

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



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

SERIE DE ESTUDIOS
MULTIPAÍS N°4

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

Serie de estudios
multipaís N°4



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





Sistematización y Análisis de las Experiencias de Determinación de Brechas de Recursos Humanos de Salud

CONTENIDO

Presentación

1. Introducción
2. Objetivo
3. Marco general metodológico de sistematización de las experiencias en determinación de brechas de personal de salud
4. Sistematización de experiencias
5. Experiencia en la implementación metodología de cálculo de brechas de Recursos Humanos en Salud, del Ministerio de Salud de Perú.
6. Conclusiones
7. Limitaciones

PRESENTACIÓN

En los últimos años se ha desarrollado una intensa movilización de alcance nacional e internacional en la región de las Américas, y en particular en los países de la Subregión Andina, para abordar los problemas de recursos humanos, particularmente personal de salud en los sistemas de salud, con el fin de garantizar a la población el acceso a servicios de salud con equidad, calidad, eficiencia y pertinencia¹.

Por consiguiente en los países andinos se estableció una Política Andina de Recursos Humanos, que tiene como propósito orientar e impulsar el desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en la Subregión Andina, como parte esencial de los esfuerzos nacionales por garantizar el acceso universal a una atención integral, y oportuna de la población de los países miembros, haciendo plenamente vigente el derecho a la salud.

Así mismo el Organismo Andino de Salud, tiene como objetivo estratégico establecer Políticas para el Desarrollo y Gestión Integral de Recursos Humanos en Salud, siendo el resultado esperado promover el desarrollo de la inteligencia colectiva en RHUS, a través de la generación y diseminación de conocimiento en temas críticos de la gestión de los RHUS, especialmente aquellos vinculados con los problemas de disponibilidad de personal sanitario en zonas desatendidas².

Dentro de este marco se genera la necesidad de recopilar y sistematizar los métodos que los países en la región están utilizando para determinar las brechas de personal de salud según niveles de atención en los países de la región andina, particularmente en el campo de los recursos humanos, que requieren ser compartidas, para converger esfuerzos e iniciativas, definir objetivos comunes aprovechando al máximo nuestras potencialidades y contar con referencias técnicas, lecciones aprendidas, iniciativas, metodologías y prácticas en la implementación en los diferentes espacios de cada país integrante de la región andina, con el propósito de generar información regional partiendo de algunos referentes importantes en la última década y a la fecha³.

¹Política Andina de Recursos Humanos Versión aprobada en la XXXIII REMSAA, Bogotá - Colombia, 2012.

²El Plan Estratégico del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue 2013-2017 tiene siete objetivos estratégicos.

³Resolución CD45.R9 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud - 2004.

En tal sentido ante lo señalado y considerando la priorización hecha por los países, el Proyecto Plan Sanitario de Integración Andina (PlanSIA)⁴, incluyó dentro de las actividades programadas la realización de un estudio sobre “Experiencias en la determinación de brechas de personal de salud según niveles de atención en la Región Andina”.

1. INTRODUCCIÓN

En la región se están desarrollando algunas iniciativas a partir del diseño y aplicación de modelos de determinación de brechas de personal de salud según nivel de atención definidos localmente. En este contexto y de acuerdo con lo priorizado por los países, se ha estimado necesario, recopilar y sistematizar estas experiencias de diseño, aplicación e implementación de metodologías de determinación de brechas de RHUS, salud según nivel de atención utilizadas en cada país de la región andina.

Uno de los factores clave para garantizar el acceso y cobertura de las necesidades y demandas de la población en salud, es contar con recursos humanos disponibles (en adecuadas condiciones de cantidad y calidad) para responder a las necesidades de salud de la población, así como también analizar las limitaciones de los métodos que permitirían mensurarlas de forma cuantitativa y cualitativa.

El presente documento de trabajo recopila y sistematiza las experiencias de los países de la región andina, en el diseño e implementación de metodologías para la determinación de brechas de personal de salud y a la vez se proponen recomendaciones para su posible adaptación y aplicación según características nacionales específicas. Así como proporcionar información disponible de las diferentes experiencias del proceso de determinación de brechas, principales componentes y variables que han considerado en cada integrante de la región andina.

⁴Este proyecto ha sido construido en un largo proceso con los Ministerios de Salud en coordinación con el ORAS-CONHU y cuenta con el financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina - CAF.

El objetivo central es obtener la información y sistematizarla identificando componentes y variables, desde el diseño, instrumentos técnicos, e implementación de metodologías para la estimación de brechas de RHUS. Así como efectuar un primer examen de las herramientas y procedimientos, utilizados para planificar y estimar las dotaciones de recursos humanos en el sector salud de los diferentes sistemas de salud de la región andina. Es necesario consignar que, dado que no todos los países de la región proporcionan información, parte de la información contenida en este informe se base en fuentes secundarias constituyendo esto una limitante para reflejar más integralmente la experiencia de los países en este ámbito.

Siendo la finalidad fortalecer la política para el desarrollo y gestión integral de recursos humanos en salud. En tal sentido se describe la modalidad para determinar la disponibilidad y necesidades de recursos humanos en salud, las variables que considera y fuentes de información utilizadas, señalando, cuando corresponda, su alcance según el sistema de salud correspondiente.

Así mismo en la presente sistematización se realizará una referencia especial a la experiencia de desarrollo de metodologías de cálculo de brecha de recursos humanos en salud (RHUS) del Ministerio de Salud de Perú, país que en el marco de la implementación de la Reforma del Sector Salud, durante el presente año ha logrado la aprobación oficial de dos Guía Técnica Metodológicas para la estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención y la implementación del Registro Nacional de Personal (INFORHUS) registrando los mayores avances metodológicos en este campo en la Región Andina.

2. OBJETIVO

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.

Capitalizar y recomendar posibles mecanismos de adaptación y aplicación de estrategias e instrumentos metodológicos para la determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención de las diferentes realidades de los países del área andina.

3. MARCO GENERAL METODOLÓGICO DE SISTEMATIZACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS EN DETERMINACIÓN DE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD

La Sistematización como interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción descubre y explica la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido, las relaciones entre si y por qué lo han efectuado de ese modo⁵. La sistematización también se define como un proceso permanente o continuo de documentación, aprendizaje y acción, que tiene lugar dentro de una iniciativa de desarrollo, con el fin de no dejar perder las experiencias vividas o por vivir y su difusión a diferentes niveles.

En esta acepción, de sistematización de experiencias, se trata de mirar las experiencias como procesos claves, históricos y complejos en los que interviene diferentes actores, en un contexto económico-social determinado y en un momento institucional del cual formamos parte. El dilema no es solo quedarnos con la reconstrucción de lo que sucede, sino realizar una interpretación crítica de la que se extraiga aprendizajes que tengan utilidad en el futuro.

Esta metodología conduce a que los procesos sean proactivos que promuevan la innovación, mejore el proceso y de cuenta de él. A la vez en su aplicación a una realidad concreta, que retroalimenta el proceso, para mejorarlo e innovarlo permanentemente, así como compartir las lecciones aprendidas con otros actores.

La sistematización como recuperación y descripción de la experiencia en la práctica nos demostró la utilidad e importancia del método y/o herramienta de análisis desde el diseño e implementación de metodologías de determinación de brecha de personal de salud según nivel de atención, y propuestas de aplicación en los ámbitos del presente estudio, basado en la metodología de descripción, análisis y acción, con un enfoque de reconstrucción de la práctica y de producción de conocimientos.

⁵Recogido de Oscar Jara: Sistematización de Experiencias.

Para ello se utiliza la guía metodológica de sistematización tomada del Proyecto APRISABAC⁶,



Para lo cual se detalla bajo los siguientes aspectos, que contiene la descripción de la sistematización de las experiencias:

A	Datos Generales
B	Antecedentes
C	Contexto
D	Características del estudio
E	Procesos del estudio
F	Lecciones aprendidas

Fuente: Guía de Sistematización de Experiencia.

El marco general metodológico parte del objetivo de la consultoría de los países andinos en el desarrollo de metodologías para la determinación de brecha de RHUS; para el presente estudio se ha considerado lo propuesto por Norbert Dreesch, respecto a los cinco enfoques para la estimación de los requerimientos de recursos humanos sanitarios, siendo las siguientes:

- 1. Basado en necesidades:** Su principal ventaja, aparte de su consistencia con la ética profesional y ser fácil de entender, es su independencia al uso actual del servicio de salud. Sin embargo, ignora el problema de la eficiencia en la distribución de los recursos entre otros sectores, la necesaria actualización de la proyección ante cualquier cambio tecnológico, y el uso intensivo de datos.

⁶Guía de Sistematización de Experiencias - Proyecto APRISABAC Perú - Cajamarca.

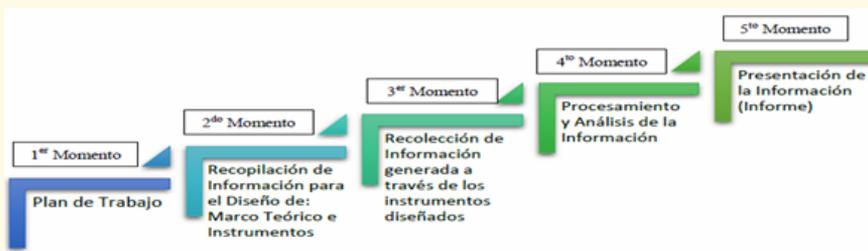
2. **Basado en demanda:** Aun cuando su ventaja está relacionada con alcanzar objetivos en forma económica pues no es afectado por pequeños cambios en la utilización relacionada a la población, su desventaja estriba en que no toma en cuenta los errores basados en la presunción de índices de uso, manteniendo el status quo de la provisión de servicios.
3. **Fuerza laboral sanitaria basada en índices poblacionales:** Es un método simple y fácil de aplicar, pero no refleja el nivel de uso de los recursos humanos ni permite explorar las combinaciones posibles entre oferta, distribución, productividad y resultados de las actividades asistenciales.
4. **Basado en servicio objetivo:** Relativamente fácil de usar, permitiendo la interacción entre variables, pero puede llevarnos a presunciones potencialmente irreales.
5. **Enfoque ajustado al servicio objetivo:** Útil en programas específicos, con una mirada a la eficiencia y potencial para la combinación de capacidades, requiriendo, sin embargo, estudios detallados de flujo de trabajo y solo puede ser efectivo si los recursos físicos y materiales están disponibles para apoyar a los recursos humanos sanitarios.

Considerando este marco teórico se propone lo siguiente como marco general de trabajo:



Fuente: Elaboración propia del consultor.

Operativización instrumental para la obtención y procesamiento de la información, se realiza el despliegue del trabajo en 05 momentos, según el plan de trabajo⁷. Revisamos estos momentos y recomendamos la validación de los instrumentos.



Fuente.- Plan de Trabajo de Consultoría.

Instrumentos de Operativización:

COMPONENTES	CONTENIDOS	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	INSTRUMENTO	PREGUNTAS

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD	INSTRUMENTO	PREGUNTAS

Elaboración propia del consultor.

Siendo el objetivo del instrumento recoger la información suficiente de los países del ORAS-CONHU, que nos permita ordenar, clasificar y sistematizar de manera comparable los avances respecto a los componentes y variables predefinidos según el objetivo de la presente consultoría, el mismo que sirvió para formular las preguntas semi - estructuradas aplicadas y validadas con los países de la ORAS-CONHU.

Ejemplo:

- Componentes: Disponibilidad, Necesidad, etc.
- Variable: Nivel de atención, alcance, etc.

⁷Plan de trabajo de Consultoría.aprobado - Instrumentos de recopilación, recolección y procesamiento de la información.

Finalmente para la descripción del presente trabajo se define de acuerdo a los objetivos específicos de los TDR, los ítems de los instrumentos (indicador, unidad de medición), de tal manera que facilite procesar la información obtenida.

Metodología de trabajo

Marco Metodológico para la Sistematización de experiencias de determinación de Brechas de Recursos Humanos en Salud según país miembro del Organismo Andino en Salud - ORAS-CONHU.

Ministerio

Principales Componentes	Variables						
	Niveles de Atención	Organización de los servicios de Salud	Modalidad	Número de RHUS según grupo ocupacional	Alcance	Fuentes de información	Recomendaciones para su posible adaptación y aplicación
Disponibilidad							
Necesidad							
Criterios de Ajuste							

Elaboración propia del consultor.

Acciones previas

- Reuniones de coordinación con los siguientes contactos:
 - Representantes del Ministerio de Salud de Bolivia
 - Ministerio de Salud de Chile.
 - Ministerio de Salud de Colombia.
 - Representantes de Ecuador.

- Se efectuó la revisión de información de fuentes secundarias:
 - Fuentes oficiales de información (Ministerios de Salud de los países de la región andina, OPS, WHO).
- Se aplicó fichas para la generación de Información de Fuente Primaria, a través de entrevistas realizadas a los diferentes actores que participaron directa e indirectamente en los procesos de diseño e implementación de la metodología para la determinación de brechas de RHUS.
- Se realizó entrevistas dirigidas a las contrapartes técnicas de los Ministerios de Salud de los países de la región andina, recibiendo respuesta de algunos países, no de todos.

4. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS

4.1 Descripción de los ítems de acuerdo a la Guía de Sistematización

Bolivia

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Bolivia.
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Bolivia.
Momentos principales	Planificación de recursos humanos. Diseño. Método de cálculo de brechas.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Bolivia, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). • Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<p>En el país de Bolivia, el Sistema de Salud se configura por Subsectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sub Sector público de Salud • Sub Sector privado • Sub Sector de la medicina tradicional • Sub Sector de la seguridad de corto plazo
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de desarrollo sectorial en eje 1 establece el desarrollo de Recursos Humanos Salud del Ministerio de Salud. • Lineamientos de la política de desarrollo de RRHH en Salud (2009). • Conformación de un área de Gestión de RRHH (En proceso). • Desarrollo del Sistema de Registro de RRHH 190.129.86.245/rps (En proceso).

D. CARACTERIZACIÓN	
Diseño	<p>Parte del Sistema de Planificación: Tiene un desarrollo intermedio ya que el país realiza procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). En el sector público la planificación de los recursos humanos se realiza en cada servicio departamental de salud SEDES de acuerdo al crecimiento vegetativo y perfil epidemiológico.</p>
Metodología y herramientas	<p>No se cuenta con información de proyección de oferta y demanda de recursos humanos.</p>
Componentes principales	<p>Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí. Cuentan con un software de Registro de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional: cuenta con información del subsector público de salud que actualiza la información cada dos meses administrado por el Sistema Nacional de Información en Salud.</p>
Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles asistenciales • Profesiones • Crecimiento vegetativo • Perfil epidemiológico

E. PROCESO DEL ESTUDIO	
¿Cuándo se inició?	Información no reportada
Resultados	Información no reportada
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	Información no reportada
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	Información no reportada
¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?	Información no reportada

F. LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	Información no reportada
Limitaciones	Información no reportada
Problemas persistentes	Información no reportada

Chile

A. DATOS GENERALES	
	Ministerio de Salud de Chile
Nombre de la experiencia ⁸	<ul style="list-style-type: none"> Estudio de Brechas de Recursos Humanos de Salud. Ministerio de Salud. 2012 (Sector Público): Atención primaria, Secundaria y Salud Mental. Estudio de Brechas de oferta y demanda de médicos especialistas. Ministerio de Salud - Banco Mundial, 2008-2010. Módulo de determinación de Brechas de RHS de la Metodología de Estudios Pre Inversiones.
Localización	País Chile.
Momentos principales	Planificación de recursos humano. Diseño. Método de cálculo de brechas.

⁸Pasantía Internacional Experiencia del Perú en el Abordaje de las Brechas de Recursos Humanos en Salud: Retos para la dotación estratégica. Lima 30 de Junio-04 de Julio 2014. Presentación de Claudia Godoy Cubillos. Jefa Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. .Estimación de Brechas Recursos Humanos en Chile. Metodologías y Estrategias de Superación.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Chile, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). • Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada para la Salud (CESTAS).

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema mixto de salud público/privado donde el 80% de la población se atiende en el sistema público de salud. • Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario. • Número de establecimientos públicos de salud: 205 establecimientos públicos, 21 Centros ambulatorios, 2089 centros de atención primaria de la salud.
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	La Secretaria de Estado ha desarrollado en los últimos seis años, varias iniciativas, estudios y procesos de negociación con actores relevantes, con el propósito de alcanzar un mejor conocimiento del universo del personal de salud en Chile, sus características y las del mercado laboral, las dinámicas vigentes en el sector formador, el abordaje de corto y mediano plazo de la estimación de brechas como Política de Salud y en el ciclo respecto de la cantidad, composición y competencias de los Recursos Humanos acordes a las necesidades sanitarias actuales y futuras de la población.

D. CARACTERIZACIÓN	
Diseño	De los reportes generados por su sistema de información, el cual se integra con la información proveniente del mercado de trabajo, lo que les posibilita contar con escenarios de información de disponibilidad actual y futura.
Metodología y herramientas	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizan métodos de proyección. • Metodologías de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal. • Cartera de servicios especificada por el modelo de salud. • Factores epidemiológicos. • Organización de las redes.
Componentes principales	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de RRHH. • Requerimiento de recursos humanos. • Brecha de recursos humanos: Resulta de la diferenciación entre la necesidad y disponibilidad actual y proyectada. • Software para estimación de oferta y distribución de médicos en el Sector Público de Salud.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de gestión, cartera de servicios, producción proyectada, equipamiento y rendimiento de estándares • Población: Identificar población per cápita según grupos etáreos, asignada a FONASA y por INE, para luego estimar la demanda de atenciones entregadas por grupo etáreo, el cual dará origen de la estimación de necesidades de RHS. • Estudio de mercado, caracterización de la dotación, optimización y coeficientes técnicos

E. PROCESO DEL ESTUDIO	<p>¿Cuándo se inició?</p> <p>Mediante los resultados de sus brechas generan el insumo para el inicio del Sistema de Gestión de Recursos Humanos como parte del Sistema de Planificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene un desarrollo intermedio ya que el país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). Con la finalidad de establecer criterios de dotación de recursos humanos adecuada, aplicables con sus respectivas especificidades tanto en la red asistencial, como en las instancias que cumplen funciones de salud pública, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 incorpora metas en el ámbito de la planificación de RHS y del establecimiento de estándares de RHS. • En este contexto, se está implementando en forma progresiva la planificación plurianual de RHS, existiendo actualmente procesos específicos dependiendo de si se trata del personal con dependencia de los Servicios de Salud o de APS Municipal o alternativamente, si se trata de proyectos de inversión en infraestructura. La primer modalidad para los servicios de salud es en el marco del proceso de negociación presupuestaria anual, en el que solicitan, las expansiones de dotación de recursos humanos para el periodo correspondiente en base a criterios, tales como, necesidades de personal surgidas en el marco del Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES). • Una vez establecidas las necesidades se desarrolla un proceso de negociación presupuestaria y ajuste a la disponibilidad de expansión financiera. La otra opción, en caso de construcción o normalización de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud-Consultorios y Hospitales, es en base a un dispositivo de estudios pre inversiones que incluye un componente de recursos humanos y contempla una proyección plurianual hasta la puesta en marcha del nuevo recinto, expansión que de igual forma se incluye en el presupuesto anual. • Por su parte, las dotaciones de APS municipalizadas dependen fuertemente de los recursos humanos depende de este aporte, el cual debe optimizar de la misma (Mecanismos del Per Cápita). Por esto, la planificación de sus recursos humanos depende de este aporte, el cual debe optimizar el uso de RHS y por ende la contratación de personal de acuerdo a los recursos financieros disponibles.
Resultados	<p>Estudios de brechas se aplican:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudios de Pre inversión Hospitalaria (De acuerdo a cartera de inversiones). • Estudios Anuales de Brecha por Niveles de Atención: Metodologías de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal. Software para estimación Oferta y Distribución de Médicos en el Sector Público de Salud.
<p>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</p> <p>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</p>	<p>Actual gestión del Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS se ha fijado como compromisos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir una Metodología de Estimación de Brechas Adecuadas. • Capacitar a los Referentes Técnicos Locales para uso de la Metodología. • Contar con la descripción de Procedimiento de Estimación de Brechas de RHS Atención Primaria de Salud Municipal.

F. LECCIONES APRENDIDAS

Logros

- Sistema de proyección de oferta y demanda de RHS: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas parciales de proyección de RHS que no consideran las necesidades de la red asistencial en forma integrada.
- Respecto de la disponibilidad de sistemas de proyección de oferta y demanda de RHS, existe un conocimiento sobre la proyección de la oferta de RHS a nivel nacional, actualizable anualmente, a través de los sistemas de información del Ministerio de Educación, faltando articular este conocimiento en un dispositivo integral de planificación que vincule oferta con demanda. Tal como se ha señalado, el país identifica que uno de los aspectos requeridos para avanzar en las proyecciones de demandas, es la necesidad de establecer estándares de RHS, materia en que se ha avanzado en el caso de los establecimientos dependientes de los
 - servicios de salud, definiéndose estándares de RHS para las principales profesiones y estamentos asistenciales y áreas de atención, faltando definiciones para las unidades de emergencia de los hospitales de Alta complejidad (previsto para el año 2014).
 - Un uso específico que se da a los resultados obtenidos en base a la aplicación de los estándares mencionados precedentemente, es la formación de post grado en Especialidades Médicas y Odontológicas financiada por el Estado, la que se prioriza y programa en el mediano plazo en función de una estimación de las necesidades del sector público, en todo el territorio nacional y para los diferentes niveles de atención, sin que hay incorporado, a la fecha, una metodología de proyecciones de necesidades a mediano plazo.
- Estudios de Pre inversión Hospitalaria
- Brecha actual y futura para el Sistema de Gestión de Recursos Humanos (Obtención reclutamiento y selección; carrera sanitaria; incentivos y retribución; capacitación y desarrollo; Políticas de egreso).
- En APS municipalizada, existen estándares nacionales sugeridos para los profesionales nucleares, acordes a la demanda de atención, faltando definición para el restante equipo de salud. En este caso y según lo señalado en el documento "Orientaciones para la Planificación y programación en red año 2014" del Ministerio de Salud, sólo se han establecido estándares nacionales, calculados considerando la situación epidemiológica país, la que no necesariamente representa la realidad de una comuna en particular, razón por la cual, la Ley establece que las entidades administradoras deberán tener su diagnóstico epidemiológico comunal participativo actualizado, en base al que se deben definir los recursos humanos necesarios para ejecutar su plan de salud para la población previamente caracterizada, determinando sus propios estándares sobre la base de las horas disponibles, sus brechas o excesos.
- Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí. Con relación a la disponibilidad, implementación y uso de sistemas de información, también es necesario de creación el sistema de información de RHS de APS-SIRHAPS-con un grado de avance del 60%. Hasta hoy, esta información se recaba anualmente tomando datos desde los municipios y procesándolos en forma centralizada en la División de Atención Primaria del Ministerio. La cobertura es nacional y contiene datos de la totalidad de los equipos de salud que se desempeñan en el país.
- Respecto del 2° y 3° niveles de atención de salud de la red pública de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS), del personal del Ministerio de Salud, FONASA y Central de Abastecimiento, existe el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH)

F. LECCIONES APRENDIDAS	
<p>Logros</p>	<p>que se compone de 9 módulos: 1. Planificación de RHS, 2. Ciclo de vida laboral, 3. Remuneraciones, 4. Capacitación y formación, 5. Salud ocupacional, 6. Control de gestión, 7. Bienestar, 8. Atención al funcionario, 9. Gestión del desempeño. La cobertura de la información es integral, exceptuando 3 establecimientos asistenciales experimentales cuyos datos de RHS se recaban aparte. A nivel nacional, la administración del Sistema recae en la Unidad de Gestión de la Información de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio. Este sistema es descentralizado a nivel nacional y regional, además de construir indicadores periódicos o según demanda. Se pueden establecer series cronológicas con un nivel de comparabilidad aceptable desde el año 2004 en adelante, siendo necesario perfeccionar en forma continua la calidad de la información que se recolecta mediante este sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adicionalmente, Chile dispone de un Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud creado por ley y que se ha ido poblando progresivamente desde el 2009. A dicho Registro se incorporan voluntariamente los profesionales, técnicos y los especialistas certificados independientemente del lugar de desempeño (público, privado o mixto). Si bien la inscripción en el Registro Nacional es voluntaria, la entrada en vigencia de la garantía de calidad del sistema de Garantías en Salud (GES- Ley Auge que aplica en ambos sectores público y privado), exige que para atender los pacientes que tengan una de las 80 patologías, problemas de salud o acciones preventivas incluidas en el Sistema GES, los profesionales y técnicos en salud deben ser inscritos con su título en el Registro Nacional. Posteriormente (a contar de 2016), la entrada en vigencia de la garantía de calidad del sistema GES exigirá que los médicos y odontólogos especialistas estén certificados e inscritos en el Registro para atender las patologías, problemas de salud e intervenciones preventivas perteneciendo al sistema GES. (www.supersalud.cl).
<p>Limitaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Mercado laboral de trabajo en salud. • Actualización y dinamicidad de la información global.
<p>Problemas persistentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estandarizar áreas de apoyo clínico y terapéutico y áreas administrativas. • Desarrollar un Sistema Informático con modelos integrales de proyección de recursos humanos.

Colombia

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Colombia
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Colombia.
Momentos principales	Planificación de recursos humanos. Diseño. Método de cálculo de brechas.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Colombia, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> El Sistema de Salud Colombiano respecto a su sistema de planificación, tiene un desarrollo intermedio ya que el país desarrolla procesos de planificación fragmentados (por niveles asistenciales y/o profesiones). Las características de pluralismo institucional y descentralización del Sistema de Salud no hacen posible una planificación centralizada para el desarrollo del Talento Humano en Salud. A pesar del incipiente nivel de la planificación de RHS, se apunta a mejorar en este aspecto debido a la importancia de establecer estrategias macro que articulen el nivel nacional y territorial y apoyen la toma de decisiones, la priorización en la asistencia técnica y en la asignación de recursos.
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> Sistema de proyección de oferta y demanda de RHS: Poco o nulo desarrollo, el país no cuenta con sistemas de proyección de RHS o cuenta con un desarrollo incipiente de sistemas de proyección. Con el propósito de contar con estimaciones de oferta y demanda de RHS y avanzar el desarrollo de políticas y normas, el Ministerio de Salud Pública ha contratado la realización de varios estudios. Sin embargo, estos no han sido actualizados de manera continua. Se espera desarrollar un sistema de proyección de oferta y demanda de RHS, en el marco del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud-RETHUS, armonizado con otros sistemas de información que disponen datos relevantes para el proceso. El desarrollo del RETHUS apunta a unificar y obtener una base de datos que soporte la planeación y proyección de RHS mediante su inscripción en este sistema de información.

D. CARACTERIZACIÓN	
Diseño	No cuenta con información.
Metodología y herramientas	Sistema de información. Observatorio de THS.
Componentes principales	<p>Disponibilidad:</p> <p>Etapa 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposiciones normativas. • Necesidades de información. • Definición de mínimos: datos e indicadores. • Fuentes. • Identificación de información disponible. • Definición de plataforma de apoyo. <p>Etapa 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajuste normativo. • Socialización MinSalud. • Plataforma tecnológica de soporte para gestión de datos mínimos. • Definición de procesos de administración, seguimiento y evaluación. • Socialización actores. <p>Etapa 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reporte y validación datos históricos. • Reporte y Validación datos nuevos (periódico). • Auditoría de seguimiento y evaluación. • Definición de complementarios: datos e indicadores. • Diagnóstico de Información.
Variables	<p>Datos históricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de información: Desarrollo intermedio el país dispone de sistemas de información de RHS que no se comunican o integran entre sí.

<p>E. PROCESO DEL ESTUDIO</p> <p>¿Cuándo se inició?</p>	<p>Resolución 1536 de 2010, el OTHS es una red de Instituciones públicas y privadas; investigadores, expertos y profesionales, dedicados a la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el talento humano del sector humano.</p> <p>Salas temáticas: Discusiones y análisis sobre asuntos específicos y generales del Talento Humano en Salud, que se concretan documentos orientados a la difusión de información y conocimiento a través del Observatorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gestión de la información ha sido reconocida como un eje fundamental para asumir los desafíos planteados en el país y para atender las necesidades de salud de la población colombiana. Se considera que “Hay un amplio consenso en torno a la importancia de contar con pruebas empíricas sólidas que orienten la formulación de políticas, la toma de decisiones y el seguimiento de los avances en materia de desarrollo de los RPHs y fortalecimiento de los sistemas de salud”. • Colombia, carece actualmente de un sistema de información de recursos humanos a nivel nacional. Sin embargo, el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Talento Humano en Salud y el Observatorio de Talento Humano en Salud, ha venido trabajando en la identificación de fuentes de información, en la articulación y consolidación de sistemas disímiles que presenta información histórica en la entidad, en la gestión y análisis de los datos disponibles para orientar los lineamientos y directrices emanados para orientar la formación y el ejercicio del THS en el país. • En 2010 buscando satisfacer las necesidades planteadas y cumplir los ordenamientos legales definidos, el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud-RETHUS, fue concebido como “la inscripción del talento humano en salud en el sistema de información definido para tal fin por el Ministerio de Protección Social” (Hoy Ministerio de Salud y Protección Social). La función pública de inscripción está delegada en los colegios profesionales de la salud que, junto con cumplir con los demás requisitos establecidos por el reglamento del sistema, registren la mayor afiliación de la orden y tengan cobertura de carácter nacional. • Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (RETHUS) como sistema de información en Colombia para establecer situaciones y/o medidas de disponibilidad, distribución, ingresos, capacidades, condiciones laborales, entre otros. • Desde los procesos de formación (antes de la entrada), hasta la salida (transitoria o permanente), el país, debe disponer de información relacionada con la oferta del personal que se encuentra autorizada para atender la demanda de servicios de salud que requiere la población en las distintas regiones del país.
<p>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</p>	<p>Facilitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Colegios profesionales • Las autoridades en salud • Los Tribunales ético disciplinarios del área de salud. <p>Para soportar dicho proceso de inscripción, la Dirección de Talento Humano en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación del Ministerio de Salud Pública, han venido trabajando en el desarrollo e implementación de un aplicativo e apoyo que permita disponer de información sistemáticamente y al mismo tiempo, facilitar el proceso de autorización del ejercicio para el personal sanitario en el País, traducido en un sistema de información de RHUS para la metodología de Brechas.</p>
<p>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</p>	<p>Facilitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Colegios profesionales • Las autoridades en salud • Los Tribunales ético disciplinarios del área de salud. <p>Para soportar dicho proceso de inscripción, la Dirección de Talento Humano en Salud y la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación del Ministerio de Salud Pública, han venido trabajando en el desarrollo e implementación de un aplicativo e apoyo que permita disponer de información sistemáticamente y al mismo tiempo, facilitar el proceso de autorización del ejercicio para el personal sanitario en el País, traducido en un sistema de información de RHUS para la metodología de Brechas.</p>

F. LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	Observatorio de THS. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud.
Limitaciones	Sistema de Salud público con múltiples prestadores privados. Inicio del fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud Pública.
Problemas persistentes	Debilidad de una propuesta metodológica de cálculo de brechas consensuada entre las diferentes prestadoras.

Ecuador

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Ecuador
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Ecuador.
Momentos principales	<ul style="list-style-type: none"> • Situación actual del Talento Humano. • Capacidad Instalada/ Equipamiento /Producción. • Estándares para el cálculo de talento humano en salud para los establecimientos de salud EESS, de primer, segundo y tercer nivel de atención según tipología. • Metodología en base a estándares de tiempos (Horas requeridas y ratios) • Distribución de personal por grupo ocupacional. • Brechas por talento humano en salud del establecimiento.

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Ecuador, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). • Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • No reportado
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • No reportado

D. CARACTERIZACIÓN	
Diseño	Brecha de profesionales de la salud para las Unidades Operativas del I, II y III nivel del Ministerio de Salud Pública de Ecuador incluyendo hospitales nuevos período 2014-2017.
Metodología y herramientas	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología para la planificación del Talento Humano en Salud en los establecimientos de Salud en los diferentes niveles de atención para la red pública integral en salud. • La metodología de Cálculo de Profesionales de la salud está estructurada con 4 Etapas: • Etapa 1: Define el talento humano actual del establecimiento médico. • Etapa 2: Determina los cálculos para establecer el talento humano óptimo por establecimiento de salud según la tipología y el nivel de atención, para lo cual se han diferenciado al I nivel del II y III nivel. • Para el I nivel se definió estándares según la tipología (Población) y para el II, III nivel y atención pre hospitalario se establece 3 metodologías que varía según el talento humano y son las siguientes: • Metodología en base a estándares de tiempos • Metodología en base a estándares de capacidad instalada/producción. • Metodología en base a estándares de índices de atención • Etapa 3: Considera las dos etapas mencionadas y con los resultados obtenidos, determina las brechas de talento humano en salud del establecimiento médico. • Etapa 4: Establece la elaboración del informe final, con la información relevada y los resultados obtenidos.
Componentes principales	<ul style="list-style-type: none"> • Tipología. • Cartera de Servicios.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Estándares. • Tiempos. • Capacidad Instalada.

E. PROCESO DEL ESTUDIO	
¿Cuándo se inició?	No reportado
Resultados	No reportado
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	No reportado
¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?	No reportado

F. LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	No reportado
Limitaciones	No reportado
Problemas persistentes	No reportado

Perú

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Perú.
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Perú
Momentos principales	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de recursos humanos • Diseño • Método de cálculo de brechas

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Perú, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). • Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropiaada para la Salud (CESTAS).

C. CONTEXTO	
Sistema de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales. • Seguridad Social del Perú - EsSalud. • Sanidad y Fuerzas Policiales. • Fuerzas Armadas.
Qué relación tiene el estudio con las políticas y tendencias del sector salud	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma de Salud - Lineamientos de Reforma del Sector Salud 4.Reformar la política de gestión de recursos humanos. • Política Integral de Compensaciones y Entrega Económica del personal de la Salud al servicio del Estado Peruano - D.L. N° 1153 • Está relacionado al desafío 2 señala “Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población” del Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015) • Relacionado con el Lineamientos de Política 2 para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud “Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el socio cultural y epidemiológico, así como la necesidad de salud de la población, particularmente de la más excluida” (Lineamiento de Política 2). • Relacionado con el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, que comprende dentro de su ámbito el subsistema de Planificación de Políticas de RRHH, aprobado por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR) de Perú.

D. CARACTERIZACIÓN	
Diseño	<ul style="list-style-type: none"> • Parte del Acuerdo Ejecutivo de implementación de la Agenda de prioridades de política de salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales - Aplicación de la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención. • Génesis del equipo técnico de RRHH MINSa • Orientación normativa R.M. N° 526-2011/MINSa que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud • Planificación participativo por grupos de interés y mediante ciclo de talleres • Validación por Juicio de Expertos: funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud • Acompañamiento técnico: • USAID/Perú/Políticas en Salud • Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú.
Metodología y herramientas	<ul style="list-style-type: none"> • Anteproyecto de Metodología de Cálculo de Brecha para el primer, segundo y tercer nivel de atención. • Ciclos de Talleres participativos por niveles de atención • Juicio de Expertos de Oficinas nivel central MINSa • Acompañamiento por cooperación externa • Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios.
Componentes principales	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad: población, oferta por servicio y grupo ocupacional. • Necesidades: Variable a ser implementada ex post. • Ajuste: Ruralidad se requiere mayor descripción y alcance según con los ámbitos territoriales propios del país.
Variables	<ul style="list-style-type: none"> • Alcance enfocado al primer, segundo y tercer nivel de atención (demanda - oferta). • Nivel de atención, delimita la dotación de RRHH.

E. PROCESO DEL ESTUDIO	
<p>¿Cuándo se inició?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como función rectora e iniciativa del equipo técnico de la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos órgano de línea del Ministerio de Salud, tiene como función: “conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud” tal como lo establece Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado mediante Decreto Supremo 023-2005.
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA • Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial 437-2014/MINSA
<p>Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros</p>	<p>Facilitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Base normativa: El anteproyecto del documento normativo de la Guía Técnica se realizó considerando las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA que aprueba las normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud. • Estimación de las brechas de recursos humanos en salud, para los estudios de pre inversión a nivel de perfil de PIP en establecimientos de salud estratégicos del Ministerio de Salud. • En coordinación con la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP)-Oficina de Proyectos de Inversión (OPI) en el marco de la Resolución Directoral N° 010-2012/63.01. Anexo CME 12 Anexo de la Resolución Directoral 008-2012-EF/63.01. • Comisión Intergubernamental de Salud - (CIGS): Incluye en la agenda y prioridad de salud. • Acompañamiento técnico de los Organismos de Cooperación Internacional: USAID/Perú/Políticas en Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú. • Expertos en salud del nivel local, regional y nacional. <p>Limitaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento y logística.
<p>¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?</p>	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal con competencias en el Sistema de Salud. • Liderazgo de la OGRHH - MINSA. • Expertos en salud en los diferentes niveles de atención. • Marco normativo legal. • Política Nacional y mandato de política de reforma en RRHH.

F.LECCIONES APRENDIDAS	
Logros	<p>Aprobación mediante norma nacional de Guía Metodológicas para los tres niveles de atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/MINSA el 03.03.14. • Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención aprobada mediante Resolución Ministerial 437-2014/MINSA el 10.06.2014. • Aplicativo informático.
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de soporte informático y tecnología a nivel nacional - TIC. • Variabilidad geográfica para los factores de ajuste. • Limitado catálogo de tiempos estándares en especial para las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención.
Problemas persistentes	<ul style="list-style-type: none"> • Primer nivel de atención: No se cuenta con un sistema nacional en línea, que sistematice las poblaciones asignadas exclusivamente a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y Gobierno Regionales. • Debilidad en la organización de las redes de servicios de salud, que no posibilita que los establecimientos tengan la claridad sobre su ámbito sanitario respecto a los recursos humanos. • Segundo y tercer nivel de atención: Existe una deficiente sistema de información de la cuantificación de la producción de los establecimientos del segundo y tercer nivel de atención.

Venezuela

A. DATOS GENERALES	
Ministerio	Ministerio de Salud de Venezuela.
Nombre de la experiencia	Determinación de Brechas de personal de salud según nivel de atención.
Localización	País Venezuela.
Momentos principales	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de recursos humanos • Diseño • Método de cálculo de brechas

B. ANTECEDENTES	
Donde se ubica el estudio	En el país de Venezuela, porque es integrante del Organismo Andino de Salud.
Quienes tomaron la iniciativa	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS - CONHU). • Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada para la Salud (CESTAS).

C. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO	
Diseño	<p>Por objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la oferta actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad. • Conocer la distribución actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad y por región geográfica. • Describir los mecanismos de determinación de necesidades de recursos humanos en salud utilizados por los sistemas de salud, especialmente a nivel de los servicios públicos de salud, (incluyendo los de la seguridad social, cuando corresponda). • Estimar las necesidades de recursos humanos en salud por profesión y especialidad, en los próximos 10 años, según la estructura actual del sistema de salud y las proyecciones demográficas y epidemiológicas disponibles. • Analizar la reglamentación vigente y describir los flujos migratorios de los profesionales de la salud entre los Estados Parte.
Metodología y herramientas	No reportado
Componentes principales	No reportado
Variables	No reportado

D. PROCESO DEL ESTUDIO	
¿Cuándo se inició?	No reportado
Resultados	No reportado
Situaciones externas que facilitaron o limitaron los logros	No reportado
¿Cuáles fueron las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos?	No reportado

5. EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE METODOLOGÍAS DE CÁLCULO DE BRECHA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (RHUS) DEL MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ

I. Introducción:

La presente experiencia del Ministerio de Salud, describe los procesos y metodología de determinación de Brecha de Recursos Humanos debido a los avances y experiencias evidenciables, según el mayor desarrollo de acuerdo a la información obtenida y mediante la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos que impulsa el proceso y metodologías de cálculo de brecha.

La Dirección General es el órgano de línea del Ministerio de Salud, tiene como función: *“conducir la planificación estratégica de la formación, especialización, capacitación y dotación de los recursos humanos para el Sistema Nacional de Salud”* tal como lo establece Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud aprobado mediante Decreto Supremo 023-2005.

En tal sentido, le corresponde desarrollar la propuesta metodológica para determinar la brecha de recurso humanos en salud asistenciales, a fin de generar estrategias de dotación que permitan responder a las necesidades de salud de la población, para lo cual se articularon las iniciativas para la formulación de la : A. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención y B. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención, las que fueron impulsadas por el Gobierno Nacional representado por el Ministerio de Salud, y los Gobiernos Regionales, representados por la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), los Directores Regionales de Salud y los representantes de las instancias nacionales de los Gobiernos Locales en el marco de la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, relacionada:

- A la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud.
- Acceso a servicios especializados.

La Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, tiene como finalidad estandarizar los procedimientos para determinar el déficit de personal de salud asistencial en los tres niveles de atención, el cual promoverá la implementación de estrategias de dotación de recursos humanos en salud para servicios asistenciales en el primer, segundo y tercer nivel de atención en el marco de la Reforma del Sector Salud, el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y la Descentralización.

II. Relacion de la formulación e implementación de metodologías de determinación de brechas de rhus con las políticas del sector salud:

Las Guías metodológicas aprobadas de manera genérica guardan concordancia con el siguiente marco normativo:

Está relacionado al desafío 2: *“Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población”* del Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud (2006-2015).

Relacionado con el Lineamientos de Política 2 para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud: *“Planificación estratégica de recursos humanos en salud con equidad, considerando el perfil demográfico, el socio cultural y epidemiológico, así como la necesidad de salud de la población, particularmente de la más excluida”* (Lineamiento de Política 2).

Relacionado con el Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, que comprende dentro de su ámbito el subsistema de Planificación de Políticas de RRHH, aprobado por la Autoridad Nacional del Servicio Civil (SERVIR), ente rector de los procesos de Recursos Humanos del Sector Público.

Y de manera específica guardan relación con lo siguiente:

2.1 Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención:

Está relacionada con la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, vinculada a la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud.

Así mismo se corresponde con los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, en especial con el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (Lineamiento 2), que implica la aplicación de un nuevo modelo de atención que incorpore la organización territorial para brindar la atención integral, continua y de calidad a individuos y familias, con énfasis en la atención ambulatoria, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más importantes.

2.2 Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

Relacionado con los Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, en especial al de mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados (Lineamiento 3), donde Ministerio de Salud (MINSA) deberá fortalecer la conducción, seguimiento y evaluación de los hospitales nacionales y regionales, aplicando un programa sostenido de modernización de la gestión hospitalaria.

Así mismo se vincula con la Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016, relacionada a la Política de acceso a servicios especializados.

2.3 Etapas, fases o momentos principales de la experiencia:

I. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención

La aprobación del Documento Normativo de la Guía Técnica se realizó considerando, las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Siendo las siguientes:

Primera Etapa: Elaboración del Ante Proyecto:

En el marco de la XI Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), realizada el 13 y 14 de diciembre de 2012, y como parte de los Acuerdos Ejecutivos de Implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales, se acordó que los Gobiernos Regionales aplicarán la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del Primer Nivel de Atención al primer trimestre del 2013, y para ello es necesario la formulación y aprobación de la metodología de cálculo como un primer avance.

Segunda Etapa: Validación con expertos sanitarios

Para la validación de la metodología con expertos sanitarios, se articuló un trabajo participativo con los funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud tales como la: Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Oficina General de Planificación y Presupuesto (OGPP) - Oficina de Proyectos de Inversión (OPI), Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGRH).

Adicionalmente, en el proceso de formulación como en el de validación del Anteproyecto de Guía Técnica se tuvo el acompañamiento técnico de los siguientes Organismos de Cooperación Internacional:

- a. USAID/Perú/Políticas en Salud.
- b. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Perú.

Tercera Etapa: Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios:

Con la finalidad de evaluar la aplicabilidad de la metodología, se llevaron a cabo reuniones/talleres nacionales y regionales, de los cuales se recogieron los aportes y sugerencias de las autoridades de salud y personal asistencial de los Gobiernos Regionales, para su evaluación e incorporación al proyecto de documento normativo.

En las diferentes reuniones y talleres de validación, los participantes expresaron la utilidad y viabilidad en la aplicación de la metodología en los ámbitos de su jurisdicción regional.

Cuarta Etapa: Aprobación del Documento Normativo:

Con la validación respectiva el documento fue aprobado por las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de Salud involucradas en el proceso de formulación.

Con la aprobación de las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de salud finalmente el Despacho Ministerial, mediante Resolución Ministerial N° 176-2014/ MINSA promulgada el 03 de marzo del 2014, aprueba la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención.

Proceso de validación y aprobación de la guía técnica para la metodología de cálculo de las brechas de recursos humanos del primer nivel de atención.



3. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

La aprobación del Documento Normativo de la Guía Técnica se realizó considerando las etapas para la emisión de Documentos normativos especificado por la R.M N° 526-2011/MINSA, que aprueba las normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud. Siendo las siguientes:

Primera Etapa: Elaboración del Ante Proyecto:

En el marco de la XI Reunión Ordinaria de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), realizada el 13 y 14 de diciembre de 2012, y como parte de los Acuerdos Ejecutivos de Implementación de la Agenda de Prioridades de Política de Salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales, se acordó en relación a la Política de acceso a servicios especializados, que el Ministerio de Salud culminará la identificación de la brecha de recursos humanos de todas las regiones considerando (Requerimiento de especialidades Básicas: Pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología; y otras especialidades), y para ello es necesario la formulación y aprobación de la metodología Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Segunda Etapa: Validación con expertos sanitarios

Para la validación de la metodología con expertos sanitarios, se articuló un trabajo participativo con los funcionarios y miembros de los equipos técnicos de las Direcciones y Oficinas Generales del Ministerio de Salud que están vinculados con los insumos del Anteproyecto de la Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención tales como la: Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Oficina General de Planificación y Presupuesto (OGPP) - Oficina de Proyectos de Inversión (OPI), Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH).

Tercera Etapa: Validación con autoridades sanitarias regionales y operadores sanitarios

Con la finalidad de evaluar la aplicabilidad de la metodología, se llevaron a cabo reuniones/talleres nacionales y regionales, de los cuales se recogieron los aportes y sugerencias de las autoridades de salud y personal asistencial de Hospitales de alcance Nacional, Regional y Provinciales, así como Institutos; paralelamente se articuló reuniones de validación con los equipos de formulación de proyectos de inversión hospitalarios. Las sugerencias fueron incorporadas al proyecto de documento normativo.

Cuarta Etapa: Aprobación del Documento Normativo:

Con la validación respectiva el documento fue validado por las Direcciones/Oficinas Generales del Ministerio de Salud involucradas en el proceso de formulación, para su consecuente aprobación por el Despacho Ministerial mediante Resolución Ministerial N° 437-2014/MINSA promulgada el 10 de junio del 2014, que oficializa Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Proceso de validación y aprobación de la guía técnica para la metodología de estimación de las brechas de recursos humanos en salud del segundo y tercer nivel de atención:



III. Descripción de la metodología:

3.1 Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención

a. Marco conceptual:

El cálculo de la brecha de RHUS tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales que permita atender la demanda efectiva de procedimientos médicos del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), otras actividades asistenciales no consideradas en el PEAS, actividades administrativas y de capacitación para el primer nivel de atención.

La metodología parte de identificar la demanda de necesidades de salud de la población del ámbito de una microrred de servicios de salud y para atender dicha demanda se requiere que el personal de salud realice un conjunto de procedimientos médicos consignados en el PEAS, así como de otros que no están considerados, de lo cual a su vez desprende un número de actividades administrativas que debe desarrollar y adicionalmente de actividades de capacitación como parte de su desarrollo para una mejor entrega del servicio a la población; traduciéndose en tiempos totales (horas) que requieren los Recursos Humanos en Salud (RHUS) para realizar el total actividades (carga de trabajo), lo cual a su vez me permite calcular la necesidad de RHUS.

Adicionalmente, como parte del desarrollo de la metodología considerando que las funciones a desarrollar del RHUS en los establecimientos del primer nivel de atención se ubican en un porcentaje mayoritario en zonas rurales; y, las que a su vez poseen población dispersa, implicando ello que el personal de salud que labora en estos establecimientos de salud deba desplazarse en busca de la población, debiendo sortear barreras de acceso geográfico; es en este marco, que la Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (DGGDRH) del Ministerio de Salud, desarrolló el indicador: Índice de dispersión poblacional (a nivel distrital), como una propuesta que permite emplear la dispersión poblacional, como criterio que permita ajustar la necesidad de RHUS, desde una perspectiva integral que involucra componentes demográficos, sociales, económicos, acceso a servicios de salud y geográficos.

Una vez identificada la necesidad de RHUS, se procede a acopiar, organizar y validar la información de disponibilidad RHUS por grupo ocupacional la cual procede del Registro Nacional de Personal de Salud (INFORHUS) y; de la diferencia de la necesidad y disponibilidad de RHUS se obtiene la brecha correspondiente por grupo ocupacional.



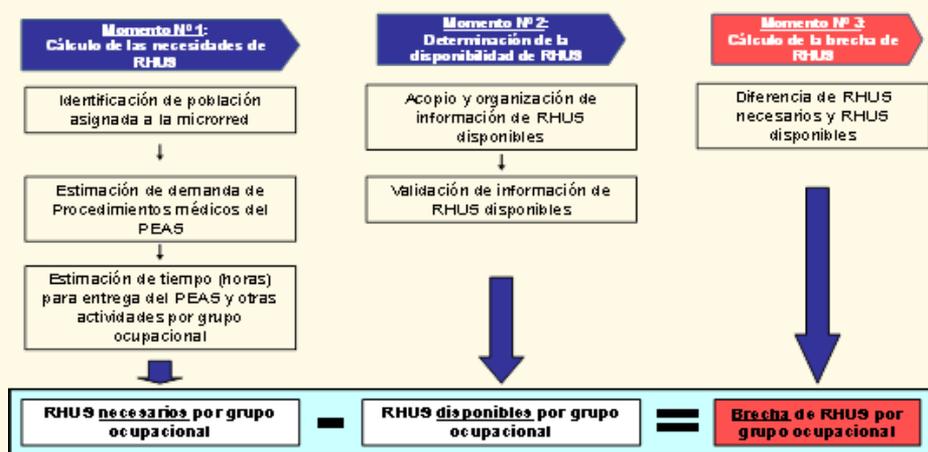
a. Momentos metodológicos, componentes y variables principales:

El proceso de cálculo de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención se realiza en tres momentos metodológicos (Ver gráfico):

- Momento 01: Establece los procedimientos para el cálculo de las necesidades de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.
- Momento 02: Establece los procedimientos para el cálculo de la disponibilidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

- Momento 03: Establece los procedimientos para el cálculo de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Gráfico: Marco Metodológico



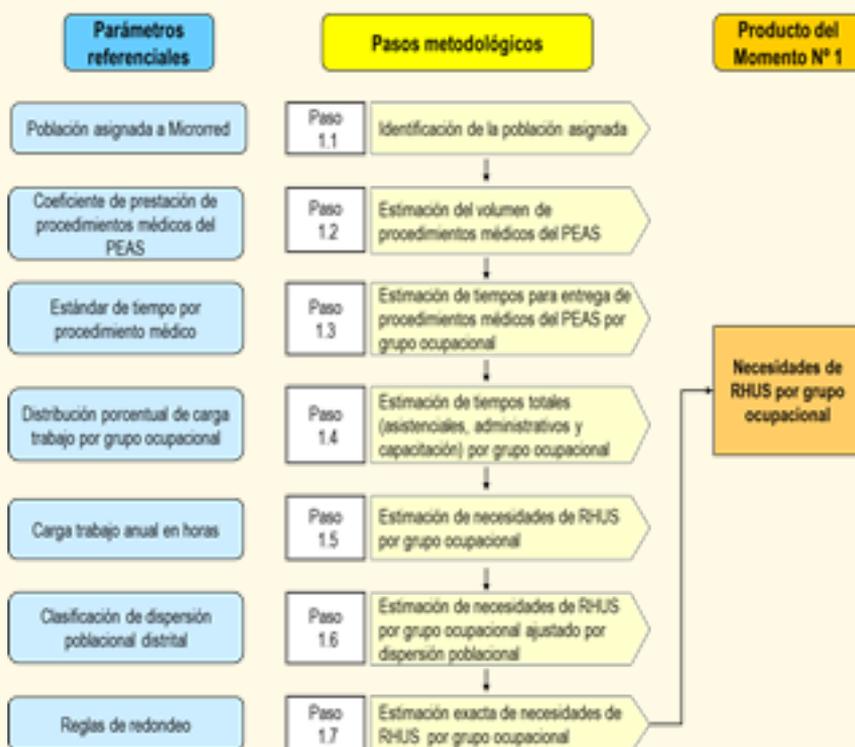
Cada momento tiene a su vez un conjunto de pasos metodológicos, según el siguiente detalle:

Momento 1: Cálculo de la necesidad de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en siete pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 1.1: Identificación de la población asignada al ámbito de la microrred.
- Paso 1.2: Estimación del volumen de procedimientos médicos del PEAS para el primer nivel de atención:
- Paso 1.3: Estimación de tiempos para la entrega de los procedimientos médicos del PEAS para el primer nivel de atención por grupo ocupacional.
- Paso 1.4: Estimación de tiempos totales para actividades asistenciales, administrativas y capacitación por grupo ocupacional.

- Paso 1.5: Estimación de necesidades de RHUS para el primer nivel de atención por grupo ocupacional.
- Paso 1.6: Estimación de necesidades de RHUS por grupo ocupacional ajustado por el índice de productividad de acuerdo a la clasificación de dispersión poblacional de las microrredes.
- Paso 1.7: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional.

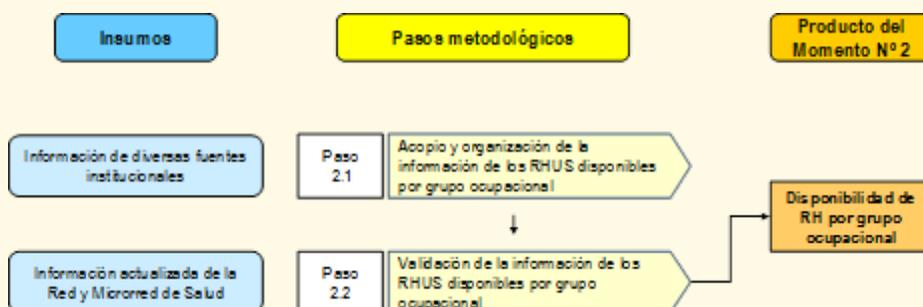
Gráfico: Momento 1 - Cálculo de la Necesidad de RHUS



Momento 2: Determinación de los RHUS disponibles para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 2.1: Acopio y organización de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional.
- Paso 2.2: Validación de la información de los RHUS disponibles para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

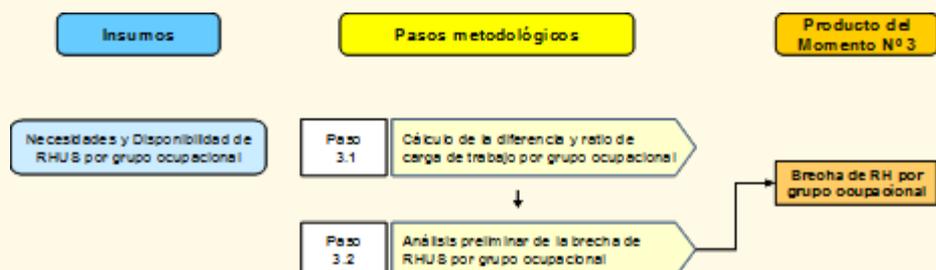
Gráfico: Momento 2 - Determinación de la Disponibilidad de RHUS



Momento 3: Cálculo de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención, el cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

- Paso 3.1: Cálculo de la diferencia y ratio de carga de trabajo por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.
- Paso 3.2: Análisis preliminar de la brecha de RHUS por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del primer nivel de atención.

Gráfico: Momento 3 - Cálculo de la Brecha de RHUS



b. Atributos de la metodología:

- Los momentos metodológicos permiten una participación dinámica y ordenada por procesos, permitiendo su fácil aplicación en los diferentes ámbitos requeridos.

Momentos Metodológicos	Elementos Claves
Momento 01 Cálculo de las necesidades de RHUS.	Ámbito: Microrred de Servicios (Criterio Geo-socio-sanitario), teniendo la flexibilidad de adaptarse al requerimiento del gestor. Criterio de Demanda: para responder a una demanda local del Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), no PEAS y actividades de gestión del primer nivel de atención. Considera la carga administrativa y sus variantes propias por grupo ocupacional. Permite estimar necesidades de RHUS asistenciales de los diferentes grupos ocupacionales. Incorpora la Dispersión Poblacional, como criterio de ajuste de la oferta de RHUS, basado en criterios demográficos, socioeconómicos, geográficos y de acceso a servicios de salud.
Momento N° 02 Cálculo de la disponibilidad de RHUS.	Disponibilidad efectiva de los RHUS por microrred.
Momento N° 03 Cálculo de la brecha de RHUS.	Permite estimar la "Presión de Carga de Trabajo" por grupo ocupacional. Permite comparar la distribución de los RHUS por grupo ocupacional y carga de trabajo en el ámbito de selección y por ende su gestión local.

5.1. Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

a. Marco conceptual:

El cálculo de la brecha de RHUS tiene como producto cuantificar la diferencia entre la necesidad y disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales. Para la estimación de la necesidad se realiza en dos enfoques: Demanda y Oferta.

1. Enfoque de demanda:

Parte de identificar la demanda efectiva de los servicios de salud, procedente de la población de referencia de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Para la cual se calculara los tiempos totales para la entrega de la cartera servicios de salud por grupo ocupacional en función de los tiempos estándar. En la estimación de necesidades se considerara las actividades no asistenciales y el ajuste por atención en los servicios críticos.

2. Enfoque de Oferta:

Este enfoque, está destinado a estimar las necesidades de RHUS que haga viable el funcionamiento de la oferta de los servicios asistenciales existentes, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención. Para la cual se calculara el tiempo total para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud según grupo ocupacional. En la estimación de necesidades se considerara las actividades no asistenciales y el ajuste por atención de servicios críticos.

Los escenarios de aplicación de cada enfoque son los siguientes:

- A. El enfoque de demanda será de aplicación por las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión, relacionados al componente brechas de RHUS asistenciales.
- B. El enfoque de oferta será de aplicación para la estimación de brechas de RHUS asistenciales, de los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención existentes, pertenecientes al Ministerio de Salud,

Instituto de Gestión de Servicios de Salud, Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs) o Gerencias Regionales de Salud (GERESAs). Cabe resaltar que inicialmente se propuso aplicar el enfoque de demanda para los referidos establecimientos, pero según el estudio de oferta y demanda de servicios de salud en establecimientos de salud del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales llevado a cabo por la Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos (DGGDRH) en una muestra de más de 48 establecimientos de salud del segundo nivel en el 2013 ; se evidenció que un porcentaje significativo de ellos no dimensionan adecuadamente población de su ámbito de referencia, razón que dificulta aplicar el enfoque de demanda, siendo pertinente que hasta que no delimiten la población de referencia se estime la brecha considerando los RHUS que se requerirían como mínimo para asegurare el funcionamiento de la oferta de servicios de salud.

Una vez identificada la necesidad de RHUS según la aplicación de uno de los enfoques, se procede a acopiar, organizar y validar la información de disponibilidad RHUS por grupo ocupacional y; de la diferencia de la necesidad y disponibilidad de RHUS, se obtiene la brecha correspondiente.

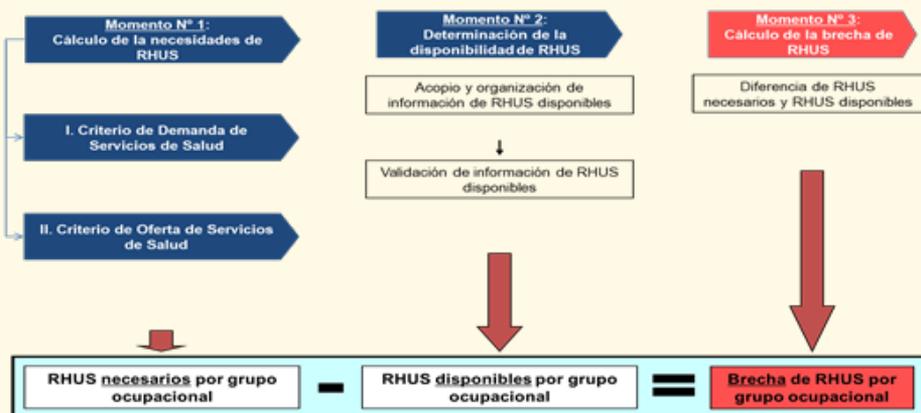
b. Momentos metodológicos, componentes y variables principales:

El proceso de cálculo de brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención se realiza en tres momentos metodológicos (Ver gráfico):

- Momento 1: Establece los procedimientos para el cálculo de la necesidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.
- Momento 2: Establece los procedimientos para la determinación de la disponibilidad de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel atención.

- Momento 03: Establece los procedimientos para el cálculo de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención.

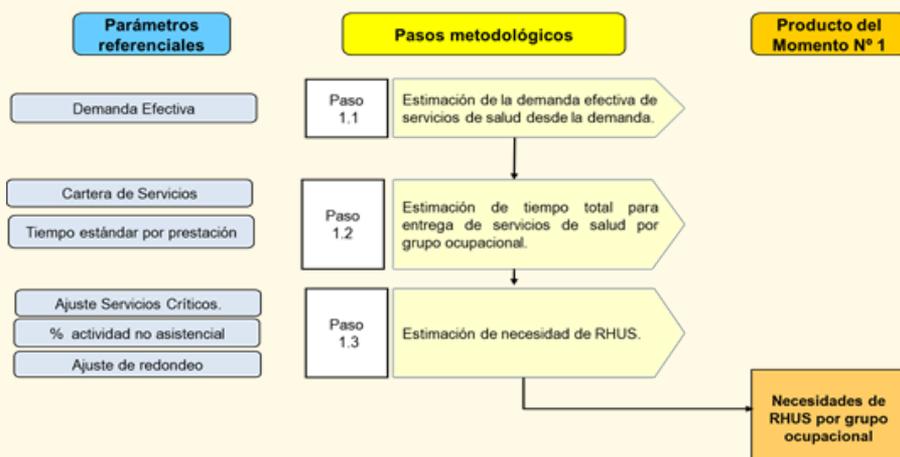
Gráfico: Proceso de cálculo de la brecha de RHUS para el Segundo y Tercer Nivel de Atención



6.1 Momento 1: Cálculo de la necesidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

I. Enfoque de demanda: El cual se desarrolla en tres pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 1: Cálculo de la Necesidad de RHUS según enfoque de demanda.



6.1.1 Paso 1.1: Estimación de la demanda efectiva de prestaciones de salud

6.1.2 Paso 1.2: Estimación del tiempo total de prestación según grupo ocupacional

6.1.2.1 Sub-Paso 1.2.1: Estimación de tiempos para la entrega de las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional

6.1.2.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación de tiempos para la entrega de prestaciones de los servicios críticos

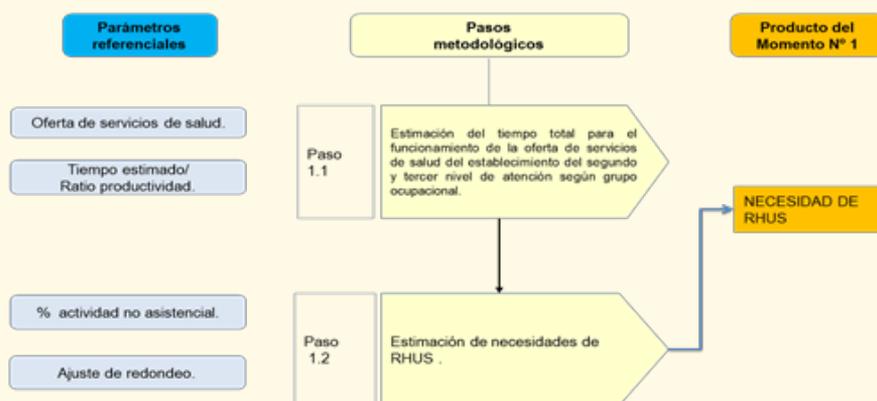
6.1.3 Paso 1.3: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional

6.1.3.1 Sub-Paso 1.3.1: Cálculo de la necesidad de RHUS

6.1.3.2 Sub-Paso 1.3.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional.

II. Enfoque de oferta: El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 1: Cálculo de la Necesidad de RHUS según enfoque de oferta



6.1.4 Paso 1.1: Estimación del tiempo total para el funcionamiento de la oferta de servicios de salud del establecimiento del segundo y tercer nivel de atención según grupo ocupacional.

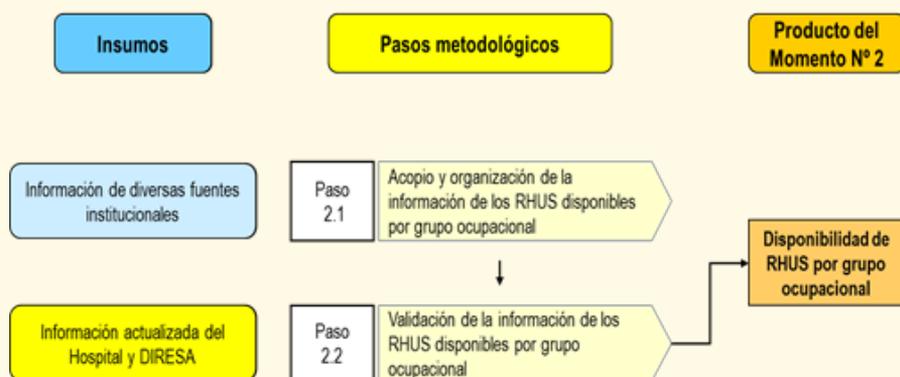
6.1.5 Paso 1.2: Estimación de necesidades de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención por grupo ocupacional.

6.1.5.1 Sub-Paso 1.2.1: Cálculo de la necesidad de RHUS.

6.1.5.2 Sub-Paso 1.2.2: Estimación exacta de las necesidades de RHUS por grupo ocupacional

6.2 Momento 2: Determinación de la disponibilidad de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención : El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 2: Determinación de la Disponibilidad de RHUS.

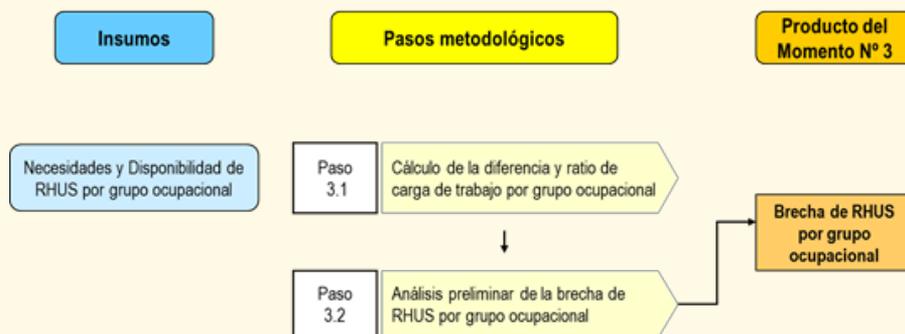


6.2.1 Paso 2.1: Acopio y organización de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional

6.2.2 Paso 2.2: Validación de la información de los RHUS disponibles por grupo ocupacional

6.3 Momento 3: Cálculo de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención: El cual se desarrolla en dos pasos metodológicos secuenciales:

Gráfico: Momento 3: Cálculo de la Brecha de RHUS.



6.3.1 Paso 3.1: Cálculo de la brecha y ratio de carga de trabajo por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer Nivel de Atención

6.3.2 Paso 3.2: Análisis preliminar de la brecha de RHUS por grupo ocupacional para los servicios asistenciales del segundo y tercer nivel de atención

c. Atributos de la metodología:

Los momentos metodológicos permiten una participación dinámica y al mismo tiempo son didácticos, permitiendo su fácil aplicación en los diferentes ámbitos requeridos.

Momentos Metodológicos	Elementos Claves
<p>Momento 1 Estimación de las necesidades de RHUS.</p>	<p>Enfoque metodológico:</p> <p>a. Enfoque según demanda: Parte de estimar las necesidades de RHUS para la prestación de la demanda efectiva de servicios de salud, de la población de referencia del Establecimiento de Salud. Es útil para los cálculos de programas de recursos humanos incrementales de los Proyecto de Inversión y en aquellos establecimientos de salud del segundo y tercer nivel que tengan adecuadamente limitado el ámbito de su población de referencia.</p> <p>b. Enfoque según oferta: Es útil para aquellos establecimientos de salud que no tienen adecuadamente definida su población de referencia y permite estimar las necesidades de recursos humanos que posibiliten el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) existentes.</p> <p>Considera para el ajuste de las necesidades el porcentaje de actividad no asistencial y la prestación de los RHUS en los servicios críticos.</p> <p>Permite estimar necesidades de RHUS asistenciales de los diferentes grupos ocupacionales.</p>
<p>Momento 2 Determinación de la disponibilidad de RHUS.</p>	<p>Integra la disponibilidad efectiva en tiempo real, de los RHUS por establecimiento de salud procedente del Registro Nacional de Personal de la Salud, gestionada mediante el aplicativo INFORHUS.</p>
<p>Momento N° 03 Estimación de la brecha de RHUS.</p>	<p>Permite comparar la distribución de los RHUS por grupo ocupacional y carga de trabajo por establecimiento de salud.</p>

3.4 Unidades de análisis y responsables de implementación:

I. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención:

La unidad de cálculo y análisis de la brecha de RHUS para los servicios asistenciales del primer nivel de atención lo constituye la microrred de salud; es decir, las estimaciones y el análisis de las brechas de cada grupo ocupacional tendrán aplicación en el conjunto de establecimientos del primer nivel de atención que

conforman dicha microrred.

La aplicación de la metodología propuesta debe ser realizada por el equipo de gestión de la DISA/DIRESA/GERESA con la participación del Director de la Red de Salud y el Jefe de la Microrred de Salud para la cual se hace la estimación de la brecha de RHUS.

La aplicación de la metodología propuesta debe ser realizada por el equipo de gestión de la DISA/DIRESA/GERESA con la participación del Director de la Red de Salud y el Jefe de la Microrred de Salud para la cual se hace la estimación de la brecha de RHUS.

3.2 Guía Técnica para la Metodología de Estimación de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Segundo y Tercer Nivel de Atención

La unidad de estimación y análisis de la brecha de RHUS lo constituyen los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención.

La aplicación de la metodología propuesta puede ser realizada por el equipo de gestión del establecimiento de salud del segundo o tercer nivel de atención; y, adicionalmente, será de aplicación de las Unidades Formuladoras de Proyectos de Inversión, del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, para la estimación en sus estudios de pre-inversión del componente brechas de RHUS asistenciales, lo cual se realizará en coordinación con el Instituto de Gestión de Servicios de Salud o la DIRESA/GERESA según corresponda.

IV. INFORMATIZACIÓN DE LA METODOLOGIA:

Se ha desarrollado de herramientas informáticas que faciliten la cálculo de brechas a los operadores sanitarios, y posibiliten obtener resultados sistemáticos a nivel local, regional y nacional tales como:

MÓDULO RHUS I NIVEL V. 01. DGGDRH-MINSA, aplicativo de cálculo de brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales del primer nivel de atención a los representantes de las DIRESAS/GERESAS/DISAS.



MODULO RHUS II y III NIVEL V. 01. DGGDRH-MINSA, aplicativo para la estimación de la brecha de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales para el segundo y tercer nivel de atención.



V. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO METODOLÓGICO:

- Las situaciones externas (Oportunidades) que facilitaron la aprobación de las metodologías fueron:
- La decisión política de aprobar una Agenda de prioridades de política de salud para la gestión intergubernamental 2012-2016 relacionada a la atención primaria y mejora del acceso a los servicios de salud, que alinee los intereses del Gobierno Nacional, Regional y Local.
- Los Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud, tanto el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (Lineamiento 2), como Mejorar la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados (Lineamiento 3).

- Aprobación del Anexo CME 12 Contenidos Mínimos Específicos de Estudios de Pre inversión a Nivel de Perfil de PIP en Establecimientos de Salud Estratégicos del Ministerio de Salud aprobado por Resolución Directoral N° 010-2012/63.01 que integra la metodologías desarrolladas para el cálculo de brechas de recursos humanos asistenciales para el desarrollo de los componente de recursos incrementales de los estudios de pre inversión.

Las fortalezas del proceso que permitieron alcanzar los resultados previstos fueron:

Respaldo político del Gobierno Nacional (Ministerio de Salud) y Gobiernos Regionales.

- Soporte Técnico por parte de los Organismo de Cooperación Internacional: USAID/Perú/Políticas en Salud y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Equipo Técnico del Área de Planificación Estratégica de Recursos Humanos de la Dirección de Gestión del Trabajo en Salud competente que permitió operacionalizar los modelos teóricos planteados.
- La metodología se integró a prioridades políticas de los del Gobiernos Nacional tales como la gestión de las inversiones, el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, Mejora de la eficiencia, calidad y acceso a servicios hospitalarios y especializados.

Así mismo resulta necesario considerar sobre los problemas u obstáculos identificados básicamente relacionados, con la concertación con los gremios profesionales en especial para validar los tiempos estándares.

VI. LECCIONES APRENDIDAS

- Que la estimación de brechas de recursos humanos es el proceso clave para la gestión del sistema de recursos humanos ya que da origen al mismo.
- Que es un proceso dinámico, multidisciplinario que solo genera valor metodológico y de dotación, cuando participa el equipo de las áreas asistencial, de gestión de servicios de salud, de planeamiento y de recursos humanos.

- Que es factible implementar un sistema nacional automatizado de cálculo de brechas de recursos humanos para los tres niveles de atención.
- Que todo proceso de cálculo de brechas esté alineado a prioridades nacionales prestacionales y de inversión para que no sea considerado como un proceso aislado.
- Resulta prioritario contar con respaldo político tanto del nivel nacional como regional.
- Es requisito contar con un buen equipo técnico que posibilite la operacionalización de las propuestas y tenga adecuadas competencias de concertación con los gremios profesionales

6. CONCLUSIONES

6.1 Conclusión de la experiencia metodológica según país miembro de la Sub-Región Andina

A. MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos, no cuentan con una metodología de aplicación nacional, las estimaciones se realizan de manera aislada en los servicios departamentales de salud, de acuerdo al crecimiento vegetativo y perfil epidemiológico.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo disponen de un software de Registro de Recursos Humanos en Salud a nivel nacional el cual cuenta con información del subsector público de salud, administrado por el Sistema Nacional de Información en Salud.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Bolivia, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), aunque sí disponen de Lineamientos de Política de Desarrollo de RRHH en Salud, los cuales les daría la plataforma normativa para iniciar su desarrollo lo cual posibilitaría conocer

su valiosa experiencia en la gestión de brechas de RHUS para la medicina tradicional.

B. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos en el marco de la planificación plurianual de RHUS, se han desarrollado los siguientes métodos de determinación: A. Para los Servicios de Salud, se realiza según criterios necesidades de personal surgidas en el marco del Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) para lo cual toman en cuenta el modelo de gestión, factores epidemiológicos, cartera de servicios, producción proyectada, equipamiento y rendimiento de estándares B. Para el prestación de la APS Municipal parten de identificar la población per cápita según grupos etáreos, asignada a Sistema Público de Salud (FONASA) y por el Instituto Nacional de Estadística (INE), para luego estimar la demanda de atenciones entregadas por grupo etáreo, realizando ajustes de dotación en función de los recursos financieros entregados para el funcionamiento de la misma (Mecanismos del Per Cápita), C. Estudios de Pre inversión Hospitalaria; cuyo componente de recursos humanos se basa en función de la cartera de inversiones, contemplando una proyección plurianual hasta la puesta en marcha del nuevo recinto. Adicionalmente disponen de un software para estimación Oferta y Distribución de Médicos en el Sector Público de Salud.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS para el segundo y tercer nivel de atención cuenta con el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH), y en relación a la atención primaria de la salud se encuentran en proceso de desarrollo del sistema de información de RHS de APS-SIRHAPS.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Chile, cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), el cual en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se perfeccionará al establecer criterios de dotación de recursos humanos adecuada, aplicables con sus respectivas especificidades tanto en la red asistencial, como en las instancias que cumplen funciones de salud pública.

C. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos son utilizada básicamente por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) las cuales se establece según planes de beneficios, perfil epidemiológico, demanda histórica y nuevos roles; mas no se evidencio la existencia de criterios nacionales para determinar necesidades de RHUS.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS, se encuentran en proceso de implementación del Registro Único de Talento Humano en Salud – RETHUS, base de datos que soportaría la planeación y proyección de RHUS, permitiendo disponer de información sistemáticamente y facilitar el proceso de autorización del ejercicio del personal sanitario en el país.

Por lo tanto el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS),

D. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos se encuentran en proceso de aprobación de la Metodología para la planificación del Talento Humano en Salud en los establecimientos de Salud en los diferentes niveles de atención para la red pública integral en salud. En la cual para establecer el talento humano óptimo por establecimiento de salud según la tipología y el nivel de atención se estableció utilizar los siguientes criterios:

- Para el I nivel se definió estándares según la tipología poblacional.
- Para el II, III nivel y atención pre hospitalario se establece 3 metodologías en base a: A. Estándares de tiempos B. Estándares de capacidad instalada/ producción y C. Estándares de índices de atención.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo no disponen de un sistema de información nacional de Recursos Humanos en Salud; aunque se realizan reportes de disponibilidad por establecimiento de salud.

Por lo tanto el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, cuenta con un Sistema parcial de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS), el cual se completaría con la implementación de un sistema de información de recursos humanos de alcance nacional.

E. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ:

Para la estimación de las brechas de recursos humanos en salud (RHUS) el Ministerio de Salud de Perú ha logrado aprobar, y se encuentra en proceso de implementación

de Guías Técnicas para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales de los tres Niveles de Atención.

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos se han identificado los siguientes criterios:

I. Primer Nivel de Atención: Estimación según el ámbito territorial de la microrred servicios de salud con programación local de la dotación por establecimiento de salud; responde a la demanda efectiva del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), actividades de salud no PEAS y actividades de gestión y capacitación por grupo ocupacional, considera la carga de trabajo; incorpora el criterio de dispersión poblacional como criterio de ajuste de la dotación y se realiza la estimación para toda la cartera de grupos ocupacionales del Primer Nivel de Atención..

II. Segundo y Tercer Nivel de Atención: Considera dos enfoques metodológicos A. Según demanda: El cual parte de estimar las necesidades de RHUS para la prestación de la demanda efectiva de servicios de salud, de la población de referencia del Establecimiento de Salud y la carga de trabajo. Es útil para los cálculos de programas de recursos humanos incrementales de los Proyecto de Inversión y en aquellos establecimientos que tengan adecuadamente limitado el ámbito de su población de referencia; y B. Según oferta: Es útil para aquellos establecimientos que no tienen adecuadamente definida su población de referencia posibilitando estimar las necesidades de recursos humanos que posibiliten el funcionamiento de las Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) existentes.

Así mismo considera para el ajuste de las necesidades de RHUS, el porcentaje de actividad no asistencial y la prestación de los RHUS en los servicios críticos.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS, en este campo se ha implementado el Registro Nacional de Personal de la Salud, el cual se encuentra gestionado mediante una plataforma informática denominada INFORHUS, posibilitando tener información actualizada de la dotación de todos los establecimientos de salud de los tres niveles de atención.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Perú, dispone de un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS) para los tres Niveles de Atención, el cual se encuentra en proceso de implementación y sustentado con el correspondiente marco normativo.

F. MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE VENEZUELA:

Para la estimación de la necesidad de recursos humanos no cuentan con una metodología de aplicación nacional, dentro de sus prioridades de políticas de gestión de recursos humanos, se encuentra la estimación de las necesidades de recursos humanos en salud por profesión y especialidad, en los próximos 10 años, según la estructura actual del sistema de salud y las proyecciones demográficas, epidemiológicas disponibles.

En relación a la determinación de la disponibilidad de RHUS en este campo no disponen de un sistema de información de recursos humanos razón por la cual se han propuesto conocer la oferta y distribución actual de recursos humanos en salud por profesión y especialidad.

Por lo tanto el Ministerio de Salud de Venezuela, no cuenta con un Sistema de determinación de brechas de recursos humanos en salud (RHUS).

6.2. Conclusión General para la Sub-Región Andina:

En los países integrantes de la Región Andina se identificó variabilidad en el desarrollo e implementación de metodologías de estimación de brechas de Recursos Humanos. Evidenciándose un mayor avance en Chile, Ecuador y Perú. En tanto Bolivia, Colombia y Venezuela cuentan con experiencias, en el componente del sistema de información de recursos humanos.

En la revisión sistemática del presente estudio, se identifica coincidencias metodológicas que nos llevarían a inferir abordajes comunes como Sub Región Andina:

- 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 la 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.

Los países de la Sub Región cuenta registros de información de recursos humanos, identificándose países que han logrado avances importantes en su informatización, tales como Chile, Perú y Colombia; aspecto que podría facilitar el desarrollo tecnológico en los países que han logrado un avance menor sobre la base de compartir la experiencia existente, permitiendo en el mediano plazo integrar las metodologías de cálculo de brechas de recursos humanos dentro de los sistemas informáticos de los Ministerios de Salud.

7. LIMITACIONES

Si bien convergen diferentes modelos de atención de salud de los países de la Sub-Región; se recomienda establecer un conjunto mínimo de variables e indicadores comunes para los ejercicios de estimación de brechas de recursos humanos de salud.

Así mismo, dado que las Direcciones y Oficinas Generales de Gestión de Recursos Humanos de los países de la Sub-Región se encuentran en proceso de fortalecimiento, y están incorporándose nuevos equipos de gestión, es conveniente articular la formación de una masa crítica de profesionales que pueda sustentar los avances técnicos para la medición de brechas y estimaciones de cargas de trabajo en profesionales de la salud.

Finalmente existe avances en la implementación de Políticas Nacionales y Sub-Regionales de Recursos Humanos; sin embargo es necesario impulsar e implementar un fortalecido subcomponente subnacional de planificación operativa y programación de recursos humanos; considerando las diferentes experiencias metodológicas para la determinación de brechas de recursos humanos; que se complementen e integre en el Sistema de Planificación Nacional y Regional de Recursos Humanos, como parte del Sistema Nacional de Salud de cada país.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas