivel primario de salud, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributos 10 – 11 - 12) Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. Sistemas de información integrados.</p>

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
FORMACION	<p>9. Mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial</p> <p>10. Incorporación de las competencias propias del enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad</p> <p>11. Diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria</p> <p>12. Programas institucionalizados para priorizar la formación en medicina familiar</p> <p>13. Mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural</p> <p>14. Disponibilidad de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributos 9 - 11) Acción intersectorial. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red</p>
GESTION DEL EMPLEO	<p>15. Sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS</p> <p>16. Mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso</p>	<p>Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad.</p> <p>Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.</p>

Ámbitos de la Gestión de RHS	Atributos de la gestión de RHS (priorizados para efectos del estudio)	Ámbitos y atributos de las RISS con que se relaciona
GESTION DEL DESEMPEÑO	17. Definición de la composición de los equipos básicos de salud, así como las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad. Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. Asignación e Incentivos (atributo 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.
	18. Estrategias de educación continua con énfasis en APS y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso	
	19. Sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación	
	20. Sistemas de carrera sanitaria o trabajo decente (según corresponda) orientada hacia la APS	
DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	21. Estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red	Modelo Asistencial (todos los atributos) población y territorio, red de establecimientos, primer nivel de atención multidisciplinario, prestación de servicios especializados en los lugares más apropiados, mecanismos de coordinación atención de salud centrada en la familia y comunidad. Organización y Gestión (atributo 11) Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red. Asignación e Incentivos (atributo 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.
	22. Aplicación de instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	

Tabla de elaboración propia en base a los marcos teóricos

2.2.4. Diseño de Instrumentos de Recolección de Información

Se diseñaron 3 instrumentos cuyo objetivo inmediato era obtener información cuali/cuantitativa en la perspectiva de analizar en forma integrada la gestión de RHS y las características del modelo de salud, pero que en el mediano y largo plazo pueden servir como una herramienta de autoevaluación para identificar posibles fortalezas y desafíos de los sistemas de gestión de RHS, contribuyendo a la elaboración de planes

de desarrollo de la gestión de RHS y que, aplicado en diferentes momentos, podría ser útil para analizar los avances obtenidos (Anexo N°2).

Para cada uno de los atributos priorizados se describe una posible fase de instalación o desarrollo con sus respectivas características mínimas, considerando cuatro posibles estados: Poco o Nulo Desarrollo - Desarrollo Intermedio - Desarrollo Avanzado - Desarrollo Consolidado. Lo anterior posibilitará identificar, en base a variables comunes, las áreas de fortaleza y desafíos en la gestión de RHS y, posteriormente, compartir información acerca de las prácticas que han posibilitado un buen nivel de desarrollo, así como también aquellas que no han logrado los resultados esperados, pero cuyo conocimiento permitirá identificar los elementos no favorables para la implementación de los modelos deseados.

Adicionalmente, los instrumentos consideran espacio para describir las principales características de la política, estrategia, proceso o sistema en aplicación que cada país ha implementado por cada atributo de la gestión de RHS. Esta información se tomó como base para la descripción de los marcos conceptuales y/o normativos utilizados por los países y para delinear los modelos de gestión apropiados a la necesidad de instalación del modelo de atención.

3. GESTIÓN DE RHS: PRINCIPALES ESTRATEGIAS DE DESARROLLO. ESCENARIOS NACIONALES

Los resultados de la autoevaluación realizada por cada contraparte nacional, están contenidos en en versión digital adjunta a la presente publicación. La información se entrega considerando una primera parte de caracterización del país denominada “Panorama General”, en que se aporta información sobre elementos del contexto en que se sitúa la gestión de RHS, con énfasis en aspectos sanitarios y sociales. Se apoya en la selección de algunos indicadores económicos, sanitarios y sociales¹⁴. Posteriormente, se hace una descripción general de las principales características del sistema de salud, así como del proceso de instalación del modelo de atención y de los principales desafíos y logros en el ámbito de la gestión de RHS.

¹⁴Esperanza de vida, tasa de mortalidad materna, tasa de pobreza, tasa de indigencia, PIB per cápita, gasto público en salud como % del PIB y el coeficiente de gini sobre inequidad en la distribución del ingreso

En la segunda parte, se entregan los resultados de la autoevaluación por cada componente de la gestión según los ámbitos y atributos contenidos en el diagrama N°4, así como una caracterización de la situación actual que respalda la ubicación del país en el nivel de desarrollo seleccionado. Participaron en esta fase del estudio Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Perú.

4. CONSTRUYENDO UN MARCO NORMATIVO SOBRE LA GESTIÓN DE RHS PARA SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN APS

4.1. Reflexiones generales

El objetivo planteado por este estudio es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. De este objetivo se desprenden dos supuestos centrales. El primero es que los países han optado e instalado o están en proceso de instalación de un modelo de atención organizado según los principios y valores de la APS renovada y, el segundo, que existirían ciertas prácticas de gestión de RHS especialmente diseñadas para el funcionamiento en esta modalidad de organización.

Tal como se planteaba al inicio del estudio, los países andinos han logrado, en distintos niveles, una implementación parcial del modelo de atención basada en APS y, por consiguiente, la gestión de RHS también está, como se verá a lo largo de este capítulo, en una fase de transición desde paradigmas más tradicionales, hacia otros que buscan reflejar y responder de mejor manera a los desafíos de este nuevo esquema de organización de los Sistemas de Salud.

Sin perjuicio de anterior, ante los cambios políticos, sociales y epidemiológicos que enfrentan los países, se ha observado un reposicionamiento de la estrategia de AP como el sistema de organización que permite mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud, frente a una ciudadanía cada vez empoderada y en un contexto de reconocimiento de la salud como un derecho humano.

De acuerdo con la información analizada, una serie de elementos permiten proyectar un escenario favorable para avanzar en la consolidación del modelo de atención y

mejorar la gestión de RHS, adecuándola a sus requerimientos. Entre estos es posible destacar los siguientes:

- Incorporación del enfoque de la salud como un derecho, alcanzado incluso en algunos países como Ecuador y Bolivia, el reconocimiento constitucional. En otros, como Chile, Colombia y Perú, los Estados asumen la responsabilidad de garantizar el acceso a servicios de salud.
- Definición formal del modelo de atención caracterizado por la organización en redes integradas de servicios de salud, basados en los principios y valores de Atención Primaria¹⁵, constituyendo un marco conceptual y práctico, para la definición de políticas y planes sectoriales, especialmente en el área de los RHS.
- Establecimiento de políticas y estrategias para fortalecer la capacidad de rectoría sectorial y de planificación sanitaria. A modo de ejemplo se pueden mencionar, el “Plan Sectorial de Salud: Hacia la Salud Universal” de Bolivia; “El Plan Nacional de Desarrollo” y el “Plan del Buen Vivir”, de Ecuador; “La Estrategia Nacional de Salud” de Chile; los proyectos de ley sobre reforma sectorial en Colombia, denominados “Ley Ordinaria y Ley Estatutaria” y, el “Plan Nacional Concertado de Salud” de Perú.
- Existencia de marcos globales de políticas de RHS¹⁶ que, sin perjuicio de estar más orientadas hacia las instituciones públicas, establecen directrices para el personal de salud en su conjunto (público y privado).
- Implementación de estrategias de ordenamiento de la gestión de RHS, especialmente en el ámbito de la formación, desarrollo de sistemas de gestión y aplicación incipiente de herramientas de planificación de RHS¹⁷ y proyección de oferta y demanda de personal sanitario.

¹⁵Bolivia: Decreto Supremo Nº 29.601, aprueba el Nuevo Modelo de Salud Boliviano-Modelo de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (SAFCI). Colombia: Ley 1438 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Social. Chile: Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Ecuador: Acuerdo Ministerial 725 – 1162 de 2012 que aprueba el Modelo Integral del Sistema Nacional de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural. Perú: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y Comunidad MAIS-BFC (2011).

¹⁶Políticas de RHS disponibles en los siguientes enlaces: Bolivia: http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/BOL_OPS&MSD_PoliticaRHUS_2008.pdf. Chile: http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf Colombia: Política de THS: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/POL%C3%8DTICATHS201204.pdf> Perú: Documento “Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud”, estrategia para el abordaje de los nuevos desafíos del campo de los recursos humanos en salud. Perú - Ministerio de Salud - IDREH - Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos. 1ª edición-2005, Serie de Recursos Humanos en Salud - Nº 2. 68 pp. Ecuador está en proceso de validación de las políticas de RHS.

¹⁷Tanto Chile, Ecuador como Perú están aplicando un conjunto de estándares, normas o procedimientos establecidos para definir las dotaciones de personal sanitario en diferentes puntos de la red asistencial. Este tema se tratará en el punto referido a Sistemas de Planificación.

Teniendo presente los avances registrados y el escenario descrito, los países siguen identificando, con diferentes niveles de complejidad según los desarrollos específicos que han logrado, la presencia de un conjunto de problemas persistentes, que coinciden con los visibilizados a partir de los planteamientos contenidos en el “Llamado a la Acción de Toronto” y, con posterioridad, a la definición de las “Metas Regionales de RHS 2007 - 2015”, ente los que cabe desatacar:

- Brecha cualitativa de RHS, especialmente respecto del conocimiento del modelo de atención y del enfoque de interculturalidad¹⁸, aspecto que se transforma en una barrera de acceso para parte importante de la población originaria de la región andina.
- Insuficiente disponibilidad de personal de enfermería, quienes al igual que los otros integrantes del equipo de salud, evidencian brechas de conocimientos respecto del modelo de atención.
- Distribución inequitativa del RHS, con alta concentración en las zonas urbanas de mayor desarrollo económico, social y cultural, generando problemas críticos de retención en zonas rurales, marginales o aisladas y brechas significativa de RHS en zonas de mayor vulnerabilidad social.
- Escaso desarrollo de sistemas de carrera sanitaria o desconocimiento de las características que estos sistemas debieran tener en un contexto de organización basado en sistemas integrados de servicios de salud.
- Presencia de condiciones laborales inadecuadas (inestabilidad, multiempleo, inseguridad y riesgos laborales), que afectan la calidad de vida laboral y personal de los trabajadores del sector salud.
- Procesos de descentralización implementados sin el debido traspaso de competencias, capacidades y recursos a los niveles locales, generando un debilitamiento de la gestión de RHS e impactando negativamente la capacidad de rectoría del sistema.
- Procesos de formación y esquemas de incentivos que privilegian visiones centradas en aspectos biomédicos, reforzando las opciones de los profesionales hacia especialidades médico/quirúrgicas, por sobre perfiles generalistas y de salud familiar.

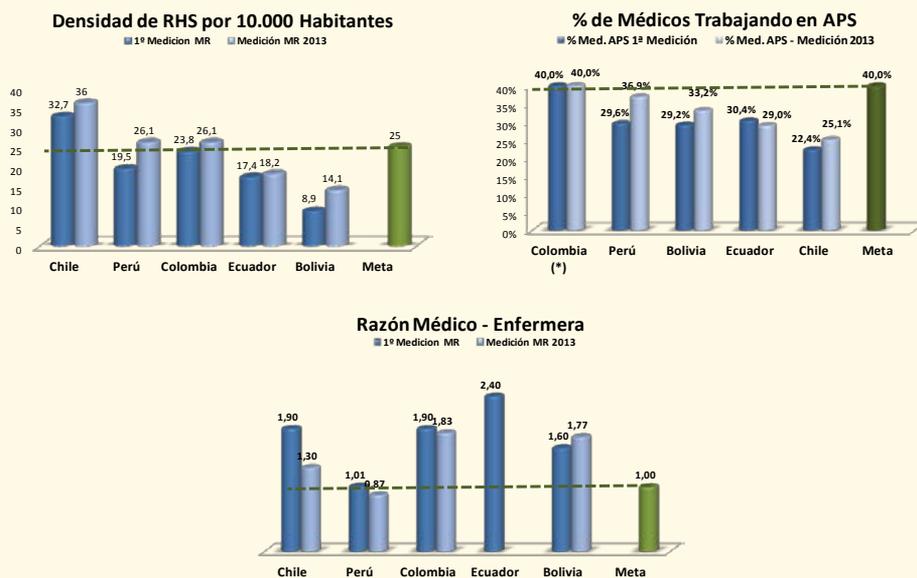
¹⁸Metas 7 de las Metas Regionales de RHS, sobre el desarrollo de competencias en salud pública e interculturalidad señala los siguientes resultados sobre el mínimo de un 70% exigido: (Bolivia 38.8% del 70% - Chile 100% del 70% - Colombia S/D – Ecuador 43% del 70% - Perú 91% del 70%)

Este diagnóstico se refuerza al observar los resultados obtenidos en el marco del proceso de medición de las Metas Regionales de RHS correspondiente a los años 2009 y 2013, los que reflejan una evolución positiva, pero insuficiente para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de la población y las condiciones de funcionamiento del sistema, observándose por ejemplo que:

- Respecto de la meta sobre densidad mínima de RHS por población (25 profesionales nucleares¹⁹ *10.000 habitantes), Perú y Colombia lograron superar levemente el mínimo. En tanto, Ecuador y Bolivia registran aún escasez crítica de personal de salud. Por su parte, Chile se encuentra en una situación más favorable respecto de este indicador, persistiendo los problemas de concentración en zonas urbanas y grandes ciudades, así como entre los sectores público y privado, que genera importantes problemas de acceso equitativo a la atención de salud.
- El mismo efecto se observa respecto de la proporción de médicos trabajando en APS. Si bien el indicador registra una mejoría, ninguno de los cinco países ha alcanzado la meta mínima (40% del total de médicos se desempeña en AP), siendo Perú el país que presenta un mayor avance dentro del período observado, resultado que podría atribuirse a la estrategia de fortalecimiento de la medicina familiar (aumento de cupos para la formación y aumento de los centros de atención acreditados para impartir la especialidad).
- Respecto de la proporción entre médicos y enfermeros (1/1), sólo Perú ha logrado alcanzar dicho estándar mínimo, en tanto los otros países están más cerca de una proporción de 2 médicos por enfermero.

¹⁹Profesionales Nucleares de la salud: Médicos – Enfermeros - Obstetrices

Gráfico 1
Sobre Densidad y Composición del RHS
Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS



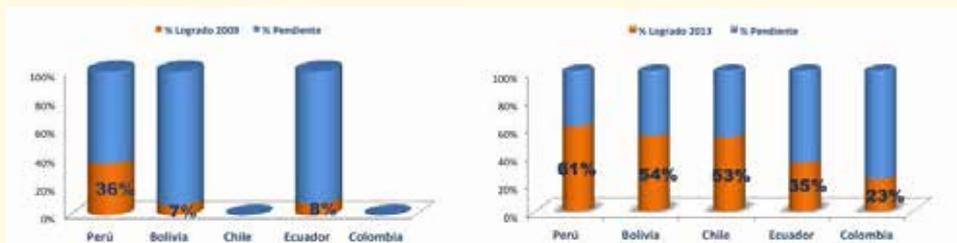
Fuente: Informe sobre Metas Regionales de Salud-OPS Disponible en: <http://dev.observatoriorh.org/index.php?q=node/464>

(*) La situación de Colombia el gráfico de % de médicos en APS es sólo una estimación dado que el país no tenía a la fecha de la medición desarrollado el sistema de salud basado en APS.

En el caso de indicadores relacionados con la calidad y competencias del RHS, como el referido a conseguir que un 80% de las escuelas de salud orienten su currículo hacia APS, se registra una mejoría respecto de 2009, sin embargo, todos los países están aún lejos de alcanzar la meta planteada, cuyo logro es clave en la perspectiva de contar con una masa crítica de profesionales competentes para actuar como agentes de cambio y transformación del modelo de atención.

Gráfico 2

80% de Escuelas de la Salud han reorientado su formación hacia la APS
Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS



Fuente: Informe sobre Metas Regionales de Salud-OPS Disponible en: <http://dev.observatoriorh.org/index.php?q=node/464> Colombia y Chile no informaron esta meta durante la 1ª medición La información de Perú considera sólo dos universidades

Este resultado, sumado a la evaluación cualitativa, abren un espacio de reflexión en torno a la efectividad de las políticas y estrategias de desarrollo de los RHS actualmente utilizadas, las que a la luz de esta primera aproximación, podrían requerir de un fuerte impulso innovador, motivando la búsqueda de otros paradigmas menos explorados que contribuyan a mejorar el aporte del área al logro de los objetivos sanitarios y, especialmente, a la satisfacción de las necesidades de salud de la población beneficiaria.

Un aporte en la línea planteada, es identificar, en coherencia con los objetivos del estudio y a partir de la información entregada por cada país, qué modelos y estrategias de gestión de RHS se están aplicando actualmente en la subregión y los efectos que éstas han tenido sobre la disminución de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

4.2. Sistemas de gestión de RHS de los países andinos: tendencias actuales y estrategias complementarias

A continuación se analizará, en base a la información aportada por cada país y contenida en el capítulo referido a escenarios nacionales, las principales tendencias observadas, así como las posibles estrategias que podrían complementar los modelos utilizados actualmente, en cada uno de los cinco ámbitos definidos.

Este análisis se construye sobre la base a una concepción de la gestión de RHS como un sistema integrado que, dotado de recursos adecuados, es capaz de ejercer gobernanza

y rectoría en torno a una visión clara y cohesionadora; que se organiza en coherencia con las necesidades del modelo de atención; que aplica sistemas de planificación para anticiparse y resolver las necesidades de personal sanitario y que gestiona el desempeño del talento humano de salud logrando su máximo aporte en un entorno laboral seguro, productivo y satisfactorio para todos sus miembros.

4.2.1. Gobernanza

Existen diferentes definiciones sobre el término gobernanza, sin embargo, en su mayoría se constata la presencia de algunos elementos comunes:

- Existencia de diversidad de actores, con intereses, experiencias y realidades propias.
- Espacios sociales en que estos actores se encuentran e interactúan.
- Interés compartido en torno a temas específicos, con existencia de objetivos y visiones particulares.
- Capacidad de influencia mutua entre los actores.
- Voluntad para llegar a acuerdos o, en algunos casos, ejercicio de poder hegemónico de unos actores sobre otros.

De acuerdo a la definición aportada por Bazzani²⁰, se entiende que la gobernanza está referida a “Los procesos de acción colectiva que organizan la interacción entre los actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (formales e informales), con las cuales una sociedad determina sus conductas, toma y ejecuta sus decisiones”. Otra visión de gobernanza es la sistémica, que puede ser entendida de acuerdo con la definición de Cunill²¹, como “el alineamiento e integración en torno a una visión común de los diversos actores gubernamentales, cualesquiera sea su adscripción, actuando así como un sistema para la efectiva protección de un derecho instituido”.

De acuerdo con lo señalado, en un contexto de alta complejidad, como es el caso de los sistemas de salud, marcados por la existencia de múltiples actores con diferentes roles, intereses y cuotas de poder formal o informal, se requiere desplegar importantes capacidades de gobernanza, que permitan alinear y cohesionar a dichos actores en torno a visiones comunes y objetivos compartidos, evitando tensionar

²⁰Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en Sistemas de Salud – Roberto Bazzani – Revista de salud Pública, Volumen 12 sup (1): 1-7, 2010. International Development Research Centre (IDRC).

²¹Políticas Públicas con enfoque de derechos: gobernanza y accountability en los procesos de reforma – Nuria Cunill Grau.

innecesariamente el sistema y poner en riesgo el cumplimiento de los propósitos planteados.

Un ejemplo clásico de lo anterior, está dado por la diversidad de enfoques con que diferentes actores del sector, pretenden orientar la formación del personal de sanitario. Universidades, Gobierno (Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y Hacienda), Alumnos, Colegios Profesionales y Comunidad, entre otros, cada uno con intereses particulares y, en muchos casos, divergentes, ejercen las cuotas de poder e influencia que poseen, para mantener el statu quo o impulsar procesos de transformación como los requeridos en el contexto de instalación del modelo de atención.

Sin perjuicio de lo anterior, dado que los actores gubernamentales están dotados de la legitimidad propia de los procesos democráticos que los sustentan y están investidos de capacidad normativa, reguladora y fiscalizadora, tienen un mayor nivel de responsabilidad al momento de impulsar determinadas políticas públicas orientadas al logro de un bien superior, siendo necesario en ese ejercicio de poder, cuidar la armonía del sistema evitando problemas de gobernabilidad.

Para analizar el estado de desarrollo de los procesos de gobernanza de RHS y conocer el grado de "alineación e integración" de los actores en torno a visiones comunes en este ámbito, se evaluó la presencia de los siguientes atributos:

- Existencia de Políticas de RHS plenamente institucionalizadas, diseñadas con visión de red integrada de servicios de salud y comprensivas de los procesos globales del ciclo de vida laboral del personal de salud.
- Ejercicio de Capacidad de Rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, sobre los procesos de gestión de RHS y sobre las opciones de las Instituciones de Formación.
- Utilización de Mecanismos de Monitoreo y Control, que permitan asegurar la aplicación de las políticas y normas que regulan el campo de los RHS, además de reorientarlas en una lógica de mejoramiento continuo.

Tal como se puede observar en la tabla 3, los resultados obtenidos en este ámbito muestran un nivel de desarrollo entre intermedio y avanzado, lo que refleja que todos los países tienen algún desarrollo de estos atributos, sin haber alcanzado su plena institucionalización, efectividad o integración a nivel de la red asistencial en su conjunto:

Tabla 3
Evaluación del Ámbito de Gobernanza de RHS

I. GOBERNANZA	1. Políticas de RHS	2. Capacidad de Rectora de RHS	3. Mecanismos de Monitoreo y Control
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, los procesos de gestión de RHS y las instituciones de formación de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS
		Ecuador	
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con políticas de RHS que, teniendo visión de red integrada, no han logrado su plena institucionalización	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, evidenciando limitada capacidad rectora sobre instituciones formadoras	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS
	Chile – Ecuador - Perú	Chile	
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con políticas de RHS fragmentadas que carecen de visión de red	El nivel de gobernanza posee capacidad parcial de rectoría abarcando ámbitos específicos de los RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos parciales de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS
	Colombia	Bolivia - Colombia - Perú	Colombia - Chile - Ecuador - Perú
Poco o nulo desarrollo	El país no cuenta con políticas de RHS o cuenta con definiciones limitadas	El nivel de gobernanza no posee capacidad de rectoría o posee una capacidad de rectoría limitada	El nivel de gobernanza no cuenta con mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS o los aplica débilmente
	Bolivia		Bolivia

Respecto del primer atributo referido a contar con Políticas de RHS institucionalizadas y con visión de red integrada, todos los países, excepto Colombia y Ecuador que están en proceso de validación de las propias, disponen de políticas explícitas de desarrollo de RHS formuladas en base a una caracterización de la situación nacional de RHS y a una visión que reconoce en el modelo de atención basado en APS y en los objetivos sanitarios establecidos en los diferentes planes de desarrollo nacional y/o sectorial, el contexto prioritario en que se inscriben.

Un elemento distintivo, respecto de esfuerzos previos en este ámbito, es que los contenidos de las políticas han evolucionado hacia planteamientos más estratégicos de desarrollo y a la búsqueda del fortalecimiento de la rectoría de los RHS, por sobre aspectos puramente operativos. Especial mención merece el caso boliviano que a pesar de no haber logrado su plena institucionalización, cuenta con una propuesta en que destaca la clara identidad en torno a los conceptos del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), planteando, incluso, estrategias específicas para el desarrollo de una fuerza laboral pertinente a las necesidades de salud de la población.

Tabla 4
Políticas de RHS de Bolivia

Bolivia: Claro Énfasis de Interculturalidad
<p>Tiene un claro énfasis hacia el desarrollo de la interculturalidad, planteándose como un propósito de la política, contribuir a “generar cambios en el saber, el sentir y en el quehacer salud”. Partiendo del reconocimiento de los problemas de exclusión y pobreza que afectan a la población boliviana, reconoce la necesidad de impulsar intervenciones integrales e intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud (DSS). En este sentido, el contexto en que se sitúa esta política es el “Plan Nacional de Desarrollo para Vivir Bien”, y la política de desarrollo sectorial que pretende “Eliminar la exclusión social, a través, de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, que asume la medicina tradicional, cuyas características son: ser inclusivo, equitativo, solidario, recíproco, de complementariedad, con una profunda mirada de interculturalidad”. Se reconoce que cumplir este objetivo es posible sólo con un empoderamiento ciudadano, desestructurando esquemas mentales e instaurando una cultura de trabajo intersectorial y participación social. Se considera salud y vida como derechos humanos esenciales.</p>
<p>En el ámbito específico de la gestión de RHS, plantea dos estrategias claramente relacionadas con la instalación del modelo de atención, a partir de la generación de una “masa crítica laboral comprometida con los cambios, capaces de constituir equipos de salud con perspectiva integral/holística, basados en los principios de solidaridad, equidad, complementariedad y reciprocidad en todos los niveles de complejidad, articulados en redes inter e intersectorial, que promuevan el efectivo ejercicio del derecho a la salud, brindando servicios de salud en una relación horizontal y simétrica a las diversas cultural y cosmovisiones, articulando y complementando conocimiento, sentires y prácticas dirigidas a que Vivan Bien las familias y comunidades.</p>

Las principales estrategias para lograr los objetivos señalados son:

1. Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos, cuya característica esencial es que "la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad". Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes. Esta estrategia no sólo es una expresión práctica y concreta de los postulados del Modelo de Atención de Salud Comunitaria, sino que además ha profundizado los conocimientos sobre determinadas categorías por una parte y por otra ha ido rescatando a través de los procesos de complementariedad y reciprocidad, los conocimientos y saberes de las culturas ancestrales.
2. Equipos Móviles SAFCI, constituidos por un médico, una enfermera, un odontólogo, un profesional de área social y un conductor. Equipos que se desplazan también a comunidades, con el objetivo de posesionar el Modelo de Salud Familiar, Comunitario Intercultural.

Los procesos que están a la base de estos postulados y estrategias son:

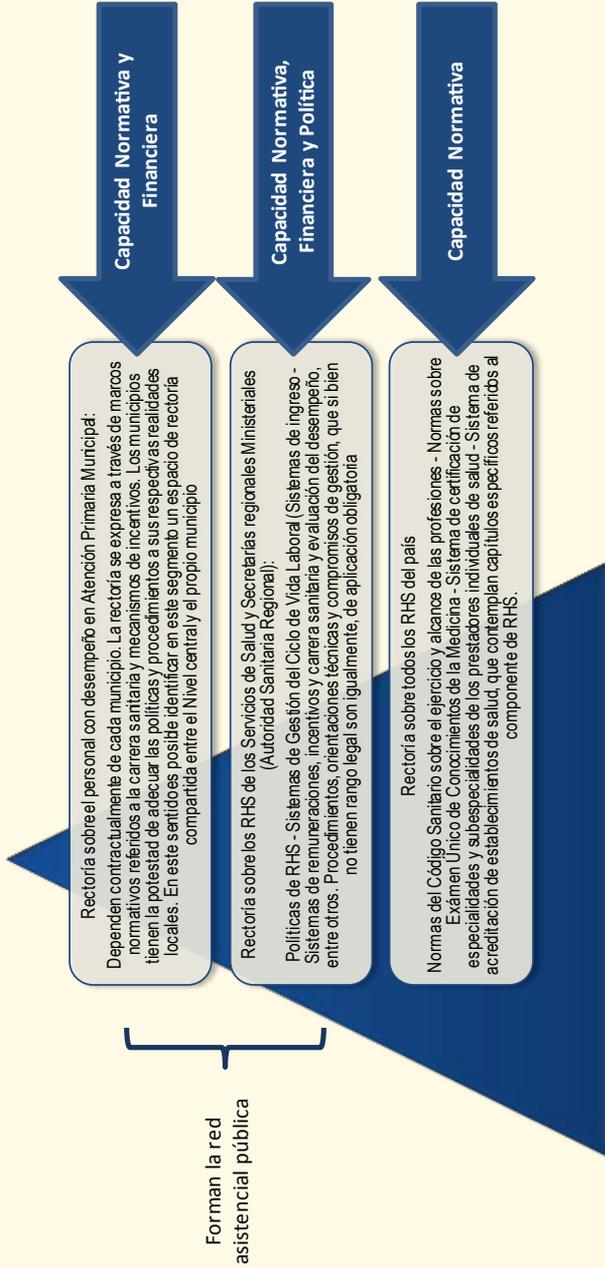
1. Educación con y en la comunidad y en servicio, alcanzando a todos los trabajadores y equipo de salud articulado con los procesos de formación.
2. Modelo de Gestión de RHS compartida y participativa que garantiza la distribución equitativa de RH y promueve una fuerza laboral motivada y éticamente comprometida con las necesidades sociales, desarrollando acciones en ambientes saludables.
3. Una función de rectoría fortalecida del Ministerio de Salud y Deporte en la construcción e implementación de una política de salud trabajada articuladamente con el Ministerio de Educación, la Universidad Bolivariana y otras entidades estatales.

Respecto del atributo “Capacidad de Rectoría”, en general los países reconocen la existencia de una capacidad limitada, cuyo origen estaría vinculado, entre otros fenómenos, a los procesos de fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, así como al desarrollo insuficientemente regulado y/o fiscalizado del sector privado en el ámbito de la provisión de servicios de salud, el aseguramiento y la educación. De acuerdo con lo anterior, se reconoce un nivel parcial de rectoría sobre los actores del sistema, siendo esta más efectiva, aunque tampoco plena, respecto de las instituciones públicas de salud y, especialmente, respecto de las que dependen directamente de los Ministerios del ramo.

Un caso que destaca en este ámbito, especialmente respecto del sector público de salud, es el chileno, país que a pesar de reconocer limitaciones en el ejercicio de la rectoría, identifica diferentes medios, estrategias y alcances, en un contexto de un sistema mixto, con fuerte predominio público y descentralizado ²².

²²Cerca del 80% de la población corresponde a beneficiarios del Sistema Público de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Diagrama 5
Esquema del Sistema de Rectoría de RHS de Chile



Estructura del Sector Salud Chileno

- La experiencia chilena tiene una fuerte base histórica vinculada con el predominio de una visión que privilegió la integración bajo una única conducción, de todas las instancias de provisión de servicios sanitarios, llegando a su máxima expresión con la creación del Sistema Nacional de Salud en 1952. Esta situación vive un fuerte cambio durante la década de los ochenta bajo el gobierno militar que, entre otras medidas, municipalizó el primer de atención traspasando su administración al nivel local. Posteriormente y luego de la reforma de salud (2005), el sector salud quedó integrado por:
- Una red de establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad que dependen de Servicios de Salud descentralizados administrativa y territorialmente.
- Un primer nivel de atención (que actúa en red con los establecimientos hospitalarios, bajo la articulación del Director de Servicio de la respectiva jurisdicción), que constituye la puerta de entrada al sistema público de salud y que depende administrativamente de los Municipios y técnicamente del Ministerio de Salud.
- Un seguro público de salud – FONASA - que actúa entregando cobertura financiera de las prestaciones de salud, además de cumplir rol presupuestario y financiero.
- Una Superintendencia de Salud que ejerce funciones reguladoras y fiscalizadoras de seguros y prestadores de salud público y privado.
- Un conjunto de otras instituciones de provisión de servicios de salud, de origen público (Universidades, FFAA) y privadas de diversa complejidad, algunas de las cuales se integran a la red asistencial pública a través de convenios o participan de la provisión de servicios a beneficiarios del seguro público, a través de mecanismos específicos de compra servicios.
- Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) o seguros privados que agrupan a menos del 20% de la población.
- Por otra parte, aunque no como parte integrante del sector, es necesario mencionar por su impacto en la disponibilidad y calidad de los RHS un conjunto de universidades e instituciones de educación superior, públicas y privadas que imparten carreras de la salud.

Respecto de los Mecanismos de Monitoreo y Control, todos los países señalan contar con mecanismos de monitoreo y control, pero se identifican limitaciones respecto de su aplicación, posiblemente atribuibles al número y complejidad de los efectores de salud. A modo de ejemplo se pueden mencionar los siguientes mecanismos:

- Bolivia identifica como mecanismos de monitoreo y control la existencia de un Registro Nacional de Profesionales y el Registro de RHS del subsector público.
- En el caso colombiano el país está en un proceso de sistematización de los instrumentos de monitoreo y control utilizados actualmente (instrucciones de inspección, vigilancia y control). Los planes operativos también incorporan indicadores de cumplimiento.

- En el caso chileno más allá de las funciones atribuibles a la Superintendencia de Salud, se utilizan instrumentos tales como: Compromisos de Gestión y Metas Sanitarias, vinculadas con la aplicación de incentivos económicos (institucionales, por equipos de trabajo y/o individuales), cuya aplicación requiere de un sistema de información eficiente y confiable. Estos mecanismos son utilizados preferentemente con el propósito de orientar la actividad asistencial hacia el logro de objetivos sanitarios y metas de cobertura y calidad de servicios.
- Ecuador cuenta con algunos mecanismos de evaluación de los convenios docentes.
- En Perú no existe mayor desarrollo de Mecanismo de Monitoreo y Control en el ámbito de los RHS, excepto en el caso del SERUMS, acotado al control de plazas ofrecidas, asignadas y renunciadas (SERUMS – Perú).

Analizados los tres atributos priorizados: Políticas, Capacidad de Rectoría y Mecanismos de Monitoreo y Control, es posible señalar que los mecanismos o medios de gobernanza más comúnmente utilizados, son aquellos con base normativa propios del ejercicio de la autoridad pública. Incluso en casos de definiciones que se han sustentado en importantes procesos de participación, como es el caso de la formulación de políticas de RHS, han sido una vez validadas ratificadas mediante algún instrumento normativo, mostrando una cultura altamente centrada en lo normativo.

Sin embargo, se conoce que la efectividad de las políticas públicas requiere de la aplicación de otros mecanismos de gobernanza que garanticen la cohesión, valoración, compromiso y apoyo de los actores involucrados, especialmente en ambientes altamente complejos como es el caso de los sistemas de salud, siendo necesario mantener espacios permanente de diálogo, incluso una vez alcanzados ciertos propósitos específicos como el contar con un marco global de políticas de RHS.

En este contexto, resulta interesante extraer algunas consideraciones que al respecto hace Ernesto Báscolo, en su ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de Salud basadas en APS”²³ las que pueden ser útiles para explicar, desde el punto de vista de la gobernanza, algunas de las dificultades que se deben enfrentar ante el desafío de avanzar en la transformación del sistema de salud. Junto con lo anterior, este análisis muestra la necesidad de ampliar la gama de estrategias utilizadas desde el campo de los RHS para contribuir a la instalación del modelo, llamando a efectuar intervenciones de desarrollo organizacional, especialmente aquellas referidas a gestión del cambio, liderazgo y negociación.

²³Ernesto Báscolo, Ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS” – Revista de salud Pública 12 sup (1): 8-27, 2010.

Tabla 5

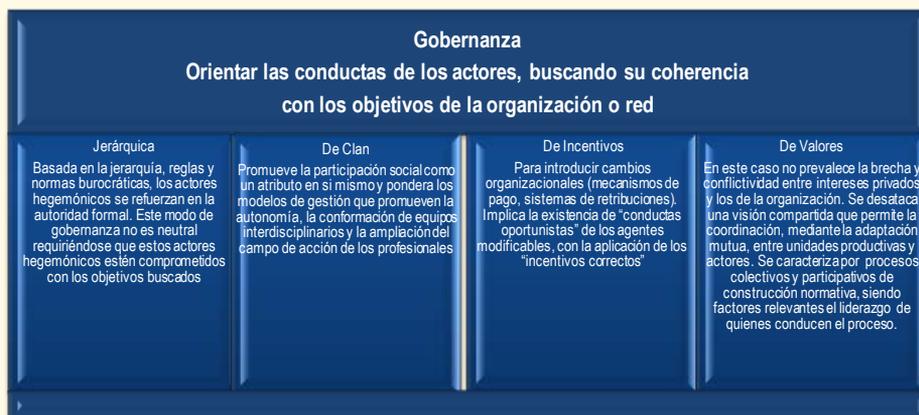
Consideraciones sobre la Gobernanza

Ernesto Báscolo - Ensayo "Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS"

- Existen diferentes tipos de gobernanza dirigidas a resolver, en base a mecanismos diferenciados, las brechas de objetivos entre organizaciones y actores individuales. Estos mecanismos son arreglos institucionales distintivos o modos de gobernanza. Diferentes actores que interactúan en este escenario de "negociación" utilizarán su capacidad de poder para ejercer su influencia en función de sus propios intereses y valores".
- El desarrollo de Sistemas de Salud basados en APS, contiene una variada gama de puestas en juego, expresadas en disputa por recursos económicos y reputación, los valores sociales en disputa y la tensión entre regulación y autonomía profesional. Señala que por esta razón "los arreglos institucionales", no deben ser reconocidos como modelos ideales y racionales, sino como resultado del proceso social y político que responde a las principales reglas en juego.
- Los procesos de cambio que operan en las políticas de salud que promueven servicios de salud integrados y basados en APS, responden a una situación previa, caracterizada en términos de fragmentación de la provisión de servicios y debilidad en la regulación de los servicios para garantizar su efectividad. Robinson, reconoce esta situación en términos de "taller del doctor", caracterizado como un modo tradicional de gobernanza en los servicios de salud, asociado con una fuerte autonomía profesional en la provisión directa de salud y con débiles mecanismos de regulación basados simplemente, en mecanismos simbólicos y esporádicos. En este modelo la ética, el prestigio y reputación son normas sociales casi excluyentes como mecanismos con capacidad para orientar las conductas profesionales.
- Las normas sociales que están presentes en este modo de gobernanza se producen y reproducen en espacios de formación profesional, instituciones corporativas de profesionales y lugares de intercambio formal o informal entre los mismos profesionales.
- Un aspecto distintivo de este modo es la participación excluyente de profesionales médicos y en especial aquellos con mayor reputación o prestigio profesional en la producción de tales normas.
- Es modelo ha sido prevalente durante la primera mitad del siglo XX, pero la complejidad contemporánea ha puesto en evidencia sus limitaciones para garantizar calidad, eficiencia y efectividad.
- La fragmentación del modelo de atención y la ausencia de mecanismos de articulación entre servicios y organizaciones sanitarias es uno de los rasgos sobresalientes de este modo de gobernanza.

En este mismo contexto y sobre la base de los planteamientos hechos por el citado autor, es posible identificar, entre otros modos, las siguientes formas de gobernanza. Su despliegue puede ser útil dependiendo de la naturaleza del problema de gestión de RHS que se desee enfrentar, siendo posible hacer, en este sentido, un símil entre la naturaleza situacional y transformacional de la gobernanza y el ejercicio del liderazgo.

Diagrama 6
Tipos de Gobernanza



De acuerdo con lo observado, es posible señalar que los países están en una búsqueda concreta por ampliar su capacidad de gobernanza, aspecto que se verifica, siguiendo el modelo planteado por Báscolo, en lo siguiente:

- Ejercen gobernanza jerárquica, a través de la aprobación de normas y utilizando su autoridad formal.
- Ejercen gobernanza de clan, al generar importantes instancias de participación social y empoderamiento ciudadano, utilizadas en la definición de políticas y planes de desarrollo sectorial.
- Utilizan la gobernanza basada en incentivos, a través de la aplicación de sistemas de retribuciones y mecanismos de compra.
- Aplican la gobernanza basada en valores, que se puede observar con mayor facilidad en los niveles de micro gestión de RHS, tales como los centros de salud en que es frecuente que los equipos compartan más entusiasta y decididamente los valores institucionales definidos.

No obstante este mayor despliegue, se sigue observando un predominio de la gobernanza de tipo normativo, sin embargo, estos instrumentos no son suficientes para generar los cambios deseados y, una vez incorporados, darles sustentabilidad en el mediano/largo plazo, siendo cada vez más necesario fortalecer las instancias de concertación con diferentes actores del campo para establecer alianzas en torno a propósitos comunes.

Aunque en un contexto de financiamiento y regulación estatal diferente, un ejemplo concreto de ejercicio de gobernanza en el ámbito de la gestión sanitaria y, en particular en RHS que merece ser revisado, es el "Comité Asesor Federal/Provincial/Territorial de Salud y Distribución de Recursos Humanos" de Canadá, que tiene carácter permanente y que asesora a los viceministros de salud de los estados, proponiendo políticas y estrategias que, una vez aprobadas por el comité de viceministros, son aplicadas a escala nacional manteniendo la unidad de propósitos para el desarrollo del sistema de salud, aún en un país federal.

Este Comité está integrado por representantes de alto nivel de cada provincia/territorio y del Ministerio de Salud de Canadá, quienes están facultados para invitar a expertos externos relacionados con el mandato de los temas a tratar y constituir grupos de trabajo para estudiar problemas específicos.

El rol de este comité es:

- Identificar problemas emergentes.
- Elaborar recomendaciones para la aprobación de los Viceministros.
- Desarrollar un foro nacional para la discusión y el intercambio de información de problemas nacionales, federales y provinciales.
- Supervisar y dirigir la labor de los grupos de trabajo y de los subcomités.
- Informar anualmente los logros obtenidos.

Algunos productos alcanzados por este comité:

- Rediseño del proceso de evaluación de los médicos y profesionales de la salud para obtener las credenciales que los habilita a la práctica en el sistema de salud.
- Definición de un marco de Colaboración para la Planificación de Recursos Humanos de la Salud.
- Acuerdo respecto de la evaluación nacional para los médicos graduados en el extranjero.
- Elaboración del informe acerca de la autosuficiencia de RHS.

4.2.2. Planificación

El ámbito referido a los procesos o sistemas de planificación de los RHS, se analizó en base a 5 atributos:

- La disponibilidad de sistemas de información operativos e integrados que consideren todos los niveles de atención y tipo de personal existente con a lo menos, un conjunto básico de datos de RHS y, en el caso del mayor nivel de avance un registro nacional de profesionales en funcionamiento.
- Funcionamiento de un sistema de gestión del conocimiento, orientado a la generación de redes colaborativas que comparten tendencias e información que permite producir y diseminar evidencia que permite mejorar los procesos de planificación.
- Existencia de sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS, que permitan tener una mirada sobre las necesidades de la red asistencial, considerando criterios locales que favorezcan la gestión descentralizada y sea coherente con las definiciones de población y territorios hechos en el marco de la organización de la RISS.
- Procesos de planificación de RHS instalados y de alcance nacional, integrales en términos de que incorporan a todos los profesionales de la salud y que incorporan criterios de adecuación local (territorial y cultural).
- Finalmente, considerando los insumos anteriores, se analizó si el país dispone de sistemas de gestión de la dotación con orientación hacia la APS, a través de criterios que privilegien la dotación del primer nivel de atención y garanticen el presupuesto y los cargos requeridos.

Se obtuvieron los siguientes resultados, en base a la autoevaluación de cada país:

Tabla 6
Evaluación del Ámbito de Planificación de RHS

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con sistemas de información operativos e integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran criterios y variables definidas localmente y se establece en base a las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente	El país cuenta con procesos institucionalizados de planificación de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión
	Perú	Chile – Ecuador - Perú	Ecuador	Ecuador	Bolivia – Chile - Ecuador

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con sistemas de información operativos, integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y un conjunto de datos básicos de RHS disponibles	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial, según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existent	El país cuenta con procesos institucionalizados de planificación de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos
	Perú	Chile – Ecuador - Perú	Ecuador	Ecuador	Bolivia – Chile - Ecuador

II. PLANIFICACIÓN	Sistemas de Información	Gestión de la Información y el Conocimiento	Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS	Procesos de Planificación de RHS	Gestión de Dotaciones
Desarrollo Intermedio	El país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre s	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS, dispone y mantiene un conjunto de indicadores de RHS y sus respectivas series históricas, sin haber logrado un nivel de desarrollo que permita compartirlo con otros actores del campo	El país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada	El país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones)	El país cuenta con sistemas aislados de gestión de dotaciones sin un claro enfoque de fortalecimiento de APS.
Poco o nulo desarrollo	Bolivia – Chile - Ecuador El país no cuenta con sistemas de información o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de información	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS, no dispone o dispone de un conjunto limitado de indicadores de RHS, a partir de las que establecerá líneas base para construir series históricas	Chile - Perú El país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección	Bolivia - Colombia - Chile – Perú El país no desarrolla procesos de planificación de RHS o desarrolla iniciativas incipientes de planificación	Perú El país no cuenta con estrategias de gestión de dotaciones o aplica mecanismos básicos de administración de cargos
	Colombia	Bolivia - Colombia		Colombia	Colombia

Nota: Bolivia sin Información en el atributo de sistema de proyección de oferta y demanda.

Más allá de los resultados obtenidos, analizadas las políticas de cada país, destaca la importancia que se le asigna a los procesos y sistemas de planificación, como una herramienta central de la gestión de los RHS. Se avanza en definir, por ejemplo, el propósito concebido para dicho sistema, su orientación y las modalidades de planificación que se utilizarán.

El caso colombiano es una excepción en este sentido, cuya política destaca las limitaciones estructurales que existen en la perspectiva de impulsar un proceso de planificación global de RHS. Señala “El reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, donde no es factible establecer un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos”. De todos modos, identifican métodos alternativos que usarán como mecanismo para modelar la oferta de personal de salud, entre éstos, incentivos a la oferta y demanda de RHS.

En la siguiente tabla se muestran las visiones que los países han estampado en sus políticas de RHS al respecto.

Tabla 7
Visiones de los Sistemas de Planificación contenidas en las
Políticas de RHS de los Países Andinos

Bolivia plantea en el contexto de la responsabilidad atribuible a los gestores de RHS, cuales son los pasos que debe considerar la planificación de los RHS: “Los Gestores de los Recursos Humanos en Salud, tienen la responsabilidad de plantearse un sistema de reclutamiento y selección, que permita escoger a las personas más idóneas para ocupar determinados puestos o ejercer una determinada función con miras a profundizar los cambios; reclutamiento y selección que tiene que enmarcarse a los pasos que establece una planificación: Determinación de necesidades de personal; solicitud de personal, análisis del mercado de trabajo, selección de las técnicas de reclutamiento, elección del contenido de reclutamiento, la ejecución y por último la evaluación del desempeño del personal”.

Adicionalmente, en la línea de proyectos que contiene la política, plantea la necesidad de diseñar modelos de determinación de necesidades y distribución de RHS: “Proyecto: Diseño normativo estandarizado para el cálculo de requerimientos y distribución equitativa de R.H.U.S.”

Un aspecto importante además es que Bolivia ha definido expresamente el tipo de RHS que requiere para el funcionamiento del SUS, antecedente que permite focalizar de mejor manera los esfuerzos de planificación de RHS.

Colombia (en su documento preliminar de política de RHS), plantea el “reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes, es fundamental para trazar las líneas de política y estrategias de talento humano, en un sistema de salud segmentado y descentralizado como el colombiano, donde participan instituciones que gozan de amplia autonomía y confluyen elementos normativos y de mercado, donde no es factible establecer un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos” En este contexto de conformación del mercado la salud, se aplicarán mecanismos de incentivos con la finalidad de lograr adecuación de la fuerza laboral, señala: “Se busca que la regulación y los incentivos se orienten en torno a los objetivos del sistema de salud, buscando armonizar el logro de las metas en salud, con el mejoramiento de las condiciones laborales y de desarrollo personal y profesional del Talento Humano”.

Plantea que el esfuerzo del sistema de gestión de RHS debe focalizarse en “identificar aquellos aspectos en los cuales los incentivos no han generado dinámicas y respuestas esperadas o adecuadas a los requerimientos de la población y el sistema de salud; los vacíos o necesidades de regulación; los aspectos donde se requiere generar o fortalecer incentivos; entre otros”.

Finalmente, describe cuáles son los aspectos que desea modelar con el uso de los incentivos, “Los incentivos deben considerar el desarrollo profesional, personal y familiar de las personas, así como el desarrollo y fortalecimiento de las instituciones en las cuales se forma y desempeña el talento humano en salud, de tal forma que se promueva el acceso a la formación, mejores condiciones para el ejercicio profesional, calidad en la prestación de los servicios y la responsabilidad social”.

Chile plantea como una directriz central de las políticas de RHS, que “impulsará la conformación de los equipos de personal requeridos para el funcionamiento de sus organismos dependientes y redes asistenciales integradas con énfasis en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, en base al desarrollo de un sistema de planificación de recursos humanos”.

De acuerdo con lo anterior, señala que “desarrollará la capacidad de planificación del personal en forma coordinada con otros sectores de gobierno y con actores sociales relevantes. El trabajo permanente de planificación se orientará a anticipar necesidades actuales y futuras de personal de salud y a la búsqueda de opciones para contribuir desde la gestión de recursos humanos a la viabilidad y sustentabilidad de los principios fundamentales de la organización de los servicios sanitarios, tales como, una atención de calidad, segura, integral, continuada, accesible, centrada en los usuarios y comunidades”.

Para cumplir con el propósito declarado, señala que “el Ministerio actualizará y desarrollará metodologías para estimar necesidades actuales y futuras de personal, basadas en el análisis de los problemas más prevalentes de salud y de las intervenciones más efectivas, considerando el conjunto de competencias requeridas para resolver las demandas existentes, desde intervenciones promocionales y preventivas, hasta las destinadas a la recuperación de la salud.

Define el enfoque de la planificación, el que “tendrá un enfoque multiprofesional y buscará la complementariedad de diferentes perfiles de competencias. En esa línea, este trabajo en la red asistencial deberá considerar especialmente la formación y desarrollo de los equipos de salud familiar y comunitaria, en un contexto de envejecimiento de la población y de la creciente carga de enfermedades crónicas, incluyendo la atención a pacientes con comorbilidades, cuyo modelo de atención se construye sobre interacciones entre el paciente, la comunidad y los prestadores de salud”.

Finalmente indica los procesos que incluirá el sistema de planificación, como las herramientas que utilizará: “A través de los procesos de planificación se abarcará el dimensionamiento de las necesidades de personal, la definición de los perfiles profesionales y técnicos que conformarán los equipos de salud familiar, sus roles y modalidades de coordinación, en base a modelos que permitan el logro de mayores niveles de eficiencia en la división y organización del trabajo, y una flexibilidad de los marcos regulatorios sobre el ejercicio profesional, siendo el concepto básico que a competencias equivalentes, diversas categorías profesionales y técnicos podrán realizar determinadas prestaciones de salud”.

Ecuador en su documento preliminar de Políticas de RHS, señala que “planificación de talento humano es el conjunto de normas, técnicas y procedimientos orientados a determinar la situación histórica, actual y futura del talento humano, a fin de garantizar la cantidad y calidad de este recurso, en función de la estructura administrativa correspondiente”.

Adicionalmente, ha desarrollado instrumentos orientados al desarrollo de la planificación de RHS, tales como la “Norma Técnica Subsistema de Planificación Recursos Humanos – SENRES”²⁴. Esta Norma se complementa con la definición de matrices de requerimiento de Talento Humano, que el MSP ha definido para los diferentes niveles de atención, según tipología de establecimiento.

²⁴Resolución de la SENRES 141. Registro Oficial 187 de 13-ene-2006. Disponible en: <http://www.politica.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/04/NORMA-TECNICA-DEL-SUBSISTEMA-DE-PLANIFICACION.pdf>

Perú reconoce la complejidad del campo de los recursos humanos en salud en las esferas de la educación (formación y capacitación), el trabajo y los mercados laborales. Define las intervenciones en tres funciones: la planificación y la regulación que actúan sobre todo el campo, y la gestión que actúa sobre las esferas de la educación y el trabajo.

Así la visión de los lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud, reafirma su vigencia y posicionamiento estratégico para responder a las exigencias del proceso de reforma del sector salud, que plantea a) Extender mejoras en el estado de salud de toda la población b) Instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad c) Avanzar hacia un sistema al servicio de la población y d) Aliviar la carga financiera. El cuarto lineamiento del proceso de reforma, establece reformar la política de gestión de recursos humanos para lo cual es fundamental que el sector avance hacia una reforma de la política salarial y laboral. .

En ese marco se viene produciendo en el país la oficialización de un conjunto de medidas que regulan la política de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud, bonificaciones a los recursos humanos que laboran en zonas alejadas y de frontera, desarrollo de capacidades al personal que labora en Atención Primaria de la Salud, ente otras medidas

Se identifica que la finalidad del proceso de planificación y provisión de RHUS, es “garantizar a las personas adecuadas en los lugares adecuados, con una distribución equitativa de los trabajadores de salud” y señala los subprocesos que la planificación incorpora: “Planeación estratégica de RHUS - Reclutamiento de RHUS - Selección de RHUS”.

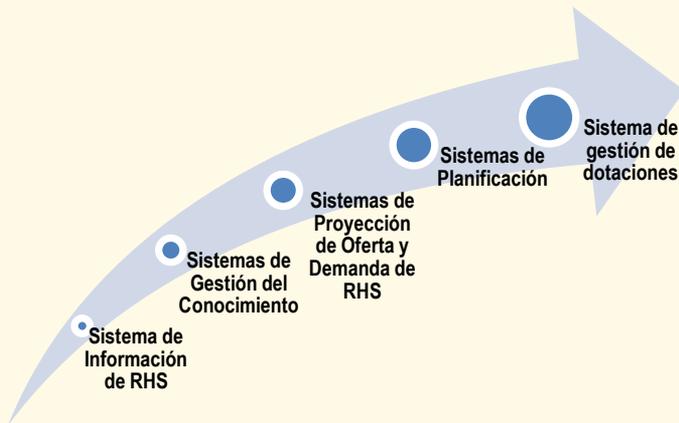
Tal como es posible observar, con diferencia de énfasis, existe amplia coincidencia respecto de la finalidad y alcance que los países prevén tengan sus respectivos sistemas de planificación. Aspectos como la anticipación a las necesidades, caracterización de la fuerza laboral, adecuación numérica y cualitativa a las necesidades de salud de la población y criterios de distribución en el marco del funcionamiento del modelo de salud, parecen piezas centrales de los modelos planteados. También este concepto se relaciona, aunque las definiciones de los países no lo plantean explícitamente como una finalidad de la planificación, con las estrategias de autosuficiencia de los países.

Todos estos aspectos están íntimamente relacionados con los demás atributos analizados: Sistemas de Información, Sistemas de Gestión del Conocimiento, Sistemas de Proyección de Oferta y Demanda de RHS, los que junto con constituir insumos necesarios para el funcionamiento del sistema de planificación, son a la vez parte integrante del mismo. Siendo posible observar cierta interdependencia temporal en el desarrollo de estos elementos (Diagrama N° 7), que se pueden ordenar de menor a mayor complejidad, aunque en términos prácticos y de acuerdo con la información aportada por los países, se observa que éstos han logrado desarrollos simultáneos, aunque parciales en estas áreas, permitiéndoles contar por ejemplo con determinación de brechas de RHS para grupos ocupacionales específicos (especialmente médicos),

como es el caso de Chile²⁵, país que informa anualmente al Senado de la República acerca de la evolución de las brechas de RHS en el Sistema Público de Salud, además de ponerle en conocimiento de las estrategias que se contemplan para la superación o el cierre de las brechas identificada.

El producto final de este desarrollo debiera permitir que los países logren, en base a un sistema integral de planificación, una gestión adecuada de sus dotaciones de personal sanitario.

Diagrama 7
Desarrollo Gradual de un Sistema de Planificación y Gestión de Dotaciones



Con base a la experiencia internacional, es posible identificar esfuerzos de planificación de larga data. De acuerdo con lo señalado por Thomas L. Hall, en su ensayo ¿Por qué un plan de RHS?²⁶, la necesidad de planeación de los RHS es contemporánea a la II Guerra Mundial. El interés por su desarrollo se basaba en la búsqueda de eficiencia en el uso de recursos públicos. Lo anterior, dado que los trabajadores de salud mayoritariamente eran entrenados y eventualmente empleados, con cargo a financiamiento fiscal. En este sentido, se consideraba deseable lograr un ajuste entre el número de profesionales de la salud formados y los que los sistemas de salud necesitaban para funcionar adecuadamente, evitando escasez o superávit. En otras palabras, se buscaba equilibrio entre oferta y demanda de trabajadores de la salud.

²⁵Informe de Brechas de Recursos Humanos de Salud-Glosa H, Ley N° 20.557 de Presupuestos del Sector Público Año 2012, disponible en: http://www.senado.cl/site/presupuesto/cumplimiento/Glosas%202012/tercera_subcomision/16%20Salud/ORD.N%20B0%20C305%203207.pdf.

²⁶Why Plan Human Resources for Health? Thomas L. Hall, MD, DrPH Dept, of Epidemiology and Biostatistics University of California School of Medicine.

A pesar que el desarrollo de la planificación de RHS tenga sus antecedentes hace varias décadas, es probable que aún hoy, este sea uno de los procesos o sistemas que ha presentado mayores complejidades para los gestores de RHS. Determinar cuáles son los números de RHS adecuados, establecer cuáles son los parámetros a los que dichos números deben adecuarse, precisar cuál es la composición y características que debe reunir la fuerza laboral, en un contexto altamente complejo, no ha sido tarea fácil.

En el contexto de la realización del Proyecto de Colaboración Técnica entre el Banco Mundial y el Gobierno de Chile, “Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile”, se analizó la forma en que varios países, especialmente europeos, han resuelto sus problemas de planificación de RHS, planteándose que: “La mayoría de los esfuerzos de planificación de recursos humanos tanto a nivel mundial como regional, se han centrado básicamente en el médico. Muy pocos procesos han incluido a otros profesionales, y en estos casos fueron principalmente de enfermería. Muchos menos han sido los casos que se dirigieron a la fuerza laboral como un todo. La necesidad (y la capacidad) de contar con el número “correcto” de una mezcla de profesiones, con las competencias adecuadas en el lugar y tiempo adecuados, ha sido el interés de quienes intentan planificar desde siempre. Sin embargo, no ha sido esa la experiencia internacional que ha mostrado más éxito”²⁷.

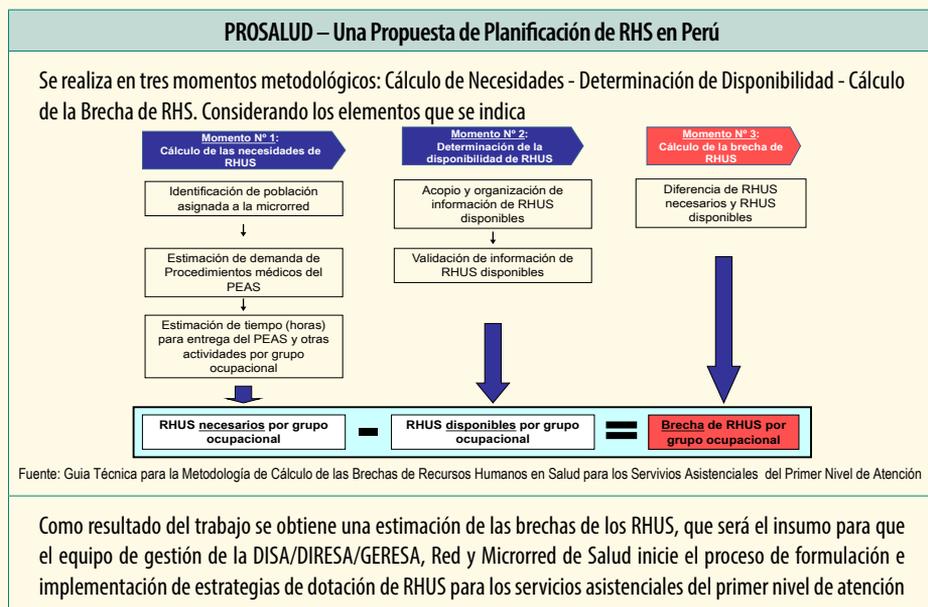
No obstante estas dificultades, los países de la región han desarrollado esfuerzos concretos en este ámbito, los que fueron señalados en los respectivos informes de país contenidos en el Capítulo 3. Entre estas iniciativas es posible destacar el caso peruano con la propuesta del Programa Nacional de Dotación y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal en Salud – PROSALUD. Si bien esta iniciativa se implementó parcialmente, es un esfuerzo orientado al fortalecimiento del primer nivel de atención.

²⁷Comparación de experiencias de planificación de recursos humanos de salud en ocho países. Elaboración de los Dres. Pedro E. Brito Q, Mónica Padilla y Félix Rígoli, basada en “Steady State. Finding a Sustainable Balance Point”. International Review of Health Workforce Planning. Health Canada. Ottawa, 2002 y en informes de la cooperación técnica de la OPS-OMS.

Tabla 8
PROSALUD - Perú

PROSALUD – Una Propuesta de Planificación de RHS en Perú
<p>La visión de PROSALUD es la de una intervención integral que “implique planificación, el reclutamiento, selección, contratación, retención y desarrollo de capacidades de equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud en el primer nivel de atención en las zonas piloto de Aseguramiento Universal en Salud”.</p>
<p>Establece el ámbito de aplicación de PROSALUD, señalando que será el primer nivel de atención a nivel nacional y de aplicación progresiva de acuerdo al proceso de implementación del Aseguramiento Universal en Salud y fija un plazo de 3 años de vigencia</p>
<p>Los objetivos de PROSALUD son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la disponibilidad de equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud, priorizando las zonas de mayor pobreza y dificultades de accesibilidad. - Mejorar las condiciones de trabajo de los equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud en el primer nivel de atención, que permitan la mejora de la capacidad de reclutamiento y retención con equidad. - Fortalecer las capacidades de los equipos básicos de profesionales en ciencias de la salud para la implementación del modelo de atención integral en salud
<p>Establece los criterios a considerar y el contexto en que se sitúa la planificación de los equipos básicos de salud PROSALUD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se orienta según los contenidos de los Objetivos Sanitarios Nacionales, del Aseguramiento Universal en Salud y el proceso de implementación del MAIS. - La unidad de intervención son las Micro redes de Salud, prioritariamente las de menor desarrollo. Radica la responsabilidad de definir las micro redes, según criterios nacionales, a los gobiernos regionales. - Establece que la planificación de RHS (equipos básicos de salud), se basa en indicadores de salud, nutrición, pobreza, equidad y brecha de RHS. - Define la conformación del equipo básico de salud: profesionales de la medicina humana, enfermería y obstetricia. También se pueden incorporar otros profesionales y técnicos según condiciones específicas y disponibilidad presupuestaria.
<p>El cálculo de la brecha que se realiza actualmente tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales que permita dentro de sus horas efectivas laborales, atender la demanda efectiva de procedimientos médicos del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)²⁸ y desarrollar otras actividades asistenciales no consideradas en el PEAS, actividades administrativas, y de capacitación que forma parte de su Carga de Trabajo en el primer nivel de atención”.</p>

²⁸Listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean éstas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un Plan de Beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios.



Un aspecto a destacar es que Perú dispone de un conjunto de información, trabajada y validada previamente, que ha sido útil para el diseño de este modelo. Entre esta destaca:

Respecto de Determinación de Necesidades de RHS:

- Una población asignada a la Microrred.
- Un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios PEAS.
- El cálculo del coeficiente de prestaciones, nivel y número de atenciones.
- Estadísticas sobre volumen de procedimientos médicos por población.
- Estándares de tiempo (horas/hombre) por tipo de procedimiento y grupo ocupacional.
- Estimaciones respecto de la dedicación horaria a actividades asistenciales, administrativas y de capacitación no incluidas en los tiempos PEAS.
- Estadísticas respecto de las horas efectivamente trabajadas a objeto de excluir tiempos destinados, por ejemplo, a vacaciones.

- Datos sobre dispersión de población beneficiaria para incorporarlo como criterio de ajuste a las proyecciones.

Respecto de la Determinación de la Disponibilidad:

- Número total de RHUS por grupo ocupacional que se encuentran laborando en los establecimientos de salud de la Microred. Respecto de este punto, cabe señalar que Perú se vale de diversas fuentes de información, reunidas en el Observatorio de RHS, para obtener esta información. Lo anterior, dado que el Sistema de Información de RHS, se encuentra en proceso de construcción. Se consideran entre otras fuentes de información, las siguientes: Planilla Laboral de Haberes (PLH) del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, Módulo de gestión de recursos humanos del Ministerio de Economía y Finanzas, Registro de información laboral: T – Registro de SUNAT, Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) del Ministerio de Economía y Finanzas.

Tal como se ha visto, el objetivo final de estos esfuerzos de planificación es lograr un balance entre el RHS disponible, el necesario y el empleado. Un énfasis importante es resolver los problemas de escasez de RHS que viven los países de la región. En este sentido, generalmente el resultado de las estimaciones de necesidad de personal, terminan con el establecimiento de una brecha negativa que se pretende resolver con la formación y futura incorporación de personal (aumentos de dotación).

Sin cuestionar la pertinencia en algunos escenarios de la aplicación de las estrategias de aumento de la formación y de la dotación de RHS, algunos países con más experiencia en este ámbito, están planteando reflexiones orientadas a cambiar el paradigma. Invitan a “mirar más allá de los números”. El Ministerio de Salud de Canadá (Health Canada), presentó en la reunión de su Comité Asesor Federal – Provincial y Territorial de Servicios de Salud y RHS (Julio 2009), un documento denominado “¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la fuerza laboral de salud”²⁹, a continuación se presentan un extracto del documento que plantea una mirada diferente para evaluar las necesidades de RHS y abordar las brechas existentes, a partir de la incorporación de estrategias que van más allá de la oferta de formación y aumentos de dotación.

²⁹ How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper, disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf

Tabla 9
Estrategias de Autosuficiencia de RHS

“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud” Ministerio de Salud de Canadá:
Señala que “Para desarrollar y mantener una fuerza laboral de salud estable y evitar ciclos de superávit y déficits que la mayoría de las profesiones de salud han experimentado a través de los años, se debe redefinir autosuficiencia e incluir un amplio rango de estrategias que ayudarán a lograr responsablemente un balance, entre el los profesionales que se forman y los necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población.
Autosuficiencia no se debe entender sólo como la “producción” de nuevos profesionales y técnicos de la salud, sino como la capacidad para atraer, desarrollar y retener el numero, composición y mezcla de habilidades correctas con modelos de distribución de servicios para entregar alta calidad, oportunidad y atención segura para satisfacer las necesidades de salud de la población con necesidades de salud cambiantes.
Frente a la tendencia de aumentar el número de personas en formación como estrategia para resolver los problemas de escasez, señala “Simplemente sumar más prestadores es insostenible desde un punto de vista económico y demográfico. Producir más de lo mismo no resultará en una fuerza laboral que sea suficientemente flexible para adaptarse a la evolución de las necesidades de la población, los nuevos tratamientos y tecnologías, o nuevos modelos de provisión de servicios. Más no siempre equivalente a suficiente”.
Amplía el rol de los planificadores de RHS, señalando que el foco prioritario es comprender las necesidades de salud de la población, además de dar la oportunidad a los profesionales de desplegar completamente las capacidades que poseen. Señala “Los planificadores de RHS deben estar disponibles para entender y proyectar las necesidades de salud y desarrollar políticas que atraigan y retengan a los prestadores expertos, hacer uso efectivo de sus habilidades y guiarlos al logro de mayor eficiencia en la atención de servicios de salud”.
Llama a lograr un balance entre la preocupación por la disponibilidad futura de RHS y las capacidades que exhiben y aplican los equipos de personal actuales, “Mientras la atención debe estar puesta en producir la fuerza laboral de mañana, igual atención debe ser puesta en maximizar las habilidades de los RHS existentes hoy”.
Lograr la autosuficiencia dependerá de nuestras habilidades para entender las necesidades de salud de la población, así como el impacto de factores como la edad, género, patrones de práctica, tecnología y metas de carrera del personal de salud. También dependerá de la habilidad para manejar la demanda, para “reciclar” y reeducar continuamente la fuerza laboral, para satisfacer las cambiantes necesidades de salud de la población, para implementar modelos innovadores de provisión de servicios de salud y para hacer óptimo el uso de los conocimientos y habilidades de la fuerza laboral de salud.
Lograr autosuficiencia requerirá estrechar la colaboración entre el gobierno que paga por servicios de atención, instituciones prestadoras que emplean fuerza laboral, sistemas de educación que preparan prestadores, como también con los profesionales y sus asociaciones. Todos los grupos de interés deben trabajar juntos para construir una fuerza laboral estable.

<p>“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud” Ministerio de Salud de Canadá:</p>
<p>Los desafíos de autosuficiencia se deben mirar no solo a través de los números. Se requiere mayores competencias para pronosticar cuales serán los números, pero también la composición y mixtura del RHS, en el marco de una población cuyas necesidades de salud están en proceso de cambio. Lo primero es entender claramente las necesidades de salud de la población y no planificar como si las necesidades actuales seguirán siendo las mismas mañana. Lo segundo es promover la salud y gestionar la demanda.</p>
<p>“¿Cuánto es Suficiente?, Redefiniendo autosuficiencia de la Fuerza Laboral de Salud” Ministerio de Salud de Canadá:</p>
<p>Plantea la necesidad de considerar otras estrategias más allá de los aumentos de RHS para resolver las brechas de personal. Algunas de estas tienen además un efecto sobre la motivación y autosatisfacción del personal. A continuación se citan algunas de ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incorporar estrategias de gestión de la demanda y fortalecer las actividades de promoción en salud, más allá de las actividades tradicionales que ponen su foco en la oferta y provisión de servicios de salud. Estudios efectuados en Canadá demuestran que una población más empoderada respecto de su situación de salud, es capaz de “proveerse atención a sí misma” disminuyendo la presión sobre los servicios de salud y evitan la demanda innecesaria. - Capitalizar los avances tecnológicos, como uso de la telemedicina y nuevas formas de tratamiento. Aquellos tratamientos menos invasivos son más eficientes, no sólo desde el punto de vista de la calidad de atención, sino también respecto de la cantidad y tipo de RHS requerido. - Desarrollar nuevos sistemas de provisión de servicios de salud. Algunos sistemas de provisión de servicios son más intensivos en personal, respecto de otros más eficientes en este sentido. Por ejemplo algunas provincias de Canadá que están utilizando los equipos interprofesionales de trabajo, han estimado que los médicos trabajando en este sistema, pueden entregar un 52% más atenciones de salud, que los médicos trabajando individualmente. Esta estrategia no sólo se limita al primer nivel de atención. - Expandir el alcance de la práctica y desarrollo de nuevos roles. Varias Provincias de Canadá, están estudiando si la práctica de los profesionales de la salud refleja el conocimiento y competencias que poseen. Aparentemente, muchos profesionales no pueden desplegar todas las competencias que poseen, dadas las definiciones de sus respectivas legislaciones, generando desmotivación, deserción en la fase de formación y rotación en la etapa laboral, señalando experiencias en el ámbito del personal de enfermería, asistente médico, farmacéutico. - También es necesario entender los patrones de práctica profesional, la productividad, así como las tendencias respecto de las opciones laborales que toman los profesionales (Por ejemplo conocer por sexo y grupo etario la predisposición a trabajar en sistemas de turnos o en zonas alejadas). - Diseñar incentivos para incrementar el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo para enfrentar la tendencia por la especialización, que se ha evidenciado en el caso de Ontario incluso en los médicos de familia, quienes en un 16% reconocieron estar dedicándose a áreas específicas de salud por sobre la atención integral de atención primaria. Para enfrentar este problema se aplican, por ejemplo, incentivos al uso adecuado de generalistas y especialistas, fomentando el trabajo interprofesional para ampliar el rango de servicios entregados

Tabla de elaboración propia en base a los contenidos del artículo citado en la referencia N°108

En la misma línea de lo planteado precedentemente, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), señala en documento "Reconfigurando las Profesiones de Salud en tiempos de multi/morbilidad: Ocho recomendaciones para el cambio"³⁰, que la configuración de provisión de servicios de salud es disfuncional a las necesidades actuales de salud de la población, dada su excesiva especialización y fragmentación, modalidad que podría haber tenido sentido cuando las personas sufrían principalmente de enfermedades individuales que eran tratables dentro de los límites de una profesión. Sin embargo, actualmente un número creciente de personas sufren de multi-morbilidad cuya atención requiere de una lógica más "integradora" o de profesiones generalistas. Lo anterior, implica una nueva distribución de tareas, así como el establecimiento de nuevos papeles para el personal médico, de enfermería y el resto del equipo de salud.

En el mismo artículo citado, se proponen tres etapas consecutivas para abordar este proceso de cambio:

- La definición y categorización de las necesidades de salud de la población a través de la carga general de estudios de enfermedades.
- La reorganización de los ámbitos profesionales y profesiones relacionadas en torno a las necesidades de salud de la población.
- La reorganización de los ámbitos profesionales, a partir de la identificación y redistribución de los trabajos que pueden hacer otros profesionales de la salud con menos formación, o incluso, que pueden ser efectuadas por las propias personas.

Tanto la experiencia canadiense, como las recomendaciones formuladas por la OCDE, representan un escenario que los planificadores de RHS debieran considerar prontamente en el contexto de sus respectivas realidades, requiriéndose un fuerte ejercicio de liderazgo y de conducción del cambio en el sentido deseado, en un marco de gobernabilidad del sistema de salud.

A modo de resumen, es posible señalar que los países de la región están desarrollando iniciativas de planificación, que se orientan a resolver necesidades específicas de RHS, por nivel de atención o grupos ocupacionales.

Estudios demuestran que, a pesar de los esfuerzos de planificación desarrollados por diferentes países, no existen métodos de proyección exacta de la oferta y demanda de RHS. Los sistemas disponibles requieren niveles importantes de información,

³⁰Reconfiguring Health Professions in times of multi morbidity: Eight Recommendations for change. Organization for Economic Co-operation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee - OECD DELSA/HEA (2011)16.

que combina aspectos sanitarios, de organización del trabajo, opciones y patrones profesionales entre otros.

Países con más experiencia en este ámbito, están ampliando la mirada para evaluar y gestionar las brechas de RHS, aplicando estrategias sobre la demanda de servicios; el alcance de las profesiones; la organización del trabajo y el uso de tecnologías entre otras.

4.2.3. Formación

Este ámbito considera 6 atributos, orientados por una parte a estrategias de articulación con los actores del campo y, por otra, a los contenidos y adecuación de los procesos de formación a las necesidades de salud de la población.

- Respecto de los mecanismos de coordinación con las políticas de educación, trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios, se busca establecer si los países cuentan con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación entre las políticas de educación y trabajo, para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud, que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial.
- Con relación a la definición del perfil de competencias de los equipos de salud, se trata de conocer si los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias al enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad, como competencias básicas para la consolidación del modelo de atención.
- Sobre la formación de pregrado, se busca evaluar si las entidades de formación aplican diseños curriculares orientados a las necesidades propias del modelo de atención.
- Respecto de la formación en medicina familiar, se busca determinar si las entidades de formación, en conjunto con las entidades empleadoras, desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar.
- El análisis referido a los mecanismos de acreditación, se orienta a evaluar si éstos consideran criterios sobre la presencia de contenidos, metodologías y prácticas orientadas hacia la APS.
- Finalmente, respecto de la gestión de los Campos de Formación, se trata de conocer si el país ha implementado espacios docentes en los establecimientos de atención primaria.

Tabla 10
Evaluación del Ámbito de Formación de RHS

FORMACIÓN	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con mecanismos institucionales y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	Los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias el enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud), considerando prácticas clínicas en centros de salud de APS	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionales de formación en medicina familiar para equipos básicos de salud	Existen carreras de la salud acreditadas en base a estándares que contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	El país cuenta con espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje

FORMACIÓN	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con mecanismos institucionales y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	El país aplica estrategias de nivelación, desarrollo y fortalecimiento de las competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipos de salud	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud)	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para las profesiones nucleares de la salud	Los mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	El país aplica y fomenta el desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje
	Ecuador	Bolivia – Chile - Ecuador		Bolivia – Chile - Ecuador	Chile	Ecuador

FORMACIÓN	Desarrollo Intermedio	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo intersectorial con otros Ministerios.	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	Formación de pregrado	Formación en medicina familiar	Mecanismos de acreditación	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS
		El país cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para resolver necesidades específicas de salud	El país tiene una definición de perfil para el equipo multidisciplinario de salud, que considera competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluye parcialmente contenidos y prácticas para motivar el interés de los futuros profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Existen iniciativas aisladas entre instituciones formadoras y empleadoras para el desarrollo de estrategias de formación en medicina familiar	El país posee mecanismos de acreditación pero no incluyen dimensiones referidas al modelo de atención y la orientación hacia APS	El país aplica estrategias aisladas de desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria
		Bolivia - Colombia - Chile - Perú	Perú	Bolivia - Chile - Ecuador - Perú	Colombia - Perú	Colombia - Ecuador	Bolivia - Colombia - Chile - Perú

FORMACIÓN	Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios. El país no cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación o cuenta con mecanismos débiles de concertación con actores	Definición del perfil de competencias de los equipos de salud El país no cuenta con definiciones del perfil de competencias del equipo de salud o cuenta con definiciones sin un claro énfasis hacia la APS	Formación de pregrado Las entidades de formación no incluyen o incluyen débilmente contenidos para motivar el interés de los profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Formación en medicina familiar Las entidades formadoras y empleadoras no cuentan con estrategias de priorización de la formación en medicina familiar o las aplican incipientemente	Mecanismos de acreditación El país no posee mecanismos de acreditación de carreras de la salud o posee un débil desarrollo de dichos mecanismos	Gestión de los Campos de Formación hacia la APS El país no desarrolla actividad docente en establecimiento de atención primaria concentrando su actividad en centros hospitalarios
		Colombia	Colombia		Bolivia - Perú	

En términos generales el problema que se identifica con mayor frecuencia respecto de los procesos de formación, es la baja adecuación entre los perfiles de egreso y los perfiles ocupacionales requeridos para el funcionamiento del sistema de salud, según los parámetros de organización y servicios del modelo de atención. Adicionalmente, parte de los desbalances en la disponibilidad de RHS pueden ser atribuibles, aunque no exclusivamente tal como se estableció en el punto referido a la planificación, al sistema de formación.

La Organización Panamericana de la Salud³¹, señala “Los RRHH son el componente esencial de los sistemas de salud, pero están inadecuadamente preparados para trabajar en contextos basados en APS. Los complejos problemas que se observan en cuanto al personal de salud deben ser abordados a través de políticas de largo plazo, sostenibles e integrales, orientadas no solamente a la superación de los tradicionales desajustes entre educación y servicios, sino también a resolver los problemas de la migración, el pluriempleo/desempleo, de la carrera funcionaria y del logro de la competencia laboral.”

Un primer aspecto que es necesario constatar como parte de este problema, es la evolución que han vivido los sistemas educacionales en los países de la región. Los que en general han experimentado una expansión significativa en términos del número de entidades dedicadas a la educación superior, como a la matrícula que ofrecen. Adicionalmente, se evidencia una tendencia a la privatización y reducción de la participación del financiamiento estatal, incluso en las entidades de carácter público.

Respalda lo señalado un ensayo publicado en Revista Mexicana de Orientación Educativa³², “La educación superior en diversas regiones del mundo ha experimentado un enorme crecimiento en lo que respecta a su matrícula, ese mismo proceso de masificación, como de diversificación se registra en América Latina en el último cuarto del siglo XX”. Señala respecto de la naturaleza de las instituciones de educación superior que, en contraste de lo ocurrido tradicionalmente hasta la década de los ochenta cuando la educación tenía carácter predominantemente estatal, “la expansión se ha manifestado en el incremento de instituciones de educación terciario, pero de orden privado”.

³¹La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista N° 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

³²Rev. Mex. Orient. Educ. v.6 n.16 México abr. 2009 – “Educación superior en América Latina y el proceso de Bolonia: alcances y desafío” - René Bugarín Olvera - Universidad Autónoma de Tamaulipas. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci_arttext

La situación planteada se replica de manera similar en la educación en salud, área a la que es necesario sumar el contexto de profundos cambios y significativas transformaciones estructurales (cambio epidemiológico, demográfico e instalación de un nuevo de atención), respecto de los cuales la adaptación de los programas de formación, de acuerdo con los desajustes observados entre perfil de egreso y requerido, no ha sido suficiente.

En este contexto y en el marco de los principios de autonomía universitaria, los países han impulsado o fortalecido las instancias de articulación con el sector formador, tales como las señaladas en la Tabla N° 11:

Tabla 11

Instancias de Articulación de las Políticas de Educación y Trabajo

Colombia:

Comisión Intersectorial de THS: conformada por los MSPS y de Educación Nacional, con el objetivo de verificar y evaluar estándares básicos de calidad de los programas de formación.

Comisión de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CONACES): otorga registro calificado para iniciar o continuar proyectos educativos.

Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA): orientado a la educación técnica (tecnólogos y auxiliares). El MSPS coordina la actualización de perfiles y normas de competencia laboral para el diseño y aprobación de programas de formación.

Chile:

Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS) integrada por Facultades de Medicina, Colegio Médico y presidida por el Ministro de Salud. Tiene un rol asesor para fijar las políticas de formación en salud (énfasis en medicina), de coordinación de la relación docente asistencial y respecto de los criterios de uso y asignación de los Campos de Formación Profesional y Técnica. Esta instancia se descentraliza en los niveles regional y local.

Convenio de Cooperación Técnica entre el MINSAL y el Ministerio de Educación que implementó una Comisión Asesora Educación/Salud, orientada a la regulación de la educación de nivel técnico.

Perú:

Comité Nacional de Pre grado en Salud: establece el marco normativo sectorial de convenios de cooperación docente asistencial.

Comité Nacional de Residentado Médico: conformado por 23 universidades que imparten formación de segundo nivel, más representantes de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de la sociedad civil. Esta instancia busca regular la formación de especialistas.

Comité Nacional de Residentado Odontológico (en proceso de implementación).

Convenio con el Ministerio de Educación, orientado a fortalecer las capacidades de los trabajadores del sector.

No existe una evaluación respecto de la efectividad de estas instancias, pero, de acuerdo con los antecedentes disponibles, no se exhibirían grandes cambios de enfoque de la formación en salud, siendo posible observar:

- Se reconoce que tienen baja incidencia en la regulación, respecto de los contenidos de los proyectos de formación, expresado tanto en sus mallas curriculares, como en la determinación del número de matrícula disponible y su composición por carreras. Este aspecto se reafirma por ejemplo con lo observado en los gráficos N°1 y N°3 referidos a la proporción médico/enfermera y adecuación curricular respectivamente, ambos factores evaluados en las Metas Regionales de RHS (OPS).
- Tanto desde el punto de vista de sus integrantes, como del rol que cumplen, se observa que estas comisiones están preferentemente orientadas a la formación médica (pregrado y especialización). Este aspecto podría ser contradictorio con el interés declarado respecto de la formación de equipos multidisciplinarios de salud con énfasis en salud familiar.
- Desde esta perspectiva, los integrantes del equipo multidisciplinario debieran tener una representación balanceada dentro de las instancias orientadas a la definición de políticas integrales de formación de RHS, evitando la tradicional hegemonía de los temas referidos a la especialización médica y abriendo espacios privilegiados para la discutir y acordar estrategias de formación según los perfiles ocupacionales requeridos.

Con relación al perfil de competencias los países registran avances en diferentes grados, sin embargo, todos han, a lo menos, iniciado acciones al respecto, desde la constitución de instancias de trabajo para la definición de perfiles (Colombia), fase de oficialización de los perfiles (Perú) y desarrollo de programas de fortalecimiento de competencias (Chile).

OPS ha desarrollado múltiples trabajos en este ámbito, los que aportan un marco conceptual importante para profundizar en los países de la región las estrategias de fortalecimiento de competencias para un sistema basado en APS. Un aspecto que cabe destacar es la necesidad de ampliar a todos los niveles de atención la incorporación de las competencias requeridas para que el modelo de atención funcione. No basta con asegurar que los equipos pertenecientes al primer nivel de atención posean y desplieguen competencias de APS, es necesario que el resto de los equipos también las desarrollen, favoreciendo la incorporación del enfoque de trabajo en red integrada, así como la comprensión y valoración de los equipos de cada nivel.

Algunas de las ideas centrales de los planteamientos formulados por OPS son los siguientes:

Tabla 12
Estrategias para el Desarrollo de Equipos de APS - OPS

Un Sistema de Salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad), si bien todos los recursos humanos del Sistema de Salud forman parte de la estrategia de APS, los equipos de APS en el primer nivel de atención son la parte esencial y sobre la que se conocen más experiencias en la definición de su composición en sus inicios el equipo estaba formado por médico y enfermera de la familia; la aparición de nuevas necesidades de salud y el afán de brindar servicios de calidad integrales e integrados llevó a la creación de los Grupos de Atención Integral a la Familia (GAIF), que incluyen dentista, trabajadora social, y algunas especialidades del segundo nivel de atención (Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia), además de la participación informal de los líderes comunitarios.

“Lo que define un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad”.

Dadas las características del enfoque de competencias, donde contexto del trabajo determina fuertemente el desempeño, “no existen modelos universales que permitan describir una composición de competencias válida para todos los lugares y contextos sociales”³³. Sin perjuicio de lo anterior, OPS propone como un punto de partida una Matriz de Competencias para equipos de APS del primer nivel de atención, elaborado sobre la base de los elementos de la APS Renovada.

Consistente con lo observado en las Metas Regionales de RHS respecto de la adecuación de las mallas curriculares, (incluida en el gráfico N°3), los países informan niveles de desarrollo entre nulo/bajo e intermedio, en el atributo sobre la orientación de la formación de pregrado hacia la APS. Este es un desafío que se viene analizando desde hace varios años. Ya en 1991 en la Cumbre Mundial de Educación Médica realizada en Edimburgo se destacaba “la obligación que las facultades y escuelas de medicina definan y asuman un nuevo contrato social que legitime su razón de ser frente a la sociedad”³⁴ y se agrega además, la necesidad de “formular políticas basadas en las realidades epidemiológicas y financieras del país poniendo atención en la elevación del estatus del médico de atención primaria”.

³³Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS, de la Serie La Renovación de la APS en las Américas – N°1, disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

³⁴La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista N° 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

De acuerdo con la misma fuente (79), se identifica que un aspecto clave es avanzar tanto en la modificación curricular, como en los escenarios de prácticas que se utilizan. Se indica que estudios sistemáticos observaron que la experiencia temprana en la comunidad, ayuda a los estudiantes de medicina a aprender y a desarrollar actitudes apropiadas hacia sus estudios y hacia la práctica futura, a su vez, orienta el currículo médico hacia las necesidades de la sociedad. Se desatacan las siguientes experiencias:

Tabla 13
Experiencias de Modificación Curricular de Medicina - OPS

Inglaterra	Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos. La característica esencial es que “la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad”. Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes
Cuba	El MSPS priorizó la formación en medicina familiar que cuentan con financiamiento estatal (Ministerio y Gobiernos Regionales). Durante el año 2013 se ofrecieron 250 cupos para la formación en esta especialidad. 43 Campos Clínicos fueron acreditados para impartir este programa.
Brasil	7 Universidades imparten el programa de especialización de salud familiar. Estas Universidades se agruparon en el Consorcio de Universidades de Salud Familiar desde 2005.

Este atributo está estrechamente vinculado con la formación en medicina familiar, especialidad respecto de la que existe bastante experiencia y las Universidades han incrementado su capacidad formadora en el área.

Tabla 14

Experiencias de Formación en Medicina Familiar - Países Andinos

Bolivia	Residencia Médica en SAFCI, programa que consiste en la formación en salud familiar comunitaria e intercultural durante tres años en puestos seleccionados en dos mil comunidades de más de doscientos municipios de los nueve departamentos del país con niveles de pobreza extremos. La característica esencial es que "la propia comunidad se constituye en el Centro Formador en la Universidad". Actualmente participan de este programa un total de 274 médicos residentes
Colombia	El MSPS priorizó la formación en medicina familiar que cuentan con financiamiento estatal (Ministerio y Gobiernos Regionales). Durante el año 2013 se ofrecieron 250 cupos para la formación en esta especialidad. 43 Campos Clínicos fueron acreditados para impartir este programa.
Chile	7 Universidades imparten el programa de especialización de salud familiar. Estas Universidades se agruparon en el Consorcio de Universidades de Salud Familiar desde 2005.
Perú	Existen 21 programas de medicina familiar con 332 campos clínicos autorizados y un promedio de egreso aproximado de 120 médicos de familia. En el año 2013 se incrementaron las plazas en 250.

Estas políticas aún no se reflejan en la proporción de médicos de familia respecto del total de especialistas, siendo necesario incorporar otras estrategias de atracción para que los médicos opten por especialización en esta área, así como mantener las estrategias de aumento de los cupos de formación para esta especialidad con financiamiento público; el uso de la red pública de AP como campos de formación acreditados y la formación a través de programas modulares de los médicos generales en actual servicio hasta obtener la especialidad correspondiente.

Tabla 15
Proporción de Médicos de Familia sobre el total de Especialistas

País	Med. De Familia	Otros Especialistas	% de Med de Familia respecto del total de especialistas	Fuente
Bolivia	241	4.986	4.83%	Políticas de RHS (referencia 94)
Chile	592	17.535	3,38%	Informe de Brechas de RHS (referencia 103). Actualizado a Octubre de 2013.
Perú	102	17.731	0.58%	Observatorio de RHS – actualizado a diciembre de 2011
Colombia	S/I	S/I	-	-
Ecuador	98	S/I	-	-

Elaboración propia en base a las fuentes citadas

Con relación a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la formación, los países de la región cuentan con mecanismos de acreditación, pero tal como se mencionó respecto de la formación médica, este instrumento no se está utilizando como un medio para estimular la orientación de los programas hacia la APS. Otro aspecto llamativo es la existencia de una aparente desarticulación entre el sector salud y sector educación, siendo este último el encargado de la regulación del sistema de acreditación (ya sea en forma directa o a través de agencias autónomas). No todos los países contemplan la participación institucionalizada del sector salud para la definición de criterios de evaluación que se aplicarán, siendo Colombia un caso diferente ya que participa activamente en estas instancias.

Con relación a orientar la Gestión de los Campos de Formación hacia la APS y de acuerdo con la información disponible, los países que han implementado una política específica al respecto son Perú y Bolivia.

Perú utiliza espacios docentes de Centros de APS, especialmente para la formación en enfermería, obstetricia y medicina familiar. En este último caso, en el marco de la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, se han implementado centros pilotos en que se desarrollan pasantías, aún no evaluadas. Actualmente, se cuenta con más de 300 campos clínicos acreditados para la formación de medicina familiar.

Respecto de Bolivia, ya se ha hecho referencia al programa de Residencia Médica SAFCI cuyo desarrollo tiene como característica central que la formación es realizada en el centro de salud de AP y en contacto permanente con la comunidad.

Analizados todos los atributos del ámbito de formación, es posible identificar múltiples espacios para que, respetando los principios de autonomía universitaria, el sector salud pueda fortalecer la rectoría o regulación sobre este tema. Entre estas opciones se identifica las siguientes:

- Utilizar integralmente la capacidad formadora de red asistencial: Los “escenarios de práctica” utilizados para la formación del personal de salud y, en particular de los médicos, corresponden mayoritariamente a establecimientos de salud que dependen de la propia autoridad sanitaria. En este sentido, los Ministerios tienen la posibilidad de ejercer su poder que nace de este hecho, para lograr balancear la formación práctica de los profesionales de la salud, especialmente del médico, a partir de la generación de acuerdos con los Centros Formadores para el uso integral de la red asistencial con fines formadores.
- Incorporar criterios de acreditación referidos a APS: Los sistemas de acreditación son regulados por el Estado, generalmente a través de los Ministerios de Educación, siendo necesario fortalecer el trabajo intersectorial y la participación del sector salud en la definición de los criterios de acreditación fomentando su orientación hacia APS, considerando por ejemplo, indicadores referidos al número de horas de práctica requeridas en establecimientos del primer nivel de atención y en la comunidad.
- Potenciar los espacios de articulación de la política de formación, incorporando nuevos actores a las instancias existentes, cuya constitución y objetivos se orientan en la actualidad, preferentemente a regular la formación en medicina. En coherencia con los planteamientos del modelo de atención, estas instancias debieran incorporar a los profesionales y técnicos que forman los equipos básicos de salud, además de representantes de la sociedad civil (asociación de usuarios por ejemplo).

4.2.4. Gestión del empleo

Este ámbito considera 2 atributos priorizados, reclutamiento/selección y retención del personal. Desde el punto de vista del funcionamiento del modelo de atención, los países reconocen importantes desafíos, especialmente respecto de las áreas tradicionalmente desatendidas, lugares en que la baja disponibilidad de personal,

constituye un problema frente a los objetivos de eliminación de las barreras de acceso, cobertura y calidad de la atención de salud. Al respecto se espera:

- Conocer si los países identifican y aplican criterios diferenciados de reclutamiento y selección, que permitan atraer al personal de salud hacia la APS y hacia las regiones o localidades con mayores problemas de provisión.
- Identificar las principales estrategias de retención que están utilizando, especialmente, respecto de zonas con brechas de RHS más críticas.

Tabla 16
Evaluación del Ámbito de Gestión del Empleo

GESTIÓN DEL EMPLEO	Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS	Mecanismos de retención RHS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que incorporan criterios diferenciados para los ámbitos regionales y locales y que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta y aplica mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta con mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso
	Chile	Ecuador - Perú
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con procedimientos operativos de reclutamiento y selección	El país cuenta con mecanismos de retención aislados que no consideran las posibilidades de la red asistencial en su conjunto
	Bolivia - Ecuador	Chile
Poco o nulo desarrollo	No existe un sistema de reclutamiento y selección de personal o existen procesos incipientes	El país no cuenta con mecanismos de retención de RHS o posee un desarrollo incipiente en esta área
	Colombia - Perú	Bolivia - Colombia

De los países que aportaron información sobre este atributo, Chile declara poseer un nivel de desarrollo avanzado, respecto del desarrollo de sistemas de reclutamiento y selección, destacándose las siguientes características:

Tabla 17

Sistemas de Reclutamiento y Selección - Experiencia Chilena

El diseño es coherente con los valores enunciados en la política de RHS, particularmente con:

- Excelencia, Mérito: porque el sistema descansa en la consideración del mérito para lograr la incorporación del personal más idóneo posible.
- Calidad: porque establece en su metodología criterios mínimos de elegibilidad (en caso contrario se declara vacante)
- Probidad y transparencia: Se privilegia el desarrollo de concursos, los que son obligatorios en el caso de cargos de planta (permanentes).
- Descentralización: los diferentes niveles de la red asistencial tienen responsabilidades concretas. El Ministerio define y controla la aplicación de las políticas. Los niveles locales de gestión adecuan las políticas a su realidad local (en el marco de los aspectos normativos de general aplicación) y desarrollan los procesos.

Las políticas declaran el compromiso de promover la incorporación de criterios sobre competencias de APS en el personal a seleccionar: "El Ministerio de Salud reconoce que el equipo de salud interdisciplinario con enfoque de salud familiar y comunitaria es la base del desarrollo de un sistema de redes integradas basado en atención primaria y se compromete a promover su formación e incorporación al sistema de salud".

Respecto de las políticas específicas para el sector público de salud, se plantea: Las políticas de incorporación del personal sanitario, tienen como objetivo lograr que todas las instituciones que componen el Sector Público de Salud cuenten con el personal idóneo para alcanzar las metas institucionales, considerando las actividades de reclutamiento, selección y acogida e integración de personas.

En consideración a las dificultades de reclutamiento y selección existentes en algunas localidades (zonas rurales) o cargos (enfermera), el proceso considera estrategias de atracción del personal, orientadas a "captar profesionales de la salud, especialmente los de disponibilidad crítica, se implementarán acciones dirigidas a difundir las principales características del sector, los beneficios y ventajas de trabajar en el, así como las posibilidades de crecimiento y desarrollo ofrecidas. El diseño de dichas acciones considerará, tanto las diferencias existentes entre las distintas regiones del país, como las atribuibles a los potenciales candidatos, referidas a sus perfiles profesionales, nivel de experiencia y aspectos motivacionales. Se tendrán presentes, por ejemplo, las diferentes etapas de desarrollo profesional, individual y familiar que experimenta una persona desde su titulación, hasta la adquisición de mayores niveles de experiencia y consolidación. Mientras la motivación de los recién titulados podría estar más orientada a la búsqueda de posibilidades de desarrollo, los de mayor trayectoria, podrían aspirar, prioritariamente, a una mejor conciliación entre su vida profesional y personal".

Por su parte, los mensajes utilizados para captar personal, considerarán no sólo las necesidades de calificación profesional y técnica, sino que muy especialmente los aspectos valóricos involucrados en el trabajo, intentando atraer a quienes demuestren mayor cercanía con los valores declarados por el sector, tales como, vocación de servicio público, motivación por el desarrollo permanente, orientación a la calidad y generación de un clima de trabajo basado en el respeto y la colaboración.

Los procesos consideran el llamado en que se publica el perfil del cargo y las condiciones de realización (procedimiento de selección), así como los métodos de evaluación a utilizar, generalmente se utilizan: evaluación técnica, psicológica y exámenes pre-ocupacionales que permitan proveer los cargos, según los perfiles efectivamente deseados, además de los requisitos de ingreso obligatorios según el cargo, básicamente referidos a título profesional y experiencia laboral.

La aplicación de las políticas de reclutamiento y selección está respaldada por procedimientos contenidos en el marco normativo vigente (Ley 18.834, sobre Estatuto Administrativo, Ley 15.076 y 19.664 y sus respectivos reglamentos, y DFL que fijan las plantas de personal; Ley 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud).

Dos experiencias en que se ha incorporado criterios de orientación hacia APS:

- Selección a través del Sistema de Alta Dirección Pública de los directivos de primer nivel (Director de Servicio de Salud – Gestor de Redes) y segundo nivel jerárquico (Directores de establecimientos de salud y directivos superiores de los Servicios de Salud). Los perfiles de cargos, especialmente de los Directores de Servicios de Salud, incorporan factores referidos a competencias de gestión en red y orientación hacia la APS.
- Concursos nacionales para proveer cargos del Ciclo de Destinación Médica, cuyo propósito es contratar profesional médicos en zonas con dificultad de reclutamiento, para desempeñarse en preferentemente en establecimientos del primer nivel de atención.

En base a la descripción no es posible determinar con exactitud si existen diferencias entre la un proceso de selección normal y uno diseñado en la lógica del trabajo en red, siendo necesario explorar otras experiencias que permitan identificar posibles particularidades en este atributo.

Respecto de la aplicación de mecanismos de retención para el personal con desempeño en el primer nivel y, especialmente, para zonas rurales, marginales o de difícil acceso, los países identifican básicamente incentivos económicos, entre los que es posible mencionar:

Tabla 18
Sistemas Incentivos Chile y Perú

Chile: Incentivo de desempeño difícil para APS rural y urbana.

Por desempeño en Zonas Urbanas de AP: Se consideran criterios de marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria y de inseguridad y riesgo para el personal derivadas de las condiciones del lugar en que se ejecutan las acciones, destinadas a los establecimientos rurales y como máximo a un 25% del total horas nacionales urbanas, asignándose un porcentaje mayor a los funcionarios de los centros de salud de mayor a menor grado de dificultad (15% - 10% y 5% del salario).

Por desempeño en Zonas Rurales de AP: Todos los funcionarios tienen derecho en porcentajes diferentes según los criterios de aislamiento geográfico, dispersión de la población y marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria (26% - 19% - 10%)

También existen otras asignaciones aplicables por ley a todos los funcionarios públicos, como por ejemplo la zona y zona aislada, que se asigna, especialmente a localidades del extremo norte y sur del país.

Perú: Asignaciones priorizadas.

Se asignan al puesto, de acuerdo a situaciones excepcionales y particulares relacionadas con el desempeño. Las que tienen mayor relación con el primer nivel de atención son:

- Zona alejada o fronteriza
- Zona de emergencia
- APS: se entrega a puestos en el primer de atención destinados a realizar intervenciones de APS a las familias y comunidades, debiendo cumplir con el perfil definido.
- Atención especializada, para puestos estratégicos de primer y segundo nivel.

Llama la atención que, sin perjuicio que los países desarrollan múltiples estrategias que se orientan a mejorar la presencia de personal sanitario en zonas desatendidas, durante el levantamiento de información identificaron, básicamente, aspectos procedimentales de los procesos de selección, así como la existencia de incentivos económicos como medio de retención. Siendo posible mencionar otras estrategias, varias de las cuáles los propios países están o han aplicado. Entre éstas se puede destacar las siguientes:

Tabla 19

Estrategias Complementarias para la Atracción y Retención del Personal

Actividades de Promoción y Marketing Sectorial

Actividades y estrategias de promoción de las condiciones de laborales que ofrece el sector salud, idealmente vinculadas con las diferentes fases de la vida laboral, así como con los diferentes puntos de la red asistencial con mayores necesidades de RHS (marketing sectorial), por ejemplo:

- Disponer de información con la descripción de todos los beneficios (económicos y no económicos) que los países ofrecen en el marco de las estrategias de desarrollo de RHS. Las piezas de información deben ser de fácil comprensión, evitando un lenguaje técnico/normativo (trípticos, cartillas, videos).
- Ampliar los contenidos de información a aspectos de la vida cotidiana de las localidades y comunidades. Estudios han demostrado la importancia que los profesionales le atribuyen a estos factores al momento de tomar opciones permanentes o transitorias de radicación. Por ejemplo: información sobre los servicios públicos disponibles, atractivos turísticos, experiencias destacadas en salud, el posicionamiento y valoración de los profesionales por parte de la comunidad, etc.
- Usar las redes sociales y formar grupos específicos con los futuros egresados de las carreras de la salud (contar con un directorio de futuros egresados).
- Involucrar a las autoridades locales en la elaboración de las estrategias de difusión de las respectivas zonas con problemas de provisión de servicios de salud, explorando por ejemplo la existencia de beneficios adicionales que pudieran ser gestionados por las propias comunas o localidades.
- Desarrollo de “ferias laborales” del sector salud, en que participen activamente las autoridades locales y se expongan las opciones de contratación existentes, con espacios para testimonios positivos de profesionales destacados con experiencia en zonas rurales o de difícil acceso.
- Involucrar a las autoridades nacionales en las estrategias de difusión, de manera de otorgar la relevancia requerida por el tema.

Una experiencia en este sentido es la difusión del SERUMS de Perú que ofrece a los postulantes información sobre diversos temas de interés e incorpora piezas de difusión apelando a aspectos vocacionales para estimular el interés de los jóvenes profesionales del área de salud, disponible en la página web de MINSA³⁵.

Diseño e implementación de programas específicos para provisión de personal en zonas críticas

Ejemplo de esta estrategia la constituye el SERUMS de Perú y el Ciclo de Destinación en Chile. Ambas iniciativas están orientadas a la provisión de cargos en zonas específicas (generalmente zonas aisladas, marginales o rurales) preferentemente del primer nivel de atención.

La participación y permanencia en estos programas genera, por ejemplo, posibilidades de acceso a formación de especialidades con financiamiento público; reconocimiento de puntajes en futuros procesos de selección, reconocimiento en factores de desarrollo de carrera.

Una experiencia similar es el “Año de Servicio Rural” de Colombia (Servicio Social Obligatorio), que en este caso es requisito habilitante para el ejercicio profesional.

³⁵Difusión de SERUMS – MINSA Perú, disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dggdrh/comunicate/index.html>

Aumentos de cupos de formación con financiamiento público y dotación de personal en áreas desatendidas

Estas estrategias permiten aumentar la masa crítica de profesionales disponibles que poseen las capacidades adecuadas a las necesidades del modelo de atención. En este sentido se identifican estrategias como PROFAM en Perú, Residencias SAFCI en Bolivia, Formación progresiva en APS en Chile y aumento de cupos de especialidad, Convenios de formación de pre y post grado para 10.000 profesionales en Ecuador.

Alianzas con el sector formador para el desarrollo de polos formación/servicios

El desarrollo de actividades de actualización son parte consustancial al desarrollo de las profesiones de la salud. La lejanía respecto de los grandes centros urbanos también aleja a los profesionales de los centros formadores, sin embargo, desarrollar proyectos formativos en las propias comunidades (Residencias SAFCI) son útiles no sólo para la adecuación de perfiles, sino también para generar lazos con las comunidades, enfrentar el problema señalado y permitir que los profesionales combinen su actividad "clínica" con actividad docente.

Desde un punto de vista de las "buenas prácticas de administración" se reconoce la importancia de estas estrategias, sin embargo, no existe evidencia sobre su impacto en las tasas de captación y retención logradas. De todas formas, es posible señalar que, en la medida que las estrategias sean adecuadamente diseñadas, serán útiles para ampliar la convocatoria y el conocimiento del sector salud entre los potenciales candidatos, siendo una condición para mejorar su diseño, profundizar el conocimiento por parte de los gestores de RHS, del mercado laboral en que se inscriben, así como de las opciones y motivaciones de los profesionales.

4.2.5. Gestión del desempeño

Este ámbito está compuesto por atributos relacionados con el nivel de desempeño del personal y con la expectativa de obtener su mejor contribución para el cumplimiento de los objetivos sectoriales. Considera aspectos como la definición, conformación y roles de los equipos de salud de AP y la utilización de estrategias orientadas a mejorar el desempeño:

- Respecto de la definición del equipo básico de salud y mecanismos de complementariedad de funciones, se espera establecer si los países cuentan con equipos básicos de salud, que trabajan en la red asistencial y que aplican modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo.
- Con relación a la educación permanente: se trata de conocer si se aplican estrategias de desarrollo para el personal con desempeño en sectores rurales, quienes habitualmente tienen menos acceso capacitación y actualización.
- Sobre los sistemas de incentivos, se indaga si los países cuentan con un modelo integrado de carrera sanitaria que considere los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el primer nivel de atención.
- Finalmente, se consultó acerca de la aplicación de mecanismos de evaluación de la satisfacción del personal, útiles para ampliar el conocimiento sobre la percepción, opciones y motivación del personal, orientadas al diseño de políticas ajustadas a las necesidades de las personas y de los equipos de salud. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 20
Evaluación del Ámbito de Gestión del Desempeño

GESTION DEL DESEMPEÑO	Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	Sistemas de incentivos	Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con equipos básicos de salud, que trabajan en la red asistencial aplicando las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo definidas	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso, cuyos contenidos son priorizados en base a las necesidades locales.	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, cuyos resultados son aplicados para ajustar las estrategias y políticas de RHS vigentes
	Bolivia				

GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	Sistemas de incentivos	Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Avanzado	El país definió la composición de los equipos básicos de salud, así como las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus particularidades	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención
Desarrollo Intermedio	Chile - Ecuador El país cuenta con definiciones de roles de cada uno de los integrantes del equipo básico de salud en forma separada sin abordar las áreas de coordinación y complementariedad Perú	Bolivia - Chile El país dispone de estrategias aisladas de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas sin un claro enfoque hacia la APS Perú	Chile - Ecuador - Perú El país cuenta con sistemas de incentivos aislados que no responden a una lógica de red asistencial o que privilegian los niveles secundario y/o terciario Colombia	Chile El país cuenta con sistemas de ascensos o promociones gestionados por cada unidad operativa de RHS que no responden a las necesidades de desarrollo del modelo de atención	Perú Las áreas de RHS aplican en forma aislada para responder a demandas específicas, instrumentos que permitan conocer la percepción de satisfacción laboral del personal del primer nivel de atención Colombia — Chile - Ecuador

GESTION DEL DESEMPEÑO	Poco o nulo desarrollo	
Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funciones	El país no cuenta con definiciones de los equipos básicos de salud o cuenta con definiciones incipientes	Colombia
Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	El país no dispone de estrategias de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas o su desarrollo es incipiente	Colombia - Ecuador
Sistemas de incentivos	El país no cuenta con sistemas de incentivos o cuenta con un desarrollo incipiente	Bolivia
Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	El país no cuenta con un sistema de carrera sanitaria estructurada o cuenta con un desarrollo incipiente	Bolivia - Colombia - Ecuador - Perú
Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS no aplican instrumentos de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Bolivia

Se identifica la definición del equipo básico de salud, con la obtención de diversos beneficios organizacionales:

- Como “señal” para el mercado de la formación, respecto de las necesidades de RHS del sector salud.
- Como elemento de organización del trabajo en red, en que cada nivel de atención actúa integradamente en torno a roles y responsabilidades claramente definidas, según criterios de continuidad e integralidad de la atención.
- Como insumo para los diferentes procesos de gestión de RHS, (reclutamiento, selección, inducción y acogida, evaluación del desempeño, capacitación y desarrollo), al describir los roles y funciones globales exigibles al equipo básico de salud. que describe los desempeños que se espera tengan los equipos de salud del nivel primario.
- Como elemento para clarificar expectativas tanto a las personas que integran los equipos de salud, como a sus supervisores, respecto de la misión y funciones del puesto o la interacción con los demás integrantes del equipo.

Los países han avanzado en este ámbito, en el marco de las definiciones del modelo de salud. Estas definiciones han sido recogidas en las respectivas políticas de RHS. En la tabla N°21 se puede revisar las definiciones, composición y responsabilidades previstas para estos equipos de salud en Chile y Perú:

Tabla 21

Definición de los Equipos Básicos de Salud – Perú y Chile

Perú: Equipo Básico de Salud
<p>Identifica dos tipos de equipos de RHS para el primer nivel de atención:</p> <p>EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA</p> <p>Está asignado a un establecimiento tipo puesto de salud y puede estar conformado por diversos profesionales no médicos y técnicos de salud que se apoyan en los ACS (Agentes Comunitarios de Salud).</p> <p>EL EQUIPO BÁSICO DE SALUD</p> <ul style="list-style-type: none">- Es un equipo de salud más completo, integrado principalmente por médico, personal de enfermería, obstetrix y técnico de enfermería, dotado de mayor capacidad de resolución, que se ubica en establecimientos como micro redes o núcleos. También señalan considerar deseable la incorporación de un encargado de informática, que sea un productor activo de esta en la medida de las necesidades de los Equipos Básico y Familiares y Comunitarios de Salud. <p>Estos tienen además a su cargo:</p> <ul style="list-style-type: none">- La coordinación de los programas (Individual, familiar y Comunitario) de todos los sectores.- La supervisión y monitoreo de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.- La vigilancia de salud.- La formación permanente de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria.- La atención especializada de primer nivel incluyendo las referencias a un nivel de mayor especialización. Vinculadas a la profesión específica de cada uno de sus miembros.- La supervisión en dos sentidos. Por un lado cada miembro del Equipo Básico de Salud será coordinador de un programa (Individual, Familiar y Comunitario) y por otro lado, sus distintos miembros serán coordinadores de un sector (o sectores, de ser necesario) y por tanto de un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria o más.- El trabajo intersectorial y la coordinación con las autoridades distritales.

Chile: Equipo de Cabecera

En los establecimientos de atención primaria (CESFAM, Postas de Salud Rural, Hospitales Comunitarios) el equipo de cabecera es la unidad básica de trabajo, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención. El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Entre las funciones de los equipos de cabecera se puede mencionar:

- realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.
- diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
- evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
- realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
- mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
- trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Estas necesidades implican factores biológicos, psicológicos y sociales complejamente imbricados, por lo tanto el equipo debe integrar estas tres miradas a través de la participación de profesionales del área biomédica, psicológica y social, técnicos paramédicos y funcionarios administrativos.

Dadas las características que posee la Atención Primaria en Chile, es posible la integración de funcionarios profesionales y administrativos en el desarrollo de trabajo en equipo, siendo pionera en la incorporación de diversos profesionales al equipo de salud como; matronas, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, odontólogos, además del médico, enfermera y técnico paramédico quienes tradicionalmente han formado el equipo de salud en otros países. Por otro lado, es importante notar, que parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al trabajo en equipo. Ambas características facilitan una visión más completa e integrada de los problemas de las personas, de la realidad local y de las posibles estrategias a seguir para abordar esos problemas.

Respecto del atributo referido a la Educación Permanente en Salud (EPS) para el personal con desempeño en zonas aisladas. Los países identifican más bien estrategias de capacitación, sin mencionar experiencias concretas de EPS, entendida esta, como una intervención orientada hacia la transformación de la práctica del equipo de salud, cuyo objetivo es “perfeccionar los servicios a través de un ejercicio educativo permanente y que busque una capacitación técnica inseparablemente unida a la reflexión crítica”³⁶.

³⁶Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. María Cristina Davini. Publicación N° 19 OPS – 1989.

La no identificación de proyectos concretos de EPS, podría ser indicativo de que se están privilegiando otras estrategias de desarrollo de competencias, tales como programas de capacitación en convenios con universidades y capacitación a distancia.

En el caso de Chile la capacitación es uno de los componentes de la carrera sanitaria de APS. Cada Municipio en su rol de administrador comunal de salud, debe formular anualmente, en conjunto con el Programa de Salud un Comunal, un Plan de Capacitación para su personal, el que debe ajustarse a las orientaciones técnicas que imparte el Ministerio de Salud.

En el caso de Perú el desarrollo de competencias de APS, está actualmente focalizado, en la implementación del PROFAM.

Colombia, por su parte, está en la fase de diseño de un modelo de gestión de personal para zonas dispersas en que se considera el componente de desarrollo de competencias.

Respecto del Sistema de Incentivos, se observa un gran esfuerzo en este ámbito, tanto desde el punto de vista de la incorporación de incentivos económicos y no económicos, orientados a lograr mayor competitividad remuneracional, incentivar ciertas conductas o logros específicos (metas), estimular la localización en determinados puntos de la red asistencial y generar mejores condiciones laborales a partir del reconocimiento de beneficios laborales. Sin observarse opciones que privilegien el desarrollo de los equipos de APS, en general los incentivos son para todos los niveles de atención. Tampoco se reconocen de manera expresa, iniciativas relativas a incentivos referidos a los entornos laborales (supervisión adecuada, autonomía), ni a recompensas intrínsecas (mecanismos de reconocimiento).

La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, desarrolló durante 2008 un estudio sobre los incentivos aplicados en el sector salud³⁷, lográndose la siguiente sistematización:

³⁷Artículo de eManager "Strengthening human resource management to improve health outcomes, disponible en: http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf

Tabla 22
Tipos de Incentivos

Económicos	No Económicos
<p>Términos y condiciones de empleo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salario/sueldo - Pensión - Seguros (de salud) - Primas (por ejemplo, de vivienda, para vestido, para el cuidado de los niños, de transporte, aparcamiento) - Permiso pagado. <p>Pagos por resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consecución de los objetivos de Resultados - Años de servicio - Ubicación o tipo del trabajo (por ejemplo, lugares alejados) <p>Otras ayudas financieras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Becas - Préstamos 	<p>Ambiente positivo de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomía en el trabajo y claridad de las funciones y responsabilidades - Reconocimiento del trabajo y de los objetivos logrados - Gestión de apoyo y estructura de pares - Gestión eficaz de los riesgos para la salud y la seguridad laboral con un lugar de trabajo seguro y limpio - Eficaz representación y comunicación con los empleados - Políticas de igualdad de oportunidades - Permisos maternales y parentales - Flexibilidad en los contratos - Empleo sostenible. - Horarios de trabajo flexibles <p>Apoyo al desarrollo profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supervisión eficaz - Estructuras de asesoría y mentores - Acceso a sistemas de apoyo, formación y capacitación - Permiso sabático y de estudios <p>Acceso a servicios tales como</p> <ul style="list-style-type: none"> - De salud - Cuidado de niños y escuelas - Instalaciones recreacionales - Vivienda - Transporte. <p>Recompensas intrínsecas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción en el trabajo - Realización personal - Compromiso con valores compartidos - Respeto de los compañeros y de la comunidad - Sentido de pertenencia al equipo

Fuente: Global Health Workforce Alliance/WHO 2008.

Las tendencias que se observan entre los países de la subregión, respecto del uso de sistemas de incentivos son las siguientes:

- Esquemas de pago que consideran componentes fijos y variables. Estos últimos están preferentemente referidos a condiciones laborales (localización por ejemplo), conductas que se desea estimular (satisfacción usuaria) y rendimiento (colectivo e individual).
- También se utilizan incentivos vinculados al logro de metas sanitarias, establecidas mediante diferentes tipos de convenios (Perú y Chile).
- En el caso de Colombia es diferente ya que cada empleador determina las modalidades contractuales y de pago. Actualmente se estudia la incorporación de incentivos asociados a producción de prestaciones.
- Perú ha hecho recientemente un esfuerzo de ordenamiento a través de la aprobación de la Ley sobre "Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la salud al Servicios del Estado".
- En Chile se observa la existencia de diferentes tipos de asignaciones de compleja administración, que han respondido a procesos específicos de negociación salarial de diferentes grupos de interés, sin contar con evaluaciones específicas acerca de su efectividad. Al respecto, una primera aproximación cualitativa se logró en el marco del estudio de "Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile"³⁸, cuyas conclusiones podrían servir de orientación para que otros países de la región evalúen sus decisiones en este ámbito:

³⁸"Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile", disponible en el siguiente enlace: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/2009/10/16649832/chile-estudio-de-brechas-de-oferta-y-demanda-de-medicos-especialistas-en-chile>

Tabla 23

Análisis sobre el modelo de incentivos de Chile

Extracto del Estudio del Bco. Mundial sobre Oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile

El modelo operativo del sistema de salud de Chile es sofisticado. Uno sus rasgos sobresalientes es la separación de las funciones de financiamiento y de prestación de servicios, los que, a su vez, son prestados por dos niveles institucionales diferentes: la APS por los municipios y el resto de la atención por los Servicios de Salud del MINSAL. La separación de funciones genera oposición de intereses en este campo y promueve el desarrollo de mecanismos de compra de servicios. Esto introdujo diversos modelos en el sector público y en el privado con la generación de complejos mecanismos de incentivos que inciden en la conducta de los asegurados privados y de los profesionales de las distintas disciplinas de la atención de la salud. En el sector estatal existen, además, incentivos explícitos en los modelos de gestión de efectores, que vinculan a los mismos metas y resultados. Toda esta compleja ingeniería operativa requiere potentes sistemas de información, algunos de los cuales están aún en proceso de maduración. A su vez, este sistema de incentivos está pendiente de una evaluación sistemática profunda de sus resultados.

Uno de los problemas del sistema de salud es el que se refiere al déficit de personal profesional en zonas alejadas. Existe una asignación por localización prevista en el sistema de remuneraciones que, evidentemente, no resuelve dicho problema. Quienes lo reciben representan aproximadamente el 50% del personal, siendo el impacto promedio del 20%. El 80% del personal que recibe el estímulo percibe un incentivo inferior al 25% de su sueldo neto. Esto, sin considerar los diferenciales de ingresos salariales por región (incluido el estímulo por zona).

El sistema de incentivos al desempeño parece presentar numerosos problemas: i) su magnitud, considerada globalmente, no es actualmente representativa (0.3% de la masa salarial en el caso de los médicos especialistas); ii) la porción sujeta a resultados no parece reflejar una gran variabilidad por lo que el incentivo tiene altas posibilidades de ser percibido como un fijo; iii) La forma de liquidación (semestral) puede generar un efecto de dilución temporal ya que el premio queda disociado temporalmente del desempeño (año anterior); iv) los incentivos relacionados con la calificación del personal chocan con la poca disposición de los directores de servicios a generar calificaciones diferenciales por lo que el premio podría no reflejar los verdaderos méritos que se busca premiar. Este sistema parece funcionar mejor en el caso del personal no médico que con los médicos.

Para el caso de los desempeños colectivos, estos están sujetos al cumplimiento de metas, pero no resulta claro cómo se compatibilizan las metas nacionales con las que cada servicio fija para sus establecimientos. Este es uno de los aspectos centrales, en el sentido que se requiere de una adecuada alineación de todo el proceso de generación de metas e incentivos.

Incentivos a la dedicación profesional: si bien todas las horas se pagan al mismo valor, existe una asignación por condiciones y lugar de trabajo, que perciben principalmente los médicos de la Etapa de Destinación y Formación que cumplen 44 horas, (Ciclo de Destinación) que puede ser de hasta 180% del sueldo base, aunque sujeto a limitación presupuestaria.

Los médicos comparten en forma creciente su tiempo de trabajo en el sector público con el desempeño en el sector privado, desplazando tiempo médico total desde la provisión pública de servicios de salud a la privada, donde los honorarios, considerados por prestación, son generalmente mayores. Se evidencia que en forma creciente los profesionales solicitan pasar de la categoría de 44 horas a las de 11 y 22 horas, más los médicos de la planta superior y más los profesionales de las Regiones centrales del país. La brecha de honorarios entre el sector público y el privado difiere según la especialidad y, a pesar de la mejora de las remuneraciones en el sistema público de salud en los últimos años, persiste una desigualdad de renta entre el ámbito público y el privado. En entrevistas en profundidad a médicos especialistas del sector público se encontró un cierto nivel de aceptación a la combinación horaria "22 + 28 horas" (22 horas diurnas y jornada de 28 horas en horario nocturna y festivo) Desde el punto de vista de los profesionales, encuentra un buen equilibrio entre dedicación horaria e ingresos. Especialistas con ese régimen que, además contaban con la Asignación por Estímulo al 180%, demostraban satisfacción con los ingresos percibidos en el sector.

Localización. Si la retención de profesionales especializados plantea con claridad el desafío de los incentivos, de la misma manera lo hace la localización de profesionales especializados en zonas remotas, donde al tema de la renta, se suman otros aspectos, como la disponibilidad de servicios, especialmente los educativos y de infraestructura urbana, para sí y para su familia, que los profesionales parecen valorar mucho. Acá, nuevamente, el peso global de la asignación por zona en los profesionales que los perciben, tiene un alcance promedio del 20% de la remuneración total, pero se hace necesario un estudio particular más profundo sobre el tema, a nivel de cada servicio de salud, para determinar la importancia del mismo, porque aún cuando en casos puntuales el estímulo es alto, no parece ser suficiente. Valen para este punto los comentarios relativos al sistema de incentivo del punto previo.

Aunque ninguna conclusión definitiva puede extraerse de la evidencia mostrada, esta tendencia muestra que, a futuro, será necesario profundizar en el estudio de otras medidas de productividad en el sector público de provisión de servicios de salud, especialmente para verificar la relevancia de los sistemas de incentivos en su relación con la productividad.

Tabla de elaboración propia en base al informe del Proyecto citado en la referencia N°116

Existe múltiple evidencia que las organizaciones debieran proveer una mezcla de incentivos económicos y no económicos. Estudios demuestran que un sistema de incentivos financieros bien diseñados y administrados, probablemente evita la insatisfacción en el empleo, pero no necesariamente asegura la motivación³⁹.

Otro mecanismo habitualmente relacionado con la satisfacción en el empleo y con posibilidades de retención del personal, es el Sistema de Carrera Sanitaria o, trabajo decente (en el caso Colombiano).

³⁹The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

En general, con excepción de Chile, los países de la subregión no han desarrollado sistemas de carrera, existiendo iniciativas referidas al trabajo decente, tales como, formalización de contratos y asignación de derecho a la seguridad social. Varios países han planteado su interés respecto del desarrollo de esta estrategia. Perú, Ecuador y Bolivia, lo mencionan en sus respectivos planes y programas de desarrollo de RHS.

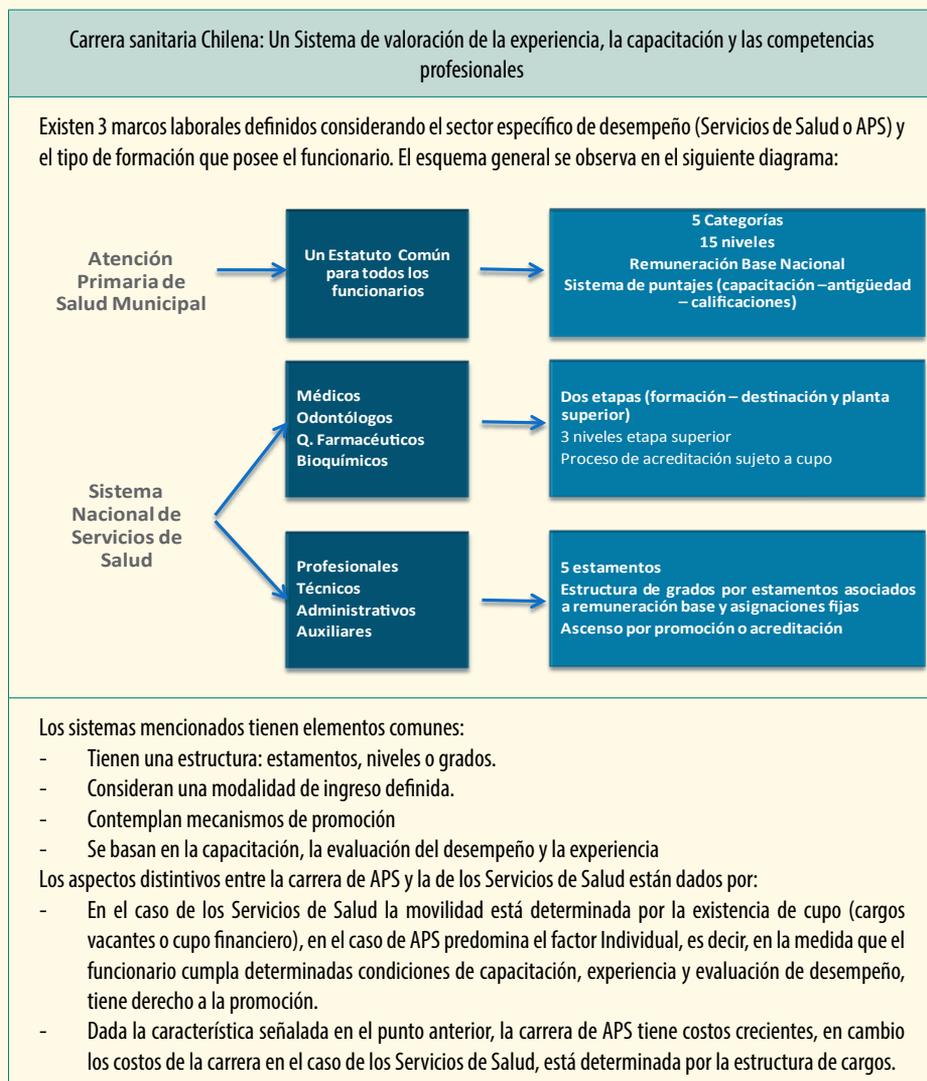
Las definiciones planteadas OPS durante el taller Carrera Sanitaria, "Gestionando su Implementación"⁴⁰, realizado en Nicaragua (2008), señalan que:

- La Carrera Sanitaria constituye un medio para ordenar el accionar, labor o el trabajo del personal de salud.
- Expresa intereses de diferentes actores y en la región es abordado desde tres perspectivas complementarias: Los derechos del trabajador; Las necesidades de los usuarios; Los requerimientos institucionales.
- Señala, además, que "la Carrera Sanitaria", es uno de los instrumentos más potentes de organización del trabajo.

⁴⁰Documento disponible en el siguiente enlace: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17770&Itemid

Tabla 24
Experiencia Chilena de Desarrollo de Carrera Sanitaria

Carrera sanitaria Chilena: Un Sistema de valoración de la experiencia, la capacitación y las competencias profesionales
<p>En Chile existen tres modelos de carrera sanitaria. Uno propio del personal de APS Municipal, otro para el estamento médico dependiente de los Servicios de Salud y un tercero para los demás profesionales de la salud. (El personal técnico y administrativo están adscritos a sistemas de carrera administrativa).</p>
<p>Los sistemas de carrera se organizan sobre la base del reconocimiento de la experiencia, el nivel de capacitación y el desempeño, vinculando la promoción del personal a procesos de acreditación funcionaria, por sobre los conceptos tradicionales vinculados a la antigüedad funcionaria.</p> <p>Los ejes más representativos de la carrera son:</p> <ul style="list-style-type: none">- El ingreso por concurso público que debe cumplir con condiciones transparencia e igualdad de oportunidades.- La capacitación entendida como un derecho vinculado con el desarrollo no sólo de las personas, sino que también de las propias las instituciones.- La promoción por concurso en base a variables como el desempeño, las competencias y trayectoria.- La existencia de procesos de evaluación del desempeño y,- Un régimen especial para los directivos de mayor jerarquía, quienes están adscritos a un sistema de alta dirección.



No obstante los desarrollos logrados, Chile no ha evaluado el impacto de este sistema sobre la capacidad de contratación o retención del personal. Un desafío para la gestión de RHS es que estos sistemas sean útiles para el funcionamiento del modelo de salud de cada país y contar con políticas de RHS para un sistema integrado de salud basado en Atención Primaria y centrado en las necesidades de los usuarios.

De acuerdo con lo señalado, antes de iniciar un diseño de carrera se debiera definir, qué se desea estimular con el sistema de carrera funcionaria y de incentivos, teniendo presente que estos sistemas tienen potencialidades y limitaciones específicas. La experiencia, en este sentido, sugiere que la carrera es útil como un mecanismo de mantención y, en la medida que los demás subsistemas de RRHH de los que se alimenta funcionen adecuadamente, contribuye al desarrollo de los equipos de salud. Sin embargo, el impacto sobre los resultados sanitarios no ha sido evaluado.

Algunas condiciones previas a la instalación de un sistema de carrera basado en la evaluación del desempeño, la capacitación y la experiencia, son:

- Asegurar condiciones de calidad y transparencia del proceso de evaluación de desempeño. Es pertinente analizar si existe dispersión de los resultados y si los resultados se vinculan con la contribución que las personas y equipos hacen al logro de los objetivos sanitarios.
- Contar con Planes de Capacitación pertinentes velando por su orientación hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales. Considerar la cobertura y mecanismos de acceso a las opciones de capacitación (transparencia de procesos), así como su sustentabilidad económica.
- Analizar la posibilidad de establecer un vínculo entre el sistema de capacitación con las brechas de competencias diagnosticadas, en este sentido es importante contar con descripción y evaluación de competencias.
- Distinguir los propósitos y finalidades de la capacitación. Evaluar la pertinencia de asociar la capacitación con la carrera si las estrategias de capacitación se usan sólo para cerrar brechas de competencias (¿correspondería asignar puntajes a este factor?).
- Evaluar si los diseños son coherentes con la capacidad instalada (actual o potencial) para gestionarlos. Un sistema simple, bien gestionado puede tener mayor impacto que un sistema complejo de comprender y administrar.

Finalmente, respecto de los mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, se observa que, en la medida que las áreas de RHS avanzan en la implementación de soluciones para la administración de los procesos regulares de administración de personal (rol operativo de RRHH), van asumiendo tareas en el plano del desarrollo de los RRHH, tales como estudios sobre clima laboral, satisfacción, condiciones laborales, entre otros.

Los países identifican iniciativas más orientadas a la medición sobre la satisfacción de los usuarios del sistema (calidad de servicios) que a la medición de la satisfacción

laboral. Es posible que en los niveles locales de gestión existan iniciativas concretas en este ámbito, pero las Direcciones Nacionales no disponían de esta información, lo que podría ser indicativo que este aspecto no ha sido suficientemente priorizado en el marco de las múltiples tareas que estas unidades desarrollan.

Lo anterior se refuerza, con los resultados obtenidos en el atributo referido a los incentivos, en que se identificaron, básicamente, incentivos de carácter económico o beneficios laborales clásicos, tales como, vacaciones y derechos parentales.

Contar con información sobre aspectos vinculados con la satisfacción laboral del personal que se desempeña en APS, constituye un insumo valioso al momento de diseñar, por ejemplo, estrategias pertinentes y efectivas de retención, sistemas de incentivos y programas de provisión de cargos en zonas alejadas.

De acuerdo a lo planteado por la Agencia Norte Americana para el Desarrollo (USAID-MSH), "la satisfacción con el empleo está referida a la sensación de confortabilidad en el ambiente de trabajo y está relacionado con la retención y el desempeño. Tal como se mencionó en el punto referido a sistemas de incentivos, la satisfacción laboral es el resultado de diferentes tipos de recompensas. Si bien una alta satisfacción no puede ser absolutamente vinculada con altas tasas de retención y alto desempeño, si es posible establecer la relación contraria, es decir, una baja satisfacción puede ser relacionada con altas tasas de deserción y bajo desempeño"⁴¹. La misma fuente citada precedentemente, identifica las variables de satisfacción laboral que es pertinente evaluar, proponiendo estrategias para mejorar la percepción de cada una:

Tabla 25
Variables de Satisfacción Laboral

<p>Justicia en el trato y salario</p>	<p>Un salario justo combinado con un trabajo que contribuya a las metas de la organización, tener el respeto de los colegas de trabajo y oportunidades de desarrollo, pueden resultar claves para elevar el nivel de satisfacción con el empleo y mejorar el desempeño y los indicadores de retención.</p> <p>Hay factores que contribuyen a generar una percepción de trato justo entre los empleados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salario y compensaciones - Procesos de contratación - Aplicación cotidiana de las políticas de personal - Distribución del trabajo entre el personal - Apoyo y reconocimiento de los empleados
---------------------------------------	--

⁴¹The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

<p>Claridad respecto de la misión del cargo, roles, funciones y medios de trabajo</p>	<p>Las personas necesitan respuestas específicas respecto de estos aspectos de su trabajo. Existen muchos casos en que la respuesta es vaga o no existe. Los supervisores no especifican sus expectativas o en ocasiones las personas son contratadas para un trabajo específico y luego le son requeridas otras funciones.</p> <p>Las estrategias que contribuyen a mejorar este factor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener buenas descripciones de trabajo - Clarificar responsabilidades actuales - Utilizar el cambio de tareas en forma inteligente (período concreto, clarificando roles y motivos)
<p>Procesos adecuados de retroalimentación y evaluación del desempeño</p>	<p>Las personas necesitan retroalimentación sobre su desempeño, más allá de las evaluaciones anuales del desempeño (que generalmente tienen un alto componente burocrático), la retroalimentación y el reconocimiento deben ser regulares. Esto implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la retroalimentación continua - Evaluar formalmente a lo menos una vez al año. Capacitar a los supervisores para que entiendan su finalidad y los procedimientos utilizados. - Vincular el rendimiento evaluado con incentivos (no necesariamente económicos)
<p>Destacar la importancia del trabajo del equipo de salud para la red en su conjunto</p>	<p>Entre las estrategias que se pueden utilizar destacan las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las estrategias de reconocimiento público a equipos o individuos sobre sus contribuciones pueden ser una gran herramienta de motivación. - Ofrecer oportunidades de desarrollo, representar a la organización en eventos importantes, o contribuir a iniciativas importantes pueden ser importantes estrategias de motivación. - Involucrar al personal en las tareas de evaluación y planeación para hacer que se sientan propietarios de su propio trabajo. - Ayudar a definir las metas estratégicas de la organización. - Poner atención al clima de trabajo de la organización. - En el caso específico de APS, una estrategia es vincular los logros sanitarios con actividades locales que cuenten con la participación de la comunidad y las autoridades locales y nacionales.

<p>Oportunidades de desarrollo</p>	<p>Las personas se sienten motivadas y desafiadas cuando sienten que tienen posibilidades de aprender, desarrollar nuevas competencias, asumir nuevas responsabilidades y creer que su esfuerzo fortalecerá su carrera.</p> <p>Incorporar el entrenamiento dentro del sistema de gestión de RHS, (evitando errores como elegir al personal incorrecto, alejarlo por mucho tiempo de su lugar de desempeño, optar por un entrenamiento incorrecto).</p> <p>Se pueden introducir maneras diferentes de enfocar la capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones de mentores para entrenamiento en el trabajo. - Asignación de tareas en diferentes puestos de trabajo. - Incorporar al personal en diferentes grupos de tarea o comités. - Incorporar técnicas de presentación y discusión en las reuniones del personal. - Diseñar un sistema basado en las reales necesidades organizacionales y del personal. - Contar con claros criterios de selección
------------------------------------	---

Elaboración propia en base a los contenidos de The eManager Number 1-2009: Strengthening Human Resources Management to Improve Health Outcomes. USAID-MSH

Como ha podido observarse una adecuada gestión del desempeño podría contribuir no sólo a mejorar el rendimiento de los RHS y, por lo tanto, del sector en su conjunto, sino también permitiría elevar la satisfacción laboral y el compromiso con los objetivos organizacionales y de la red. Es posible que en este nivel de desarrollo y de instalación del modelo de atención, los atributos que más logran coherencia con un sistema basado en redes integradas, sean la definición del equipo básico de salud y la capacitación, ámbito en el cual se han hecho esfuerzos por incorporar contenidos propios del modelo de atención. En tanto se observan mayores desafíos en este sentido, respecto de los incentivos y la carrera sanitaria. Una opción que podría servir para reorientar correctamente estas dos estrategias, sería contar con evaluaciones acerca de la percepción de satisfacción laboral.

4.2.6. Desarrollo institucional y organizacional

En este ámbito se pidió a los países identificar el grado de desarrollo de sus estructuras de gestión de RHS, con la finalidad de determinar si contaban con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 26

Evaluación del Ámbito Desarrollo Institucional y Organizacional

VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	Estructura de Gestión de RHS
Desarrollo Consolidado	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, dotada de capacidades de gestión local, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red
Desarrollo Avanzado	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red Ecuador
Desarrollo Intermedio	El país cuenta con una dirección de nivel nacional con limitada capacidad de articulación, supervisión y control de las unidades de gestión de RHS adscritas a cada establecimiento o centro de salud Bolivia - Chile – Perú – Colombia
Poco o nulo desarrollo	El país no cuenta con una estructura integrada de gestión de RHS, solo existen unidades básicas de administración de personal centradas en aspectos operativos y adscritas a cada establecimiento o centro de salud

Todos los países cuentan con una Dirección Nacional de RHS. El rol que cumplen estas instancias, así como la conformación, o no, de una red de RHS en los niveles descentralizados, varía según la conformación del Sistema de Salud.

Aunque el énfasis de la evaluación de este atributo en el presente estudio, es diferente al contenido en las Metas Regionales de RHS (Meta N° 5⁴²), es pertinente presentar

⁴²Meta N° 5: “establecer una unidad o dirección de RHS responsable por el desarrollo de políticas y planes de RRHH, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores”

los resultados logrados en dicha medición, especialmente, porque algunos países identificaron las áreas que requerían fortalecer (tabla N° 26):

Tabla 27
Resultados Meta N°5 – Metas Regionales de RHS

País	Puntaje logrado de un máximo posible de 16	Área que se requieren fortalecer
Bolivia	13,8	Conducción estratégica del sistema de RHS. Nivel jerárquico de la unidad (actualmente depende de administración)
Colombia	14,0	Planificación de RHS y sistemas de información
Chile	15,1	Planificación de RHS a escala nacional (público/privada). Integración del Sistema de información
Ecuador	14,4	Sin observaciones
Perú	14,5	Sin observaciones

- Chile y Perú, tiene características organizacionales similares. Ambos países identifican la conformación de una “red de gestión de RHS”, que desarrolla funciones en la mayoría de los ámbitos analizados en este estudio.
- Colombia, coincide respecto de la existencia de una Dirección Nacional de RHS, pero esta instancia cumple, en el marco del sistema de garantía de calidad, prioritariamente funciones de rectoría y articulación con actores del campo, orientadas a la definición de perfiles de competencias de los RHS.
- En Bolivia la Unidad de Recursos Humanos está bajo dependencia jerárquica de la Dirección General de Asuntos Administrativos como apoyo y control a esta dirección general. Este aspecto podría afectar la visibilidad del área y su posicionamiento estratégico. Al respecto la metodología de medición metas regionales de RHS, plantea: “la Dirección Nacional de RHS debe estar localizada en un alto nivel de comando del Ministerio de Salud Pública, para que pueda ejercer poder con sus decisiones o su asesoría a la autoridad sanitaria nacional”.
- Las funciones que cumplen las áreas de gestión de RHS, son: Política y Planificación de RHS; Organización del Trabajo; Gestión del Empleo y del Desempeño y Relaciones Humanas, sociales y laborales.

De acuerdo con estos antecedentes y en coherencia con la definición de organización de los sistemas de salud basados en redes integradas, se podría esperar que la estructura de gestión de los RHS, tuviera una organización y despliegue territorial similar a la de la propia red asistencial:

- Dirigiendo la red de RHS, con dependencia directa de la autoridad sanitaria nacional, la Dirección Nacional de RHS (sistema único de gobernanza). Esta instancia debiera estar dotada de capacidad política y técnica, para vincularse con los actores del campo (internos y externos) y coordinar el diseño e implementación de políticas y planes de desarrollo de RHS a nivel nacional y abarcando la red asistencial en su totalidad.
- Unidades de gestión descentralizada, definidas en coherencia con los criterios de territorialización utilizados por la RISS, logrando tantos puntos de articulación de la gestión de RHS como redes de atención existan. Estas instancias son las responsables de adecuar y aplicar las políticas de RHS en el territorio de la red, implementar los planes y retroalimentar a la Dirección Nacional respecto de la efectividad de las políticas y los niveles de ejecución de las tareas asociadas al plan de desarrollo de RHS.
- Unidades de microgestión, ubicadas en los establecimientos y centros de salud o en una agrupación de estos, dedicadas a la gestión operativa de RHS y a la mantención actualizada de los sistemas de información de RHS.

Diagrama 8

Diagrama de organización de la red de RHS

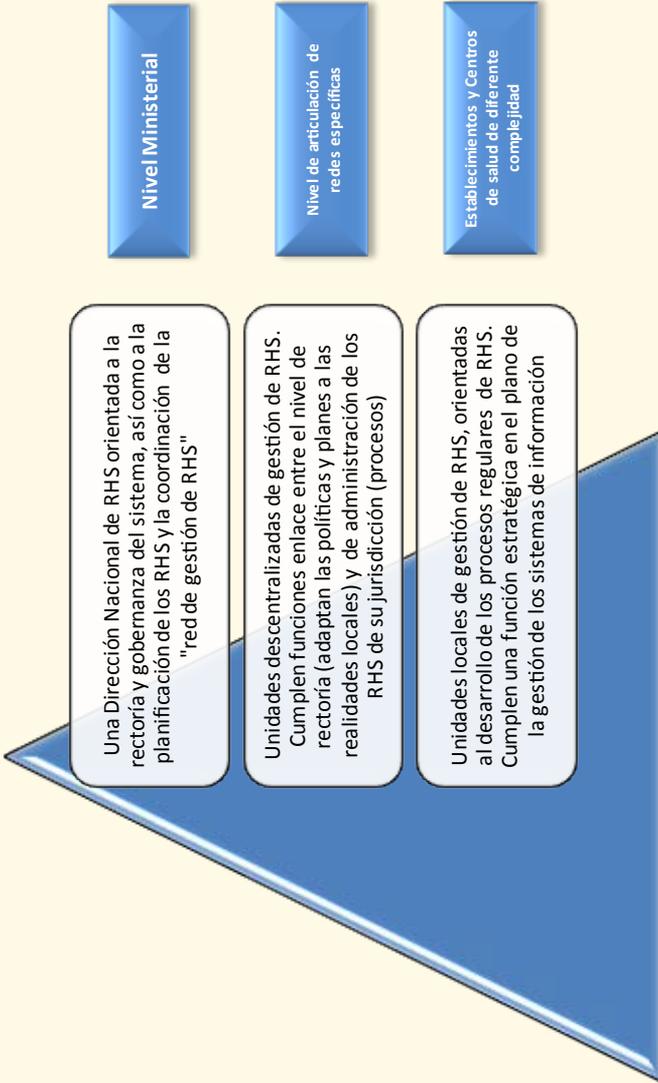


Diagrama de elaboración propia

Respecto del rol que se espera cumplan los gestores de RHS, es habitual identificarlos en una zona de tránsito, entre funciones tradicionales vinculadas con tareas operativas y tareas de nivel estratégico vinculadas con el desarrollo de la organización y del personal. Esta visión que surge en el contexto de la revalorización de los RRHH como el factor clave de las organizaciones, impone nuevos y más complejos desafíos sobre las áreas de gestión de RRHH, "Si la agenda futura para la creación de valor ha de venir de los RRHH, tendrán que definirse los nuevos roles para los profesionales de RRHH"⁴³.

Sin embargo, esta visión del rol del gestor de RHS como un tránsito lineal entre dos estados, contrasta con la realidad. En la práctica se observa una permanente superposición, en que los gestores deben enfrentar una combinación de exigencias operativas y desafíos estratégicos, debiendo desplegar competencias en ambos planos.

Tabla 28
Visión de la Gestión de RRHH

Visión Tradicional de la Gestión de RHS	Visión Estratégica de la Gestión de RHS
Rol Operativo Perfil de Control Orientado al corto plazo Función administrativa Orientados funcionalmente (tareas del área) Centrado en lo interno Actitud reactiva Centrado en las actividades	Rol Estratégico Perfil de "socio" colaborador Orientado al largo plazo Función asesora/consultiva Orientados a los negocios (misión de la organización) Centrado en lo externo y en los usuarios Actitud proactiva Centrado en las soluciones

Fuente : Champions Dave Ulrich en su libro *Champions-Recursos Humanos*

Esta visión es totalmente aplicable en el campo de los RHS, donde a las complejidades propias de estas nuevas exigencias, se suma la complejidad del sector y de los desafíos que enfrentan los gestores de RHS: escasa disponibilidad, inadecuada calidad, distribución inequitativa y dificultades de retención de los RHS, especialmente en zonas desatendidas.

El gestor de RHS debe intentar resolver estos desafíos, en el marco de la realización simultánea de tareas "operativas" y "estratégicas", con un marco limitado de recursos y con "clientes" altamente demandantes. La complejidad es aún mayor cuando lo

⁴³Dave Ulrich en su libro *Champions-Recursos Humanos*

que se busca es transformar la gestión de RHS desde un contexto de un sistema de salud fragmentado, hacia uno integrado basado en un modelo de atención familiar, comunitaria e intercultural, requiriéndose el despliegue de importantes habilidades de liderazgo, así como amplias competencias de gestión en todos los componentes del sistema de RHS, siendo posible reconocer ciertas habilidades críticas para los diferentes puntos de la red de gestión de RHS.

Diagrama 9

Competencias de Liderazgo y de Gestión de RHS por nivel de la red de RHS

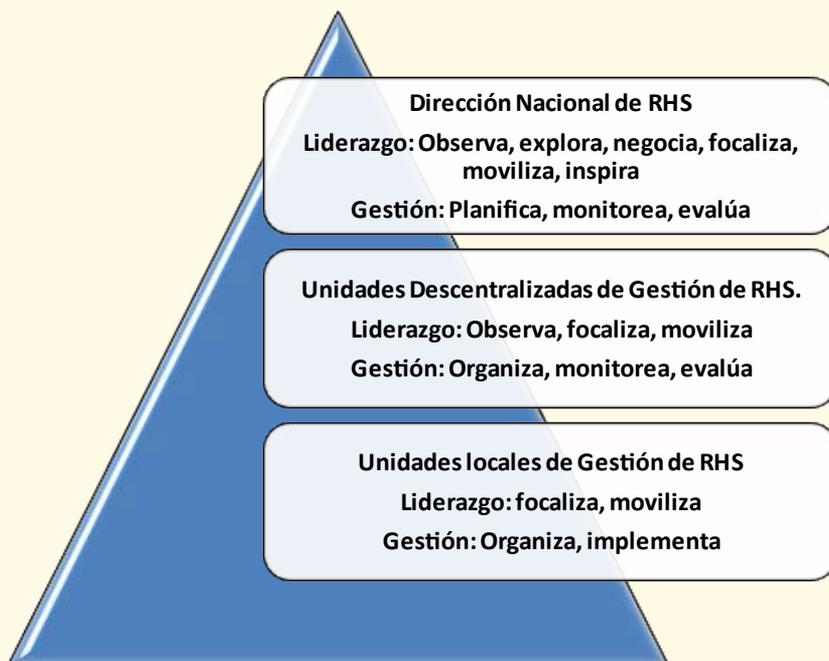


Diagrama de elaboración propia en base a Human Resource Leadership: The key to improved results in health” - Mary L O’Neil⁴⁴

⁴⁴Human resource leadership: the key to improved results in health - Mary L O’Neil - Human Resources for Health 2008, 6:10 doi:10.1186/1478-4491-6-10. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10>

En síntesis, en este contexto de cambio hacia una gestión integrada de RHS, se requeriría de una estructura de RHS coherente con la organización de la Red Asistencial, de recursos para su funcionamiento (tecnología e investigación) y de gestores de RHS capaces de movilizar los recursos organizacionales disponibles hacia la transformación del modelo de gestión de RHS desde un modelo segmentado hacia un modelo integrado.

4.3. Gestión de RHS para un sistema de salud basado en APS: un modelo por descubrir

Si bien no existen modelos de gestión de RHS que se hayan definido específicamente para funcionar en este escenario, en este punto se formulará, a partir de los contenidos del presente informe y en base de la experiencia de gestión de los países andinos, una propuesta que intenta identificar algunos elementos distintivos de la gestión de RHS para Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS.

4.3.1. Redefiniendo los límites de la gestión de RHS

Si se simplifica la diversidad de posibilidades existente en la realidad a dos opciones de organización, sistemas de salud segmentados y sistemas de salud integrados, una diferencia entre la gestión de RHS está dada por los límites organizacionales en que se inscribe. En el primer caso, los procesos de gestión de RHS se focalizan en unidades organizacionales específicas (establecimientos de salud) en forma independiente unas de otras y tienen un alcance singular. En cambio, en el segundo escenario el foco es sobre una red articulada de instituciones que, para lograr sus objetivos, debe actuar en forma coordinada e interactúa principalmente a través de procesos de referencia y contra referencia.

En escenarios intermedios de segmentación, dependiendo del esquema de organización del sistema de salud de cada país, se podrían encontrar modalidades de gestión de RHS focalizados prioritariamente en diferentes sub sectores, con presencia de mecanismos de articulación propios. Por ejemplo, dentro del sector público de salud, es posible distinguir diferentes prestadores según su dependencia: Ministerial; Municipal o local; Seguridad Social; Sector Universitario, entre otras posibilidades. Algunos prestadores se pueden organizar o integrar formando redes, siendo posible observar que la administración de RHS, descansa principalmente en la entidad gestora de cada red territorial y/o funcional.

En cualquiera de estos casos, estas diferencias tienen implicancias sobre todas las áreas de gestión y, muy especialmente, sobre la gestión de RHS y cada uno de

sus componentes expresados en términos generales en Sistemas, Políticas y Prácticas de Liderazgo y Gestión.

La propuesta de los elementos distintivos de la gestión de RHS para Redes Integradas de Servicios de Salud basados en APS, se organiza siguiendo el mismo esquema de análisis utilizado hasta el momento. Para estos efectos, se entenderá como gestión tradicional de RHS aquella propia de modelos de salud segmentados, en tanto, se entenderá por Gestión de RHS en Red, aquella que se pretende desarrollar en el marco del modelo de atención de salud familiar, comunitaria e intercultural organizados en redes integradas de servicios de salud.

Tabla 29

Descubriendo un Modelo de Gestión de RHS para Sistemas de Salud Basados en APS

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Gobernanza	<ul style="list-style-type: none"> - El país cuenta con un sistema de gobernanza de RHS único, situado al lado del sistema de gobernanza de la red integrada de servicios de salud, diseña, negocia e implementa políticas, normas y procedimientos que abarcan a todo el sistema de salud - El nivel de gobernanza de RHS posee capacidad de influir en las opiniones y decisiones de los actores del campo y conseguir establecer los "arreglos institucionales" necesarios para la implementación de las políticas, normas y procedimientos. - El nivel de gobernanza de RHS genera vínculos permanentes y formales con la sociedad civil, conoce y canaliza sus demandas y propuestas y se apoya en su fuerza movilizadora para promover los cambios requeridos por el sistema de salud, por ejemplo, en el ámbito de la formación de RHS. - El nivel de gobernanza analiza y promueve diferentes mecanismos de provisión de RHS, coherentes con la organización en red y el trabajo en equipos multidisciplinarios. Potencia este escenario como un ambiente propicio para ampliar las posibles soluciones considerando diversas estrategias de autosuficiencia (por ejemplo las contenidas en la tabla Nº 9). Busca alianzas con diferentes profesionales de salud a partir de planes para fortalecer la utilización máxima de sus respectivas competencias, promoviendo una regulación más flexible del ejercicio profesional.

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Planificación	<ul style="list-style-type: none"> - La planificación de RHS en Red, se inscribe en un esfuerzo sistémico de planificación sanitaria, que considera las decisiones de territorialización adoptadas, así como el conjunto de servicios de salud que se proveen a la población dentro de dicho territorio. - Los métodos de diagnóstico buscan identificar los problemas de provisión de servicios de salud dentro de la red asistencial, así como delinear posibles soluciones para resolver las necesidades de salud de la población y las contribuciones que en este sentido, pueden venir del área de RHS. Existe conciencia que no todos los problemas de provisión de servicios de salud se resuelven en base a aumentos de dotación u otras estrategias propias del campo de los RHS (el problema no es la falta de personal, sino la capacidad de la red para satisfacer las necesidades de salud de la población). - Las decisiones de RHS, especialmente las de expansión, consideran el impacto en todos los puntos de la red. Se resguarda el equilibrio y coordinación del proceso asistencial, se pone atención en la continuidad de la atención y se evalúan posibles necesidades de ajustes en la dotación de los demás niveles (por ejemplo la incorporación de nutricionistas al equipo básico del primer nivel, puede generar demanda de atención especializada en el segundo o tercer nivel que de otra forma no se hubiera pesquisado). Sin perjuicio de lo anterior, las estrategias de expansión y desarrollo de los RHS, privilegian el fortalecimiento del primer nivel como aquel que satisface la mayor parte de las necesidades de salud de la población. - Las áreas de gestión de RHS desarrollan estudios de investigación de RHS en temas clásicos como satisfacción laboral, impacto de los incentivos, oferta y demanda de RHS y, temas emergentes, como el alcance ocupacional de las profesiones, posibles estrategias de sustitución de roles y requerimientos de supervisión y coordinación, todo ello, en el marco del funcionamiento de equipos multidisciplinarios de salud. - Se dispone de proyecciones de necesidades de RHS agregadas y priorizadas considerando todos los niveles de la red asistencial, basados en un sistema de información integrado y la aplicación de métodos de proyección de oferta, demanda y estimación de brechas. - Los criterios de priorización consideran la distribución de la carga asistencial entre los niveles de atención, donde el primer nivel es el más resolutivo y la atención de especialidad se ubica en los lugares más apropiados de la red (el foco no son los especialistas, es la solución de problemas de salud).

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Formación	<ul style="list-style-type: none"> - Las áreas de RHS disponen de descripciones de perfiles ocupacionales considerando como unidad básica, los equipos de salud en los diferentes niveles de la red, por sobre perfiles individuales. - La información generada por los procesos de planificación, se comparte en espacios de articulación con el sector formador. Dichas instancias están integradas, además de las autoridades sectoriales y los gestores de RHS, por representantes de la comunidad y de los profesionales que integran el equipo básico de APS quienes constituyen el pilar de la red asistencial. - Los proyectos de formación se desarrollan considerando la potencialidad de la red asistencial en su conjunto. Promoviendo una distribución balanceada entre niveles, que considera la dinámica de la demanda de atención, en que la mayor parte de la carga asistencial se resuelve en el primer nivel. - Los Ministerios de Salud coordinan esfuerzos con los Ministerios de Educación e incorporan a los sistemas de acreditación y resguardo de la calidad, aspectos sobre la formación orientada hacia la APS, incorporando indicadores específicos que estimulen la transformación curricular. Por ejemplo: proporción del tiempo de práctica en el primer nivel de atención respecto de los demás niveles; desarrollo de proyectos de salud en áreas rurales o desatendidas y contenidos curriculares en salud pública, salud familiar, comunitaria e intercultural, entre otros.
Gestión del Empleo	<ul style="list-style-type: none"> - Se dispone de estudios sobre las condiciones del mercado laboral de salud, sobre las opciones de los profesionales de la salud y sus motivaciones. - Las normas y criterios de contratación se basan en los principios del trabajo decente, existiendo posibilidades de desarrollo y movilidad que consideran la red asistencial integralmente. - Se privilegia la autonomía profesional y se favorece el despliegue de las capacidades de los equipos, fomentando el trabajo articulado para resolver las necesidades de salud de la población. - Se dispone de estrategias de valoración de los equipos, en que la comunidad tiene un rol activo. - Se promueve una regulación más flexible del ejercicio profesional en base al trabajo en equipos multiprofesionales.

Ámbito de la Gestión de RHS en Red	Elementos distintivos de la gestión de RHS para APS
Gestión del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> - Los incentivos se orientan a lograr mejores niveles de desempeño del sistema de salud y estimulan la eficiencia en la provisión de servicios, así como, el seguimiento longitudinal de las poblaciones a cargo. - Se considera un conjunto reducido de incentivos económicos, de clara visibilidad e impacto en los salarios finales destinados a resolver los problemas de provisión de servicios en zonas desatendidas. - Se contemplan incentivos coherentes con el modelo de atención, relacionados con la mantención de las condiciones de salud de la población a cargo, especialmente, respecto del desarrollo de conductas saludables y control de riesgos. - Los esquemas de carrera sanitaria, consideran posibilidades de movilidad a lo largo de la red asistencial diseñadas en base a las etapas propias del ciclo laboral, desde el ingreso, desarrollo de competencias, máximo rendimiento, estabilización y etapa de salida.
Desarrollo Organizacional e Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - La estructura de gestión de RHS, se organiza con un despliegue territorial y funcional, similar al de las Redes Integradas de Salud. - Las instancias descentralizadas del sistema de gestión de RHS poseen las competencias necesarias para desarrollar las funciones operativas e implementar las políticas, procesos y procedimientos definidos, adecuándolos a las realidades locales existentes. - Existe una instancia de articulación de la red RHS, capaz de movilizar los recursos disponibles para el adecuado funcionamiento de la red asistencial, monitorear y controlar la aplicación de las políticas, procedimientos y procesos en los niveles locales, así como negociar e informar al nivel central las debilidades y oportunidades que evidencie en la red correspondiente. - Existe una Dirección Nacional de RHS, capaz de ejercer la rectoría, gobernanza y planificación de RHS, así como el desarrollo de estrategias para cohesionar a los actores de la red en torno a una visión unificadora.

4.3.2. Condiciones para el desarrollo de una gestión de RHS en Red

Para lograr la implementación de los cambios requeridos, es indispensable contar con una serie de recursos, orientados al fortalecimiento de la gestión de los RHS:

- Un programa de desarrollo de la Unidad Nacional de RHS, que considere la conformación de equipos multidisciplinarios de profesionales provenientes de las ciencias de la salud, de las ciencias de la administración, de la psicología social, economía, derecho etc.

- Despliegue de una red de gestión de RHS profesionalizada, coherente con la organización de la red de provisión de servicios de salud.
- Disponibilidad de medios y recursos de trabajo, especialmente: recursos tecnológicos; sistemas integrados de información de RHS de alcance nacional; financiamiento para el desarrollo de líneas de investigación sobre el desempeño y efectividad de los RHS en el trabajo en red (itinerarios de los usuarios en la red, mapa funcional de la red, condiciones laborales y acceso a medios de trabajo, iniciativas para aumentar la resolutivez del primer nivel).
- Existencia de instancias permanentes de coordinación con las áreas de gestión asistencial responsables de la implementación del modelo o de la gestión de la red. Dichas instancias se concentran en el análisis de los problemas asistenciales y de provisión de servicios, en el marco de las necesidades de salud de la población (actuales y futuras), lográndose una relación simétrica y balanceada entre los aspectos asistenciales y los de gestión.

5. REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

En la perspectiva de mejorar la contribución del área de RHS a la instalación y consolidación del modelo de atención, a lo largo del estudio se ha intentado identificar los vínculos existentes entre la gestión del modelo asistencial y la gestión de RHS. Lo anterior, con el propósito de definir sobre esa base y según las experiencias desarrolladas por los países, un marco conceptual y normativo que pudiera ser aplicado en la subregión andina según las respectivas realidades nacionales en un contexto de iniciativas que buscan el fortalecimiento de los sistemas de salud y del enfoque de APS.

También se señaló que este ejercicio tenía sentido en la medida que se cumpliera con el supuesto básico, sobre la opción de implementar un sistema de salud con las características señaladas, es decir, basado en AP y con enfoque familiar, comunitario e intercultural. Tal como fue posible constatar, todos los países han formalizado su opción en este sentido, logrando diferentes niveles de avance al respecto.

Este elemento cobra una especial importancia si se concibe que la definición del modelo de atención constituye la principal estrategia de desarrollo sectorial y, por lo tanto, es el factor que determina la gestión de RHS, debiendo esta última ponerse al servicio de la implementación de la estrategia principal y no viceversa.

Diagrama 10
Finalidad de los Sistemas de Salud
Modelos de Atención y Sistemas de Gestión de RHS



Derivado de lo anterior, el hecho que el modelo de atención haya sido recientemente formalizado en la mayoría de los países, junto con explicar, en parte, el estado de transición de la gestión de RHS, delinea un escenario futuro de mayor claridad que favorece la definición de políticas, sistemas y prácticas de gestión de RHS, las que podrán ser diseñadas en coherencia con la direccionalidad del cambio requerido y orientado al fin último del sistema de salud.

Si a este factor de claridad estratégica, se suma la adecuada disponibilidad de recursos (competencias, financiamiento, estructuras, sistemas de soporte, etc) y la necesaria estabilidad para desarrollar políticas de mediano y largo plazo, el área de gestión de RHS tendrá una especial oportunidad para actuar como un "socio estratégico y agente de cambio".

De acuerdo con lo señalado, en el capítulo precedente, se formula una propuesta que identifica algunas políticas y estrategia propias del área de gestión de RHS, que podrían contribuir al cambio de orientación desde una gestión fragmentada de

RHS hacia una gestión coherente con el modelo de atención. Sin embargo, dado el escenario de transición respecto de la instalación del modelo de salud que constituye el marco estratégico en que se inscribe la gestión de RHS, las propuestas no pretenden ser un modelo de gestión de RHS acabado, sino más bien representan directrices que permitirían avanzar en la dirección deseada.

En este contexto y a modo de conclusión y recomendaciones, es posible desatacar lo siguiente:

- Los países están haciendo esfuerzos de organización del sistema de gestión de RHS y buscan ejercer rectoría sectorial a través de la definición de políticas, normas y procedimientos, que de acuerdo con la revisión efectuada, reconocen como marco estratégico de desarrollo al modelo de atención, siendo necesario, con la finalidad de incorporar los cambios deseados y asegurar su sustentabilidad futura, fortalecer los mecanismos y estrategias de gobernanza del sistema de RHS, incorporando alianzas con la sociedad civil, así como ampliando la participación de más categorías de profesionales y técnicos de la salud.
- En este mismo sentido, se están haciendo esfuerzos por mejorar los sistemas de planificación de RHS, cuyo énfasis es la determinación, con respaldo técnico (indicadores, tasas, estándares), de las necesidades de personal en el sistema de salud. Un aspecto crítico en esta línea es la disponibilidad de información confiable y oportuna, siendo un desafío vigente la implementación de sistemas integrados de información que permitan contar una visión panorámica de los RHS a escala nacional.
- Se observa que los mayores esfuerzos de las áreas de gestión de RHS están orientados hacia las estrategias de formación de RHS, existiendo claridad respecto de ajustar la formación según las necesidades de salud y de acuerdo con los postulados del modelo. Al respecto, es posible observar:
 - Las políticas de RHS están incorporando una visión centrada en el equipo multidisciplinario de salud como unidad básica del sistema sanitario. Su composición y roles varía entre países, sin embargo, su constitución representa uno de los objetivos centrales del sistema de gestión de RHS.
 - Varios de los países están privilegiando la formación en medicina y salud familiar y algunos están aplicando estrategias agresivas de formación en esta especialidad.
 - Una estrategia que ha permitido ampliar la capacidad de formación en medicina y salud familiar, es el licenciamiento de centros de salud de atención primaria, como centros docentes acreditados.

- No obstante lo anterior, se percibe cierta tensión, respecto de la formación en otras especialidades médico/quirúrgicas, producidas no sólo por la preferencia de los profesionales, sino también por la existencia de problemas de salud que requieren soluciones en esos ámbitos de ejercicio profesional, este aspecto queda de manifiesto al revisar la proporción entre médicos de familia y los demás especialistas.
- Si bien se reconoce la importancia de la formación como el mecanismo utilizado tradicionalmente para aumentar la oferta de RHS, considerando los ciclos requeridos por el proceso formativo, la urgencia de los desafíos sanitarios existentes y las posibilidades técnicas de desarrollar otras estrategias de autosuficiencia de RHS, a continuación se mencionan opciones, algunas de las cuales ya están siendo aplicadas en la región y cuya implementación permite aumentar la cobertura de servicios de salud, manteniendo e incluso mejorando los niveles de calidad logrados:
 - Flexibilizar la regulación del ejercicio profesional, expandiendo las posibilidades de práctica en el marco de equipos multidisciplinares, a partir del establecimiento de nuevos roles y mecanismos de complementariedad, supervisión y apoyo. Lo anterior permite, junto con utilizar plenamente las capacidades del personal de salud según su nivel de formación, ubicar las prestaciones de salud en el punto más apropiado de la red asistencial.
 - Esta estrategia conlleva un beneficio adicional en el plano de la motivación y satisfacción laboral, dado que se propicia un ambiente en que las personas despliegan sus máximas capacidades y delegan las responsabilidades que podrían ser consideradas accesorias, asumiendo al respecto, roles de supervisión que les permiten el desarrollo de capacidades de liderazgo técnico y conducción de equipos de trabajo.
 - En un esquema de organización en redes de diferente complejidad, estas estrategias de rediseño de los roles y atribuciones, pueden ser facilitadas a través del uso de tecnología, tal como telemedicina, el desarrollo de programas de gestión del cambio apoyados por la aplicación de metodologías de EPS y por la incorporación de personal sanitario de nivel técnico u otro personal de apoyo a la ejecución de las tareas asistenciales.
 - Por su parte, las estrategias de desarrollo de competencias en medicina y salud familiar para el personal actualmente contratado en la red de provisión de servicios de salud, permiten no sólo una mejor comprensión y funcionamiento del modelo de atención, sino que también, organizadas en un esquema de formación modular e, idealmente, considerando como escenario de práctica los propios centros de salud de desempeño de

los equipos multidisciplinarios, permiten mantener la continuidad de la atención, priorizar la solución de los problemas de la comunidad en que se inserta el centro de salud y vincularse con la red asistencial de derivación correspondiente.

- En otro ámbito, en forma paralela a la obtención de mayores recursos económicos, los países están extendiendo el uso de sistemas de incentivos, siendo necesario ampliar la visión incorporando estrategias de incentivos no económicos, tales como mejorar los niveles de autonomía profesional, la supervisión eficaz, el reconocimiento, el sentido de pertenencia, entre otros, a la vez que destinar recursos para determinar la efectividad de los mecanismos utilizados.
- Todos los esfuerzos señalados, sumados a las demandas propias de la contingencia, hacen necesario avanzar en el fortalecimiento de las áreas de RHS, así como en la profesionalización de los equipos que las integran, plano en el que se observan diferencias importantes entre los países, siendo tal vez el mayor desafío organizar una red descentralizada de gestión capaz de adecuar las políticas según las realidades locales, así como desarrollar las actividades operativas de gestión de personal.
- En esta misma línea, este escenario de transición, impone un mayor desafío de coordinación por parte de los equipos encargados de la gestión, siendo un elemento clave la generación y mantención de instancias de trabajo inter áreas que convoque a los directivos y profesionales encargados de la gestión del modelo y de la red asistencial y a los responsables de la gestión de RHS, los que deben apropiarse y comprender los contenidos del trabajo de “ambas gestiones” (modelo/red y RHS), requiriéndose desarrollar un perfil profesional que va más allá de los aspectos técnicos de la gestión de RHS, siendo necesario que la autoridad sanitaria, asegure la institucionalización de estas instancias, asuma su conducción y articulación, con poder resolutivo en torno a planes de trabajo formales.

Finalmente, a la luz de estas reflexiones, es necesario destacar la necesidad de cambiar el eje del discurso de la gestión de RHS, a partir del convencimiento que los RHS son parte de la solución para lograr un buen funcionamiento de los sistemas de salud. El problema central es satisfacer las necesidades de salud de la población y, en esta perspectiva, los RHS son parte de las posibles soluciones para resolver dichas necesidades. Partir de esta premisa, permite al área de RHS posicionarse de manera diferente en relación con los demás actores sectoriales, moviéndose desde un espacio en que se identifica la gestión de RHS como un problema endémico, hacia un estado en que la gestión y el desarrollo de los RHS representan una solución posible para mejorar la efectividad del sistema de salud en su conjunto.

6. ÍNDICES

6.1 Índice de Diagramas

1. La Gestión de RHS y las interacciones con el mercado de la educación y del trabajo
2. Dinámica del personal sanitario desde la perspectiva del ciclo de vida laboral
3. Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS
4. Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS Priorizados
5. Esquema del Sistema de Rectoría de RHS de Chile
6. Tipos de Gobernanza
7. Desarrollo Gradual de un Sistema de Planificación y Gestión de Dotaciones
8. Diagrama de organización de la red de RHS
9. Competencias de Liderazgo y de Gestión de RHS por nivel de la red de RHS
10. Finalidad de los Sistemas de Salud - Modelos de Atención y Sistemas de Gestión de RHS

6.2 Índices de Tablas

1. Componentes de la Gestión de RHS – a partir del Ciclo de Vida Laboral
2. Relación entre los atributos de la GRHS y los ámbitos y atributos de las RISS
3. Evaluación del Ámbito de Gobernanza de RHS
4. Políticas de RHS de Bolivia
5. Consideraciones sobre la Gobernanza
6. Evaluación del Ámbito de Planificación de RHS
7. Visiones de los Sistemas de Planificación contenidas en las Políticas de RHS de los Países Andinos
8. PROSALUD – Perú
9. Estrategias de Autosuficiencia de RHS
10. Evaluación del Ámbito de Formación de RHS

11. Instancias de Articulación de las Políticas de Educación y Trabajo
12. Estrategias para el Desarrollo de Equipos de APS – OPS
13. Experiencias de Modificación Curricular de Medicina - OPS
14. Experiencias de Formación en Medicina Familiar – Países Andinos
15. Proporción de Médicos de Familia sobre el total de Especialistas
16. Evaluación del Ámbito de Gestión del Empleo
17. Sistemas de Reclutamiento y Selección – Experiencia Chilena
18. Sistemas Incentivos Chile y Perú
19. Estrategias Complementarias para la Atracción y Retención del Personal
20. Evaluación del Ámbito de Gestión del Desempeño
21. Definición de los Equipos Básicos de Salud – Perú y Chile
22. Tipos de Incentivos
23. Análisis sobre el modelo de incentivos de Chile. Extracto del Estudio del Bco. Mundial sobre Oferta y demanda de Médicos Especialistas en Chile
24. Experiencia Chilena de Desarrollo de Carrera Sanitaria
25. Variables de Satisfacción Laboral
26. Evaluación del Ámbito Desarrollo Institucional y Organizacional
27. Resultados Meta N°5 – Metas Regionales de RHS
28. Visión de la Gestión de RRHH
29. Descubriendo el Modelo de Gestión de RHS para Sistemas de Salud Basados en APS

6.3 Índices de Gráficos

1. Sobre Densidad y Composición del RHS - Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS
2. % de Escuelas de la Salud que han reorientado su formación hacia la APS Medición 2009 y 2013 metas Regionales de RHS

7. GLOSARIO DE TÉRMINOS

APS	Atención Primaria de Salud
ARL	Administradoras de Riesgos Laborales
ASPEFAN,	Asociación Nacional de Residentes del Perú
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas de Salud
AUS	aseguramiento universal en salud
CEAACES	Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior
CENABAST	Central de Abastecimiento del SNSS
CENIDAIC	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Integración Comunitario
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CES	Consejo de Educación Superior
CESTAS	Centro di Educazione Sanitaria e Tecnologie Appropriate Sanitarie
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CONACES	Comisión para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior
CONAN	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
CONAPRES	Comité Nacional de Pre Grado en Salud
CONAREME	Comité Nacional de Residentado Médico
CONDAS	Comisión Nacional Docente Asistencial
CRIDAIC	Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Integración Comunitario
DANE	Departamento Nacional de Estadística - Colombia

DDTHS	Dirección de Talento Humano en Salud
DIGEDEP	División de Gestión y Desarrollo de las Personas
DILOS	Direcciones Locales de Salud
DTHS	Desarrollo del Talento Humano en Salud
EBAS	Equipos Básicos de Salud
EC	enfermedades crónicas
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EPS	Educación Permanente en Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
GES	Garantías Explícitas en Salud
IAFAS	Instituciones Administradoras de fondos de Aseguramiento en Salud
IBC	Ingreso Base de Cotización
IES	Instituciones de Educación Superior
IES	Instituciones de Educación Superior
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISP	Instituto de Salud Pública
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud basado en familia y Comunidad
MAIS-FCI	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MEN	Ministerio de Educación Nacional

MINSA	Ministerio de Salud
Minsal	Ministerio de Salud
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSP	Ministerio de Salud Pública
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODTHS	Observatorio de Talento Humano en Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de Salud
ONRHUS	Observatorio de Recursos Humanos
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Plan Anual de Capacitación
PDS	Plan de Desarrollo Sectorial
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
Plansia	Plan Sanitario de Integración Andina
PNP	Policía Nacional del Perú
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPR	Presupuesto por Resultados
PROFAM	Programa de Salud Familiar y Comunitaria
RE	Regímenes Especiales
RETHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RHS	Recursos Humanos de Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RPIS	Red Pública Integral de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural
SAMU	Sistema de Atención Móvil de Urgencia
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje

SENECYT	Secretaría de Educación Superior, Ciencia y Tecnología
SERMENA	Servicio Médico Nacional
SERUMS	Servicio Urbano Marginal en Salud
SERVIR	Autoridad Nacional del Servicio Civil
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINAPRES	Sistema Nacional de Pre Grado en Salud
SIRHAPS	Sistema de Información Recursos Humanos de Atención Primaria de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SISOL	Sistema de la Solidaridad
SNS	Servicio Nacional de Salud
SSO	Servicio Social Obligatorio
SSPAM	Seguro de Salud del Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
THS	Talento Humano en Salud
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPC	Unidad de Paciente Crítico
UPSS	Unidades Prestadoras de Servicios de Salud
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

8. BIBLIOGRAFÍA

OMS/OPS

Manual Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos Para la Salud OMS – Banco Mundial – USAID Ginebra – 2009

Redes Integradas de Servicios de Salud - Serie La Renovación de APS en Las Américas Nº4 Organización Panamericana de la Salud WDC – 2010

La Renovación de la APS en las Américas - Documento de Posición de la OPS/OMS WDC – 2007 Organización Mundial de la Salud

Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud Sistemas de Salud Basados en APS : Estrategias para el desarrollo de los equipos de salud WDC – 2008

La formación en Medicina Orientada hacia la APS. Revista Nº 2 de la Serie La Renovación de la APS en las Américas.

Planificación estratégica de Recursos Humanos en Salud - Mario Rovere - Washington, D.C.: OPS, c1993- ix, 232 p. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud; 96)

Capacity Project

Health Worker Retention and Performance Initiatives: Making Better Strategic Choices technical brief 16

Increasing the Motivation of Health Care Workers technical brief 7

Strengthening Human Resources Management: Knowledge, Skills and Leadership legacy series 11

Otras Fuentes

Marco Conceptual Sistema De Gestión Descentralizada De Recursos Humanos En Salud Elaborado para USAID – Iniciativa de Política en Salud por María Casas Sulca Lima – Peru 2009

Human Resource Champions Dave Ulrich disponible en: <http://books.google.com/books?id=qTxz6l7tNSEC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Comportamiento Organizacional - Robbins Stephen Disponible en: http://www.slideshare.net/sanamuro/comportamiento-organizacional-robbins-stephen-p7ma-medicin?utm_source=slideshow02&utm_medium=ssemail&utm_campaign=share_slideshow_loggedout

Orientaciones para la implementación del modelo integral de salud, familiar y comunitaria. Ministerio de Salud de Chile – Subsecretaría de Redes Asistenciales. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html

Sistema de Salud de Bolivia. Revista Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):109-119. Carmen Ledo, PhD,(1) René Soria, MC, MSP, AS.(2)

La Situación de Salud Primaria en Chile - Dagoberto Duarte Quapper; M. Soledad Zuleta Reyes – Corporación de promoción Universitaria 1999.

Victor Toledo Huenqueo [1997]. Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile; Una aproximación. Ministerio de Salud

Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en Sistemas de Salud – Roberto Bazzani – Revista de salud Pública, Volumen 12 sup (1): 1-7, 2010. International Development Research Centre (IDRC).

Políticas Públicas con enfoque de derechos: gobernanza y accountability en los procesos de reforma – Nuria Cunill Grau.

Ernesto Báscolo, Ensayo “Gobernanza de las Organizaciones de salud basados en APS” – Revista de salud Pública 12 sup (1): 8-27, 2010.

Why Plan Human Resources for Health? Thomas L. Hall, MD, DrPH Dept, of Epidemiology and Biostatistics University of California School of Medicine.

How many Are Enough? Redefining Self-Sufficiency for the Health Workforce A discussion Paper, disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf

Rev. Mex. Orient. Educ. v.6 n.16 México abr. 2009 – “Educación superior en América Latina y el proceso de Bolonia: alcances y desafío” - René Bugarín Olvera - Universidad Autónoma de Tamaulipas. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1665-75272009000100010&script=sci_arttext

Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. María Cristina Davini. Publicación N° 19 OPS – 1989.

Human resource leadership: the key to improved results in health - Mary L O'Neil - Human Resources for Health 2008, 6:10 doi:10.1186/1478-4491-6-10. Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/6/1/10>

Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile, disponible en el siguiente enlace: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/2009/10/16649832/chile-estudio-de-brechas-de-oferta-y-demanda-de-medicos-especialistas-en-chile>

The eManager Number 1-2009: Strengthening human resources management to improve health outcomes. USAID-MSH

Artículo de eManager “Strengthening human resource management to improve health outcomes, disponible en: http://www.msh.org/sites/msh.org/files/emanager_2009no1_hrm_english.pdf

Artículo Reconfiguring Health Professions in times of multi morbidity: Eight Recommendations for change. Organization for Economic Cooperation and Development. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs Health Committee - OECD DELSA/HEA (2011)16.

9. ANEXOS

ANEXO 1

PLAN DE TRABAJO CONSULTORÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS

1. Antecedentes generales

En el marco del mandato y prioridades establecidas por los estados miembros, el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU), formulan y aprueban el Plan Estratégico 2013 - 2017⁴⁵, que incorpora en su objetivo 4, el desafío de “Establecer políticas para el desarrollo y gestión integral de Recursos Humanos en Salud, con este objetivo se busca disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión que prevalecen en los países de la Subregión y mejorar la salud colectiva a través del fortalecimiento de las políticas y planes de desarrollo de Recursos Humanos en los países de la Subregión”, planteándose como visión que para “El año 2015, en la sub-región andina, se habrá contribuido a conocer, analizar y subsanar las restricciones actualmente existentes en materia de recursos humanos en salud”.

La urgencia de avanzar en este propósito radica, entre otros aspectos, en que importantes proporciones de la población de la subregión carecen de acceso permanente a servicios básicos de salud⁴⁶ y también en la necesidad de modificar el contenido de las acciones de salud enfatizando las estrategias de promoción y prevención, a objeto de enfrentar los problemas derivados del cambio epidemiológico y demográfico que experimentan los países de la subregión.

Existe un amplio consenso respecto que, para enfrentar estos desafíos, es necesario fortalecer los sistemas de salud basados en APS, decisión que se ha expresado formalmente en el seno de las reuniones del Consejo Directivo de OPS, en las resoluciones del ORAS-CONHU, en las políticas de salud de cada uno de los países

⁴⁵Resolución XXXIII 483 de los Ministros de Salud, aprueba el Plan Estratégico 2013 – 2017 del ORAS/CONHU.

⁴⁶Se calcula que cerca de un 27%, un poco más de 38 millones de habitantes, no recibe los beneficios propios de un sistema de salud adecuadamente organizado.

que lo integran, así como en instancias de trabajo conjunto con diversos actores representativos de la sociedad civil incluyendo los trabajadores de la salud y centro formadores.

De acuerdo con la definición planteada por OMS - OPS en el documento “La renovación de la Atención Primaria en las Américas”, un “sistema de salud basado en APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia, social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad”.

Sin embargo, a pesar del consenso existente y de los significativos esfuerzos realizados, los países que integran la subregión aún no han logrado consolidar el enfoque de salud basado en APS, evidenciándose, por una parte, diferentes niveles de desarrollo en cada uno de ellos, así como la existencia de las tensiones propias de los procesos de cambio. Un factor crítico para avanzar en este proceso, es la disponibilidad de personal sanitario, siendo esencial contar, cuantitativa y cualitativamente, con personal necesario, no solo para realizar las acciones de salud allí donde se requieren, sino también, para liderar el proceso de cambio que permita la instalación plena del modelo de salud.

En este contexto, junto con relevarse la importancia de contar con recursos humanos de salud en cantidad y calidad suficientes, ORAS - CONHU ha impulsado la realización de diferentes iniciativas y estudios orientados a optimizar el funcionamiento de los sistemas de salud de los países de la región, a partir del mejoramiento de la gestión de los recursos humanos de salud, muestra de ello es la reciente aprobación de la Política Andina de Recursos Humanos de Salud⁴⁷.

Continuando con el esfuerzo mencionado y en el contexto de las resoluciones aprobadas por los Ministros de Salud, los estados miembros de ORAS - CONHU han decidido realizar un estudio cuyo objetivo es “Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”. Se busca, específicamente, identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto sobre la

⁴⁷Resolución XXXIII 474 de los Ministros de Salud, aprueba la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos.

disminución de las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente.

Derivado de lo anterior, con el propósito de iniciar el trabajo con los Ministerios de Salud, estimular la constitución de las contrapartes nacionales y generar un espacio activo y permanente de discusión, el presente documento contiene, para vuestra consideración y retroalimentación, la propuesta del Plan de Trabajo con la descripción de los objetivos del estudio, fases, actividades y plazos de ejecución.

Junto con el Plan de Trabajo mencionado, la siguiente tabla describe los roles que se espera cumplan cada uno de las partes involucradas en su ejecución.

<p>Coordinación de ORAS - CONHU - CESTAS</p>	<p>Integrada por los Drs. Ricardo Cañizares y Lizardo Huaman, cuyo rol es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Establecer las orientaciones estratégicas y operativas del estudio. - Retroalimentar las propuestas técnicas. - Articular el trabajo con las contrapartes nacionales. - Validar la versión final de cada uno de los productos del estudio.
<p>Contrapartes Nacionales</p>	<p>Integradas por directivos y profesionales de las Direcciones Nacionales de RRHH y por los responsables de la instalación del modelo de salud de cada país, cuyo rol es:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir, retroalimentar y proponer perfeccionamientos de las propuestas preliminares. - Aportar información relevante a los objetivos del estudio. - Aplicar los instrumentos para la recolección de información diseñados en el marco del estudio
<p>Consultora</p>	<p>Sra. Verónica Bustos – Administrador Público y Magíster en Desarrollo Organizacional ©.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaborar el plan de trabajo en coordinación con el equipo del Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (ORAS - CONHU y CESTAS). - Elaborar la metodología para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos. - Definir el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, a partir de la sistematización de la información obtenida en los Ministerios de Salud. - Recopilar la información necesaria de acuerdo a la metodología propuesta para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos. - Entregar de manera oportuna la información recopilada al equipo del Proyecto y a los Ministerios de Salud. - Socializar de manera oportuna los avances de los resultados. - Realizar versión final del informe a partir de aportes obtenidos de los Ministerios de Salud y el equipo del Proyecto.

La propuesta de Plan de Trabajo se organiza considerando los objetivos previstos para el estudio, así como cada una de las fases en que se organizará su ejecución, además de los aspectos más operacionales, tales como, actividades, objetivos de cada actividad, productos, medios de verificación y plazos

Objetivo del Estudio
Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RRHH) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos.
Fases del Estudio y Objetivos
Definir el marco conceptual y normativo referente a la gestión de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural, a partir de la sistematización de la información obtenida en los Ministerios de Salud
Recopilar la información necesaria de acuerdo a la metodología propuesta para el análisis de la gestión del componente de Recursos Humanos en los Modelos de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural en los países andinos.
Entregar de manera oportuna la información recopilada al equipo del Proyecto y a los Ministerios de Salud.
Socializar de manera oportuna los avances de los resultados. Realizar versión final del informe a partir de aportes obtenidos de los Ministerios de Salud y el equipo del Proyecto.

ANEXO N° 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN INFORMACIÓN N° 1: AUTOEVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RHS.

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
I. GOBERNANZA	1. Políticas de RHS	El país no cuenta con políticas de RHS o cuenta con definiciones limitadas	El país cuenta con políticas de RHS fragmentadas que carecen de visión de red	El país cuenta con políticas de RHS institucionalizadas, con visión de red integrada de servicios de salud
	2. Capacidad de Rectora de RHS	El nivel de gobernanza no posee capacidad de rectoría o posee una capacidad de rectoría limitada	El nivel de gobernanza posee capacidad parcial de rectoría abarcando ámbitos específicos de los RHS.	El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, evidenciando limitada capacidad rectora sobre instituciones formadoras

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
I. GOBERNANZA	3. Mecanismos de Monitoreo y Control	El nivel de gobernanza no cuenta con mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS o los aplica débilmente	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos parciales de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS	El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS, ajustando, en base a los resultados obtenidos, las políticas y/o procesos de gestión de RHS
II. PLANIFICACION	4. Procesos de Planificación de RHS	El país no desarrolla procesos de planificación de RHS o desarrolla iniciativas incipientes de planificación	El país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones)	El país cuenta con procesos de institucionalización de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud	El país cuenta con procesos de institucionalización de RHS integrados, de alcance nacional que incorporan todos los niveles de atención y profesiones de la salud y consideran criterios de adecuación local (territorial y cultural)

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
II. PLANIFICACION	5. Sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS	El país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección	El país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran las necesidades de la red asistencial, según los territorios y poblaciones definidas y la organización de servicios existente	El país dispone de sistemas integrales e integrados de proyección de RHS que consideran criterios y variables definidas localmente y se establece en base a las necesidades de la red asistencial según los territorios y poblaciones definidas y la organización de
	6. Sistemas de información	El país no cuenta con sistemas de información o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de información	El país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre si	El país cuenta con sistemas de información operativos, integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario) y un conjunto de datos básicos de RHS disponibles	El país cuenta con sistemas de información operativos e integrados que consideran todos los niveles de atención (primario, secundario y terciario), un conjunto de datos básicos de RHS disponibles y un registro nacional de profesionales de la salud

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
II. PLANIFICACION	7. Gestión de la información y el conocimiento	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	La unidad nacional encargada de la gestión de RHS utiliza y comparte la información e indicadores de RHS disponibles con otros actores del campo, promoviendo la conformación de redes de colaboración y la generación de conocimiento útil para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud	El país dispone de un sistema de gestión del conocimiento, utilizando y compartiendo tendencias, información e indicadores de RHS con otros actores del campo en instancias institucionalizadas y permanentes de trabajo (redes de colaboración), generando conocimiento y evidencias útiles para mejorar los procesos de planificación y de gestión del talento humano en salud
II. PLANIFICACION	8. Gestión de dotaciones	El país no cuenta con estrategias de gestión de dotaciones o aplica mecanismos básicos de administración de cargos	El país cuenta con sistemas aislados de gestión de dotaciones sin un claro enfoque de fortalecimiento de APS.	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos	El país cuenta con estrategias de gestión de dotaciones que privilegian la creación y provisión de cargos en primer nivel de atención, asignando el presupuesto necesario y los cargos requeridos, incorporando criterios locales de gestión

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	9. Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios.	El país no cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación o cuenta con mecanismos débiles de concertación con actores	El país cuenta con mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo para resolver necesidades específicas de salud	El país cuenta con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial	El país cuenta con mecanismos institucionalizados y regulares de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud que considera criterios nacionales y locales y posibilidades de empleabilidad existentes en la red asistencial

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	10. Definición del equipo básico de salud y los mecanismos de complementariedad de funcione	El país no cuenta con definiciones de los equipos básicos de salud o cuenta con definiciones incipientes	El país cuenta con definiciones de roles de cada uno de los integrantes del equipo básico de salud en forma separada sin abordar las áreas de coordinación y complementariedad	El país definió la composición de los equipos básicos de salud, así como modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo entre sus integrantes	El país cuenta con equipos básicos de salud, que trabajan en la red asistencial aplicando las modalidades de coordinación y complementariedad del trabajo definidas
	11. Definición del perfil de competencias de los equipos de salud	El país no cuenta con definiciones del perfil de competencias del equipo de salud o cuenta con definiciones sin un claro énfasis hacia la APS	El país tiene una definición de perfil para el equipo multidisciplinario de salud, que considera competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad	El país aplica estrategias de nivelación, desarrollo y fortalecimiento de las competencias en salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipo de salud	Los equipos de salud han incorporado y aplican las competencias el enfoque de salud familiar, comunitaria e interculturalidad

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	12. Formación de pregrado	Las entidades de formación no incluyen o incluyen débilmente contenidos para motivar el interés de los profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluye parcialmente contenidos y prácticas para motivar el interés de los futuros profesionales de la salud por el desempeño en la Atención Primaria	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud)	Las entidades de formación aplican diseños curriculares que incluyen contenidos y prácticas que motivan el interés de los futuros profesionales por el desempeño en la Atención Primaria (disciplinas de las ciencias sociales y abordaje integral de la Salud), considerando prácticas clínicas en centros de salud de APS
	13. Formación en medicina familiar	Las entidades formadoras y empleadoras no cuentan con estrategias de priorización de la formación en medicina familiar o las aplican incipientemente	Existen iniciativas aisladas entre instituciones formadoras y empleadoras para el desarrollo de estrategias de formación en medicina familiar	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para las profesiones nucleares de la salud	Las entidades de formación en conjunto con las entidades empleadoras desarrollan programas permanentes e institucionalizados de formación en medicina familiar para equipos básicos de salud

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
III. FORMACION	14. Mecanismos de acreditación	El país no posee de acreditación de carreras de la salud o posee un débil desarrollo de dichos mecanismos	El país posee de acreditación pero no incluyen dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS	Los mecanismos de acreditación de carreras de la salud contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural	Existen carreras de la salud acreditadas en base a estándares que contemplan dimensiones referidas al modelo de atención y su orientación hacia la APS con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural
	15. Gestión de los Campos de Formación hacia la APS	El país no desarrolla actividad docente en establecimiento de atención primaria concentrando su actividad en centros hospitalarios	El país aplica estrategias aisladas de desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria	El país aplica y fomenta el desarrollo de espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotándolos de recursos para el aprendizaje	El país cuenta con espacios docentes en los establecimientos de atención primaria y campos comunitarios de aprendizaje dotados de recursos para el aprendizaje

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
IV. GESTION DEL EMPLEO	16. Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS	No existe un sistema de reclutamiento y selección de personal o existen procesos incipientes	El país cuenta con procedimientos operativos de reclutamiento y selección	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que privilegian la presencia de competencias en APS	El país cuenta con sistemas técnicos y transparentes de reclutamiento y selección que incorporan criterios diferenciados para los ámbitos regionales y locales y que privilegian la presencia de competencias en APS
	17. Mecanismos de retención RHS	El país no cuenta con mecanismos de retención de RHS o posee un desarrollo incipiente en esta área	El país cuenta con mecanismos aislados de retención que no consideran las posibilidades de la red asistencial en su conjunto	El país cuenta con mecanismos de retención de RHS que los consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso	El país cuenta y aplica mecanismos de retención de RHS integrados que consideran las posibilidades de la red en su conjunto y pone énfasis en las zonas rurales, marginales o de difícil acceso

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
V. GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	18. Educación permanente para el personal con desempeño en zonas aisladas	El país no dispone de estrategias de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas o su desarrollo es incipiente	El país dispone de estrategias aisladas de educación permanente para el personal con desempeño en zonas alejadas sin un claro enfoque hacia la APS	El país dispone de estrategias de educación permanente con énfasis en APS (salud familiar, comunitaria e intercultural) y privilegio de los equipos con desempeño en sectores rurales, aislados o de difícil acceso, cuyos contenidos son priorizados en base a las necesidades locales.
	19. Sistemas de incentivos	El país no cuenta con sistemas de incentivos o cuenta con un desarrollo incipiente	El país cuenta con sistemas de incentivos aislados que no responden a una lógica de red asistencial o que privilegian los niveles secundario y/o terciario	El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud y mecanismos de flexibilidad para incorporar criterios locales para su definición y asignación

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo			
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado	Desarrollo Consolidado
V. GESTIÓN DEL DESEMPEÑO	20. Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	El país no cuenta con un sistema de carrera sanitaria estructurada o cuenta con un desarrollo incipiente	El país cuenta con sistemas de ascensos o promociones gestionados por cada unidad operativa de RHS que no responden a las necesidades de desarrollo del modelo de atención	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus propias particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención	El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus propias particularidades y que pone especial énfasis en el primer nivel de atención
VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL	21. Estructura de Gestión de RHS	El país no cuenta con una estructura integrada de gestión de RHS, solo existen unidades básicas de administración de personal centradas en aspectos operativos y adscritas a cada establecimiento o centro de salud	El país cuenta con una dirección de nivel nacional con limitada capacidad de articulación, supervisión y control de las unidades de gestión de RHS adscritas a cada establecimiento o centro de salud	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red	El país cuenta con una estructura integrada de RHS coherente con la organización de la red asistencial, dotada de capacidades de gestión local, con una dirección de nivel nacional que establece políticas y orientaciones estratégicas dotada de capacidad de articulación, supervisión y control de todos los niveles de gestión de la red

Ámbitos	Atributos de la Gestión de RHS	Fase de Desarrollo		
		Poco o nulo desarrollo	Desarrollo Intermedio	Desarrollo Avanzado
V I . D E S A R R O L L O I N S T I T U C I O N A L O R G A N I Z A - C I O N A L Y	22. Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS no aplican instrumentos de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma aislada para responder a demandas específicas, instrumentos que permitan conocer la percepción de satisfacción laboral del personal del primer nivel de atención	Las áreas de RHS aplican en forma regular instrumentos que permitan conocer en forma exhaustiva la percepción de satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención, cuyos resultados son aplicados para ajustar las estrategias y políticas de RHS vigentes

Información Cualitativa por Ámbitos y Atributos de la Gestión de RHS
I. GOBERNANZA
1. Políticas de RHS: Señale los ámbitos que abarca la política, cuál es el nivel de formalización y socialización y su nivel de integración
2. Capacidad de Rectora de RHS: Describa las principales facultades rectoras en el campo de los RHS y sobre qué instancias recaen
3. Mecanismos de Monitoreo y Control: Describa los principales mecanismos de monitoreo y control existentes
II. PLANIFICACIÓN
4. Procesos de Planificación de RHS: Describa los procesos de planificación de RHS que desarrolla el país (que actores participan – cuáles son los ámbitos de planificación – horizonte temporal)
5. Sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS: Señale las principales características del o los sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS (variables que considera, niveles asistenciales que incluye, profesiones que abarca, definición de estándares de RHS, etc.)
6. Sistemas de información: Señale las características principales del o los sistemas de información disponibles en términos de: nivel y modalidad de integración - cobertura de la información – administrado por.
7. Gestión de la información y el conocimiento: Señale las principales características de los modelos de gestión de la información y conocimiento existentes (por ejemplo observatorio de RHS con participación de actores del campo) y las estrategias de instalación utilizadas.
8. Gestión de dotaciones: Describa las estrategias y señale los porcentajes de crecimiento efectivo (cargos provistos) de las dotaciones de personal por nivel de la red asistencial durante los último 5 años (primario – secundario – terciario)
III. FORMACIÓN
9. Mecanismos de coordinación con las políticas de educación y trabajo y articulación intersectorial con otros Ministerios: Describa las instancias de concertación existentes, integrantes, ámbitos de influencia, áreas de acuerdos y periodicidad de reuniones
10. Composición y perfil de los equipos básicos de salud: Describa la composición del equipo básico de salud, los roles de sus integrantes y las modalidades de coordinación y compleme
11. Definición del perfil de competencias de los equipos de salud: Señale las estrategias que su país ha utilizado para incorporar las competencias de salud familiar, comunitaria e interculturalidad en los equipos de salud
12. Formación de pregrado: Describa las estrategias de motivación por el desempeño en APS utilizadas por las entidades de formación
13. Formación en medicina familiar: Describa las estrategias de priorización para la formación en medicina familiar
14. Mecanismos de acreditación: Señale cuáles son las dimensiones de APS incorporadas en el sistema de acreditación y su forma de evaluación

15. Gestión de los Campos de Formación hacia la APS: Describa las estrategias y entregue una estimación del porcentaje de centros de APS que albergan actividad docente
IV. GESTIÓN DEL EMPLEO
16. Mecanismos de reclutamiento y selección de RHS para APS: Describa el sistema de reclutamiento y selección en aplicación, especialmente las estrategias de captación que han reportado mejores resultados para la provisión de cargos de APS
17. Mecanismos de retención RHS: Describa los mecanismos de retención con énfasis en los más exitosos y en APS.
V. GESTION DEL DESEMPEÑO
18. Manuales de descripción de cargos, roles y funciones: Señale estrategia para la elaboración y validación de los manuales.
19. Educación continua para el personal con desempeño en zonas aisladas: Describa el modelo de educación continua y modalidad de priorización de equipos de salud de zonas alejadas o de difícil acceso.
20. Sistemas de incentivos: Describa los principales incentivos existentes para los equipos profesionales de los niveles primario – secundario y terciario, si son de carácter pecuniario, señale su importancia con relación a las condiciones remuneracionales (%)
21. Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente (según corresponda): Describa cuáles son los principales componentes de la carrera sanitaria, que aspectos privilegia como factores de promoción, ascenso o progreso al interior de la red. Señale si es una carrera única para toda la red o diferenciada. En este último caso señale si existen mecanismos de articulación entre los diferentes modelo
VI. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y ORGANIZACIONAL
22. Estructura de Gestión de RHS: Describa la modalidad de organización de la red de RHS considerando todos sus niveles, mecanismos de articulación, facultades o atribuciones de cada componente, así como los recursos de que disponen.
23. Mecanismos de evaluación de la satisfacción laboral para personal del primer nivel de atención: Describa los instrumentos utilizados y los principales hallazgos encontrados

10. AUTOEVALUACIÓN

1. Describa brevemente las principales características del mercado laboral de salud de su país. Principalmente señale el tipo de sistema de salud existente, distinguiendo la composición (principalmente público, principalmente privado o mixto) en el ámbito de los prestadores, financiadores y aseguradores

2. Señale si el sector salud aplica mecanismos de compra de servicios a prestadores privados (en convenio o no), indicando los principales efectos que esta estrategia genera sobre la oferta de RHS calificados

3. ¿Cuándo se inició la instalación del modelo de salud familiar, comunitario e intercultural?

4. Puede señalar las principales estrategias utilizadas avanzar en la instalación de este enfoque.

5. ¿Cuáles son los tres principales problemas que enfrenta la gestión de RHS en su país? – priorice y fundamente.

6. ¿Cuáles son los tres principales avances en el ámbito de la gestión de RHS que su país ha logrado? – priorice y fundamente.

7. ¿Cuáles son las tres estrategias que han impactado más positivamente en la captación de RHS para la red asistencial en cada uno de los niveles que la componen?, ¿son las estrategias aplicadas en cada nivel consistentes con el propósito de fortalecimiento de un sistema de salud basado en APS?

8. Datos para el equipo nuclear de salud (médico – enfermera – obstetras):

a. Valor promedio de la hora de remuneración (expresada en equivalente a dólar) para profesionales con desempeño en jornada diurna y funciones asistenciales (incluye remuneraciones fijas y variables) en las siguientes categorías:

Tipo de Personal	Primer Nivel de Atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

b. Conceptos de pago para profesionales con desempeño en jornada diurna y funciones asistenciales (incluye remuneraciones fijas y variables) en las siguientes categorías. Por ejemplo asignación por cumplimiento de metas, por antigüedad, por ruralidad etc.

Tipo de Personal	Primer Nivel de Atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

c. N° de plazas disponibles (con presupuesto asignado – con o sin provisión) para:

Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

d. N° de plazas provistas para:

Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
Equip. comunitarios (promotor, ed. sanitario)				

e. Indicadores de rotación de personal para:				
Tipo de Personal	Primer Nivel de atención		Segundo Nivel de atención	Tercer nivel de atención
	Zona Urbana	Zona Rural		
Médico				
Médico de familia				
Enfermera				
Obstetriz				
9. Señale la siguiente información sobre presupuesto para cada uno de los siguientes rubros (expresar todos los valores en equivalente a dólar):				
Rubros:	Niveles secundario y terciario		Nivel primario	Total
Presupuesto asignado al gasto en remuneraciones (incluir sólo remuneraciones fijas y variables, excluir conceptos tales como cargas familiares, presupuesto para viáticos u otros que no están directamente relacionado con el desempeño del cargo propiamente tal)				
Presupuesto de capacitación				
Presupuesto de formación (especialización médica):				
- Especialidad de medicina familiar				
- Otras especialidades				



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas