



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



OFICINA REGIONAL PARA LAS

**Organización  
Mundial de la Salud**  
**Américas**

# **SEGUNDA MEDICIÓN DE METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

**Consultor**

Manuel L. Núñez Vergara

2013

## RESUMEN EJECUTIVO

1. El presente informe recopila, sistematiza y analiza los resultados de la medición intermedia del avance en las metas regionales de recursos humanos en salud, aprobadas en el año 2007, tanto en el nivel regional como subregional, incorporando una perspectiva desde los Desafíos, así como desde las metas específicas.
2. Entre Abril y Noviembre del 2013, 16 países de la región del las Américas asumieron el compromiso de realizar esta medición, en un esfuerzo coordinado regionalmente por OPS. El proceso involucró la movilización de actores e instituciones nacionales, subregionales y regionales e incluyó el desarrollo de acciones de asistencia técnica, reuniones nacionales y subregionales, presenciales y virtuales, así como la elaboración, revisión y actualización de instrumentos técnicos y el desarrollo de la plataforma virtual. Igualmente incluyó procesos de recopilación y sistematización de la información disponible por los equipos nacionales y la correspondiente elaboración de los Informes por parte de los países participantes.
3. El proceso de medición de las metas ha reafirmado una persistente debilidad de los sistemas de información en varios países, con causas de diversa naturaleza, incluyendo entre otras, aquellas vinculadas al carácter federal o descentralizado del país, la fragmentación del sistema de salud con la consiguiente débil rectoría en el sector y la debilidad en el abordaje de la agenda de recursos humanos. Esto compromete no solamente la posibilidad de realizar la propia medición o la confiabilidad de los datos encontrados, sino más importante aún, la posibilidad de construir e implementar políticas y estrategias sostenidas firmemente en información válida, oportuna y confiable.
4. Se han percibido algunas diferencias entre la forma de determinar el nivel de logro de la meta, propio de las especificidades que tienen los diferentes sistemas nacionales de salud, lo que podría comprometer la agregación de datos a nivel subregional y regional, y sin embargo enfatiza en la importancia de una lectura de estos datos considerando principalmente la propia línea basal que emergió de la segunda medición en cada país. Así, se requiere una evaluación en los niveles subregionales y nacionales que consideren en profundidad estas especificidades.
5. El avance en el logro de las metas encontrado en esta segunda medición ratifica que las políticas en recursos humanos ganan fortaleza, impacto y

sostenibilidad en la medida en que forman parte de las políticas públicas en salud. Aquellos países que han avanzado más en desarrollar esta vinculación logran mejores resultados en esta segunda medición.

6. Los resultados encontrados, desde una perspectiva regional, muestran que hemos avanzado en una visión y compromiso estratégico (Primer Desafío) lo que representa el mejor logro en este periodo, así como en cierta medida en el Desafío 4 correspondiente a la gestión del trabajo, con avances en la desprecuarización del empleo, pero aún persisten importantes debilidades especialmente vinculadas a la capacidad del sistema de contar con las personas adecuadas en los lugares adecuados (Desafío 2), gestionar la migración de profesionales de la salud (Desafío 3) y lograr articular las instituciones formadoras y los servicios de salud adecuando esta formación a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población (Desafío 5).
7. Las unidades estratégicas de recursos humanos requieren ser fortalecidas, no tanto es sus aspectos propiamente estructurales y formales, sino en su capacidad de elaborar, implementar, conducir y evaluar el desarrollo de políticas y estrategias con un alcance nacional y sectorial, abarcando todo el campo de los recursos humanos. Esto se ve corroborado, por ejemplo, en un buen desempeño en la Meta 5 (establecimiento de una unidad o dirección de recursos humanos) pero a la vez muy bajos desempeños en la Meta 11 (contar con una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud) o la Meta 14 (implementación de políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud).
8. Se ha avanzado en el logro de capacidades institucionales y en una mejor organización y gestión del trabajo, pero aún persisten serios problemas de inequidad y pertinencia en la dotación, constituyéndose en particular la inequidad en la distribución de los recursos humanos en una de las principales limitaciones en la región, sino la principal, para garantizar el derecho a la salud al conjunto de la población y en particular a aquella más pobre.
9. La reorientación de la formación ha sido insuficiente y emerge como uno de los problemas centrales a enfrentar, el cual al involucrar la formación del personal de salud profesional para los próximos años, compromete la viabilidad y sostenibilidad de los procesos de reforma marcados por una orientación hacia la APS.

10. Los importantes avances identificados en esta medición expresan, por un lado, la recuperación del rol rector de los Ministerios de Salud en el sector salud, los procesos de reforma en curso en la región que encuentran en los temas de recursos humanos desafíos de carácter crítico - estratégico, la incidencia de las instancias subregionales y regionales (incluyendo el papel central de la OPS) para posicionar la agenda de recursos humanos y la emergencia de una nueva generación de líderes nacionales que superan en gran medida la visión de los 90s y recolocan la salud pública como un eje central de su accionar, reconociendo, no sin altibajos, el abordaje estratégico que se requiere desarrollar en el campo de los recursos humanos, lo que sin embargo a la vez en varias ocasiones con logros puedan que en gran medida no dependen de las Direcciones de Recursos Humanos.
11. Los resultados expresan en definitiva, por un lado, las fortalezas de los sistemas de salud, pero más importante, proporcionan información sobre las brechas aun existentes para lograr plenamente las metas señaladas. El análisis en profundidad en cada país excede la finalidad de este Informe, pero requiere ser abordado con el objetivo de constituirse en un aporte efectivo para la construcción de políticas y estrategias para acometer los desafíos presentes. Así, los resultados encontrados se constituyen en un valioso insumo y referentes para la acción política en el campo de los recursos humanos, así como en un llamado a revisar y reajustar estrategias, y redoblar esfuerzos.
12. El trabajo desarrollado por lo tanto debe entenderse como parte de los esfuerzos nacionales por llevar adelante cambios y reformas que hagan plenamente realidad el derecho a la salud, pero que evidencia a la vez que en gran parte, el éxito de este anhelo se juega en el campo de los recursos humanos en salud.

# TABLA DE CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>2</b>
Tabla de Contenido .....	5
Indice de Tablas .....	7
Indice de Figuras .....	8
Informes nacionales .....	12
Acronimos y abreviaturas.....	14
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>II. PRIMERA MEDICIÓN: VISIBILIZANDO Y POSICIONANDO LA AGENDA DE RECURSOS HUMANOS.....</b>	<b>18</b>
<b>III. SEGUNDA MEDICIÓN: METODOLOGÍA Y PRECISIONES TÉCNICAS.....</b>	<b>22</b>
<b>IV. SEGUNDA MEDICIÓN: RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
Una mirada regional .....	26
una mirada subregional – Centroamérica y República Dominicana .....	37
Una mirada subregional – Sudamérica .....	47
<b>V. AVANCES SIGNIFICATIVOS, AUN INSUFICIENTES. ANALISIS POR METAS. ....</b>	<b>57</b>
DESAFÍO 1 .....	57
Meta 1 .....	57
Meta 2 .....	61
Meta 3 .....	63
Meta 4 .....	65
Meta 5 .....	67
DESAFÍO 2 .....	70
Meta 6 .....	70
Meta 7 .....	73
Meta 8 .....	75
Meta 9 .....	77
DESAFÍO 3 .....	79
Meta 10 .....	79

Meta 11 .....	82
Meta 12 .....	84
DESAFÍO 4 .....	87
Meta 13 .....	87
Meta 14 .....	89
Meta 15 .....	91
Meta 16 .....	93
DESAFÍO 5 .....	95
Meta 17 .....	95
Meta 18 .....	98
Meta 19 .....	100
Meta 20 .....	102
<b>VI. EL PROCESO DE MEDICIÓN COMO EJERCICIO DE RECTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES.....</b>	<b>104</b>
La medición en un contexto de reforma .....	105
Metas y cobertura universal de salud .....	106
Metas y atención primaria de salud .....	109
La medición como un instrumento para promover una cultura de autoevaluación y transparencia.....	113
La medición y el papel de los espacios de integración y cooperación regionales y subregionales .....	114
La medición y el papel de los observatorios de recursos humanos – la importancia creciente de lo virtual.....	115
<b>ANEXOS.....</b>	<b>117</b>
Desafíos y metas.....	118
Anexo 1 - medición de metas por país: primer desafío (%) .....	126
Anexo 2 - medición de metas por país: segundo desafío (%) .....	127
Anexo 3 - medición de metas por país: tercer desafío (%) .....	128
Anexo 4 - medición de metas por país: cuarto desafío (%).....	129
Anexo 5 - medición de metas por país: quinto desafío (%) .....	130

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Línea de base y medición intermedia (2013) del avance en los desafíos en recursos humanos a nivel regional .....	28
<b>Tabla 2.</b> Mediciones basal e intermedia (2013, %) de desafíos y metas regionales de recursos humanos .....	30
<b>Tabla 3.</b> Mediciones basal e intermedia (2013) en el avance en los Desafíos de Toronto, según país .....	35
<b>Tabla 4.</b> Cumplimiento en una selección de metas vinculadas directamente a Cobertura Universal de Salud.....	106
<b>Tabla 5.</b> Cumplimiento en una selección de metas vinculadas directamente a Atención Primaria.....	109

# INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Flujograma del proceso de segunda medición de las metas regionales.....	25
<b>Figura 2.</b>	Línea de base y medición intermedia (2013) del avance (%) en los desafíos en recursos humanos a nivel regional. ....	29
<b>Figura 3.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al primer desafío en centroamérica y república dominicana.....	37
<b>Figura 4.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al segundo desafío en centroamérica y república dominicana.....	39
<b>Figura 5.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al tercer desafío en centroamérica y república dominicana.....	41
<b>Figura 6.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al cuarto desafío en centroamérica y república dominicana. ....	43
<b>Figura 7.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al quinto desafío en centroamérica y república dominicana. ....	45
<b>Figura 8.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al tercer desafío en sudamérica.. ....	47
<b>Figura 9.</b>	Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos, correspondientes al segundo desafío en sudamérica. ....	49

<b>Figura 10.</b> Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al tercer desafío en sudamérica. ....	51
<b>Figura 11.</b> Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al cuarto desafío en sudamérica.....	53
<b>Figura 12.</b> Medición inicial e intermedia en el cumplimiento de las metas regionales en recursos humanos correspondientes al quinto desafío en sudamérica. ....	55
<b>Figura 13.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 1, desagregados por país. ....	57
<b>Figura 14.</b> Evolución de la densidad de recursos humanos y pesos relativos de cada profesión en Uruguay.....	60
<b>Figura 15.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 2, desagregados por país. ....	61
<b>Figura 16.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 3, desagregados por país. ....	63
<b>Figura 17.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 4, desagregados por país. ....	65
<b>Figura 18.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 5, desagregados por país. ....	67
<b>Figura 19.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 6, desagregados por país. ....	70
<b>Figura 20.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 7, desagregados por país. ....	73
<b>Figura 21.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 8, desagregados por país. ....	75

<b>Figura 22.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 9, desagregados por país.....	77
<b>Figura 23.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 10, desagregados por país.....	79
<b>Figura 24.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 11, desagregados por país.....	82
<b>Figura 25.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 12, desagregados por país.....	84
<b>Figura 26.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 13, desagregados por país.....	87
<b>Figura 27.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 14, desagregados por país.....	89
<b>Figura 28.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 15, desagregados por país.....	91
<b>Figura 29.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 16, desagregados por país.....	93
<b>Figura 30.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 17, desagregados por país.....	95
<b>Figura 31.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 18, desagregados por país.....	98
<b>Figura 32.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 19, desagregados por país.....	100
<b>Figura 33.</b> Resultados de la primera y segunda medición en la meta 20, desagregados por país.....	102
<b>Figura 34.</b> Nivel de avance en el cumplimiento de las metas en recursos humanos en una selección de metas vinculadas directamente a cobertura universal de salud. ....	107

<b>Figura 35.</b> Nivel de avance en el cumplimiento de las metas en recursos humanos en una selección de metas vinculadas directamente a atención primaria de salud. ....	110
<b>Figura 36.</b> Página web de las metas regionales de recursos humanos .....	116
<b>Figura 37.</b> Página web del sistema de medición y monitoreo de las metas regionales en recursos humanos en salud .....	116

# INFORMES NACIONALES DE SEGUNDA MEDICIÓN DE METAS REGIONALES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD<sup>1</sup>

<b>BELICE:</b>	Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012 <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_blz.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_blz.pdf</a>
<b>BOLIVIA</b>	Documento Técnico - Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud. <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf</a>
<b>CHILE</b>	Informe 2ª Medición Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud de la OPS – Plan 2006-2015 <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf</a>
<b>COLOMBIA</b>	Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013 <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf</a>
<b>EL SALVADOR</b>	Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6) <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf</a>
<b>GUATEMALA</b>	Informe Final - Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (Desafíos de Toronto). Informe del País <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf</a>
<b>PANAMÁ</b>	Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud <a href="http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf">http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf</a>

---

<sup>1</sup> Informes presentados y disponibles en la página Web del Observatorio Regional de Recursos Humanos.

- PARAGUAY** Informe: 2° Medición de las Metas Regionales de RHS  
[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_par.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_par.pdf)
- PERU** Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015  
[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)
- URUGUAY** Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015  
[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_uru.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_uru.pdf)

## ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitarios de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ARCU-SUR	Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el MERCOSUR
CARICOM	Caribbean Community
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CSME	Caricom Single Market and Economy
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
ODMs	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS – CONHU	Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
RHUS	Recursos Humanos en Salud
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
UdelaR	Universidad de la República – Uruguay

## I. INTRODUCCIÓN

Las Américas, con cerca de 1,000 millones de habitantes, con 35 países y 25 dependencias, aceleran el paso, aun cuando con ritmos diferentes, en el desafío de lograr el pleno desarrollo de sus pueblos, y resolver las inequidades en salud. Estos avances, marcados por la construcción y despliegue de importantes políticas sociales, expresa en última instancia el compromiso de gobiernos y Estados por hacer realidad el derecho a la salud para todos sus ciudadanos.

Los avances se han dado en estos años recientes en el marco de procesos de expansión y crecimiento económico, no sin sobresaltos, y el desarrollo de políticas públicas que han contribuido a la disminución de la pobreza y en gran medida al avance en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por parte de los países americanos.

Emergen así procesos de reforma que, a partir de una mirada crítica de los propios países sobre sus sistemas de salud, acometen el objetivo de construir salud desde un abordaje integral, encontrando en la atención primaria una estrategia central. Es importante notar que estos esfuerzos se desarrollan en el marco de un trascendental proceso de acumulación conceptual y definición de estrategias: atención primaria renovada, modelo de atención, cobertura universal en salud, redes Integradas de servicios de salud, interculturalidad, protección financiera, trabajo interdisciplinario, task sharing y task shifting, etc., que se expresan en sendas resoluciones aprobadas por Ministras y Ministros de Salud, así como documentos técnicos y disposiciones legales que cimentan el avance.

Así, los sistemas de salud se vienen moviendo hacia adelante, acometiendo el desafío de alcanzar la cobertura universal en salud; lo que ayer era discusión, hoy se torna decisión política. En esta línea, además de lograr un financiamiento sanitario sostenible y equitativo, gobiernos y Estados se han propuesto ampliar la variedad, profundidad y calidad de los servicios de salud, permitiendo que estén al alcance de la comunidad y aborden los problemas de salud más prevalentes y fundamentales, garantizando el acceso al conjunto de la población, en particular aquella que hoy es sub-atendida<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Resolución CD52.R13, Recursos Humanos para la Salud: aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. 52º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud.

De esta manera es importante y central considerar el carácter de política pública que tienen las intervenciones estratégicas en salud, incluyendo aquellas en recursos humanos. En Mayo del 2010, representantes de los Ministerios de Salud, de Educación, de Servicio Civil, de Trabajo, de Hacienda y los Representantes de Parlamentos y de Instituciones profesionales y la Sociedad Civil aprobaron lo que se conocería como el *Compromiso de San Salvador*, reconociendo la persistencia de serias inequidades sociales y económicas, con una expresión directa en los niveles de salud de la población y en el acceso a servicios y a personal de salud, y reconociendo al mismo tiempo que el compromiso con el derecho a la salud y la Atención Primaria de Salud implica la búsqueda de estrategias, prácticas y mecanismos de coordinación intersectorial en la construcción de la calidad, viabilidad y sustentabilidad de las políticas y planes de recursos humanos orientados a cerrar las brechas de personal de salud en relación a las necesidades. Así se estableció el compromiso de construir capacidades de gobierno para la promoción, el desarrollo, implementación y sustentabilidad de políticas y planes de recursos humanos para la transformación de los sistemas de salud hacia la equidad, la universalidad y el derecho a la salud, y al acceso a servicios de salud, en el marco de la estrategia de atención primaria de salud (Compromiso de San Salvador 2010).

En esta línea, el ejercicio desarrollado, siendo importante y los indicadores necesarios para medir el progreso y evaluar los resultados y el impacto de nuestras intervenciones, requiere tomar en cuenta que una adopción acrítica o únicamente “técnica” de estos puede no proporcionar una perspectiva completa e integral de la realidad concreta<sup>3</sup>, cuando se considera por ejemplo los altos niveles (o en contraposición los bajos) niveles de ruralidad o de dispersión de la población, los espacios fiscales existentes, el grado de fragmentación o segmentación de los servicios, los niveles de autonomía de las universidades, los grados de institucionalidad existentes, etc. Más aun, los avances registrados en esta segunda medición se han dado en un contexto de crecimiento económico lo que ha generado viabilidad, soporte y sostenibilidad a los cambios y al avance en la agenda de recursos humanos.

De esta manera, este Informe al dar cuenta del avance en el logro de las metas regionales en la agenda de recursos humanos, requiere contextualizarse en el marco de los esfuerzos que vienen desplegando los países por garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos, reconociendo las especificidades nacionales que soportan, orientan y determinan el curso y ritmo de los procesos e intervenciones.

---

<sup>3</sup> Ver Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

Un punto central que ha emergido en el proceso de medición realizado, y como señalaremos a lo largo de este Informe, ha sido la ausencia o debilidad de los sistemas nacionales de información de recursos humanos, lo que ha llevado en varios casos a la necesidad de identificar otras fuentes de información, así como articular sistemas existentes aun cuando con diferentes propósitos. Sin embargo, constatamos también que varios países han generado marcos normativos y vienen implementando sistemas nacionales de información<sup>4</sup>.

De esta manera, el lector tiene ante sí la necesidad de contextualizar el presente documento, reconociendo a la vez que los avances registrados en esta segunda medición visibilizan y clarifican el escenario en que nos encontramos y proveen a los actores evidencia sobre los desafíos presentes, y la necesidad de fortalecer y reajustar, en los casos necesarios, las políticas y estrategias en curso, lo que es finalmente el propósito central de esta segunda medición.

---

<sup>4</sup> Ver por ejemplo los informes presentados por Colombia en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf); así como el caso de Perú en Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

## II. PRIMERA MEDICIÓN: VISIBILIZANDO Y POSICIONANDO LA AGENDA DE RECURSOS HUMANOS

Como señaláramos anteriormente es fundamental para tener una mirada integral de las mediciones regionales de recursos humanos, analizar el contexto en que estas se realizan. En última instancia las políticas, estrategias, programas e iniciativas que se despliegan en el campo de los recursos humanos están determinadas en gran medida por el escenario político en que se desarrolla el propio sistema de salud.

Aun cuando la primera medición de las metas regionales por si mismas se constituye en línea de base para la presente medición, es importante retrotraernos al año 1997 en que se constituyen los Observatorios de Recursos Humanos. Emergíamos de una década que había privilegiado el mercado como ente asignador de recursos, la inversión en recursos humanos era un gasto y en el esfuerzo por dotar de mayor “eficiencia” al sistema, era necesario reducir el Estado y redefinir sus funciones y responsabilidades.

En este contexto, el Llamado a la Acción de Toronto y la posterior aprobación de las metas regionales en materia de recursos para la salud 2007-2015, representaron una reafirmación de la inflexión en el abordaje regional de la agenda de recursos humanos que se había evidenciado en 1997 con la conformación de los observatorios de recursos humanos. Así, se visibilizaba al recurso humano como un factor crítico del sistema de salud, con una agenda que requería ser acometida, si queríamos construir sistemas universales de salud con equidad y calidad. Se movilizaban actores nacionales e internacionales para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de los recursos humanos y se generaban metas concretas a alcanzar al 2015, al impulso de estos procesos.

Así, las metas expresan no solo objetivos concretos, sino fundamentalmente un reposicionamiento de la agenda central de los recursos humanos y el referente más claro del importante papel que a estos se asignaba en los procesos de reforma que han atravesado las américas en estos años. Más aún, los Desafíos y las Metas establecidos, presentaban un claro alineamiento con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el fin de garantizar las intervenciones esenciales en salud.

En momentos en que se produce la primera medición (2007 – 2009 en la mayoría de los países), había quedado atrás en gran medida en los países de la región, la confianza de que tan solo el mercado podría solucionar los problemas

existentes en el sistema de salud, incluyendo aquellos en el campo de los recursos humanos. Se pasaba a reconstruir el rol rector de los Ministerios de Salud y a fortalecer los sistemas de salud, como elementos consustanciales para garantizar el derecho a la salud a amplias capas de la población, que habían visto diezmadas en gran medida este derecho en la década de los 90s, con la crisis financiera que recorrió el continente.

Se recuperaron crecientes niveles de rectoría, retomando el papel del Estado y se generaron o implementaron importantes procesos de reforma de los sistemas de salud. Crecía el consenso en torno a la necesidad de una acción más enérgica en los determinantes sociales de la salud, teniendo en la atención primaria una estrategia articuladora e integradora.

Sin embargo, el periodo no estaba exento de problemas y tensiones. Por un lado cambiar el rumbo inercial de los movimientos desarrollados en la década anterior, pero a la vez encontrando en la pandemia H1N1 y en la del VIH, muestras palpables del papel que requería cumplir el Estado y los sistemas de salud, reafirmando la necesidad de tener sistemas de salud fuertemente articulados en torno a la atención primaria<sup>5</sup>.

Paralelamente en el año 2004 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud<sup>6</sup> instaba a los países de la región a que:

- Aborden los problemas persistentes y emergentes en relación con la disponibilidad, la composición, la distribución y el desempeño de los recursos humanos de salud, que constituyen obstáculos importantes a la meta de acceso universal a servicios de salud de buena calidad y al logro de la equidad en materia de salud;
- Ejercen el liderazgo eficaz mediante el establecimiento de un programa nacional para el desarrollo de recursos humanos, y que promuevan la participación activa de los interesados directos pertinentes en todas las fases de la formulación de políticas;
- Inviertan en el desarrollo de recursos humanos para apoyar la estrategia de atención primaria de salud y el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, como aportación decisiva para el cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas;

---

<sup>5</sup> La Política de recursos humanos y el compromiso con el derecho a la salud – Resultados de la primera medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015 en los países de la región andina. Organización Panamericana de la Salud 2010.

<sup>6</sup> Resolución CD45.R9 del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (2004).

- Exploren maneras de abordar mejor los aspectos complejos de la contratación activa de profesionales de la salud de los países en desarrollo dentro de un marco de emigración ordenada;
- Intensifiquen su participación en el Observatorio de Recursos Humanos de Salud como una estrategia apropiada para definir las prioridades y formular políticas sostenibles.

Meses después, en octubre del año 2005, en la ciudad de Toronto - Canadá, se realizó la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Este evento que contó con representantes de los países de las Américas, en varios casos de rango ministerial, lanzó el “Llamado a la Acción de Toronto” buscando movilizar a los actores nacionales e internacionales del sector salud, de otros sectores relevantes y de la sociedad civil, para construir colectivamente políticas e intervenciones para el desarrollo de recursos humanos en salud, en la perspectiva de los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>7</sup>. Es importante anotar que estos Desafíos fueron producto de un proceso de consulta regional procurando indagar en aquellas prioridades que los países identificaban como parte de una agenda estratégica de recursos humanos. Los Desafíos formulados fueron los siguientes:

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

---

<sup>7</sup> Web del Observatorio Regional de Recursos Humanos, <http://www.observatoriorh.org/?q=node/144>, accesado el 29 de noviembre de 2013.

atención universal, equitativa y de calidad, que sirva a las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, aun persistía la cuestión de cómo concretar y medir los desafíos planteados. Es así como se formula la propuesta de Metas Regionales, se estructuran los documentos técnicos y se pasa a la medición.

Los Desafíos y las Metas Regionales fueron aprobados en octubre del 2007 por la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo la virtud de direccionar los cambios a desarrollar en el campo de los recursos humanos, necesarios para que estos tengan un impacto sustancial en el desempeño general de los sistemas de salud, brindando una atención con calidad y equidad.

Asimismo, es importante anotar el hito que había representado el Informe Mundial de la salud 2006<sup>8</sup> al visibilizar la situación crítica en que se encontraban 57 países a nivel mundial en la disponibilidad de recursos humanos, 5 de ellos en las Américas, y explicitar las múltiples y complejas dimensiones que la agenda de recursos humanos requería tener.

Así el escenario se mostraba propicio, la voluntad política exigía pasar a la acción y los desafíos y las Metas, dotaban de un derrotero por el cual avanzar.

---

<sup>8</sup> Informe Mundial de la Salud 2006 – Colaboremos por la Salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2006.

### III. SEGUNDA MEDICIÓN: METODOLOGÍA Y PRECISIONES TÉCNICAS

El proceso de segunda medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos, transcurrió a través de una primera fase de preparación técnica y política, y una segunda fase de despliegue y sistematización de los resultados de la medición. En estas fases tuvo un papel fundamental el equipo central de OPS WDC, los asesores y equipos técnicos de OPS, los consultores convocados, y sobre todo los propios Ministerios de Salud de cada país, actores y responsables principales del proceso. Así, la segunda medición permitió desplegar un esfuerzo convergente y participativo en el proceso de preparación y en la propia medición realizada.

- a. Reuniones preparatorias en Lima (Noviembre 2012), Santiago de Chile (Abril 2013) y San Salvador (Septiembre 2013) del Grupo de Expertos en Recursos Humanos (“Grupo de Lima”), encargado de apoyar técnicamente y coordinar regionalmente el proceso de medición y evaluación de programas. Particularmente, la primera reunión tuvo la finalidad de definir la estrategia de cooperación para la segunda medición de metas regionales y análisis de políticas de recursos humanos para la salud. Este Grupo estuvo compuesto por Asesores Regionales y Subregionales de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), consultores externos y gestores de Recursos Humanos para la Salud (RHS), invitados de los países de las Américas<sup>9</sup>.
- b. Emisión de Comunicaciones de la Organización Panamericana de la Salud a Ministras y Ministros de Salud, así como Representantes de OPS en cada país.
- c. Visitas de asistencia técnica de asesores subregionales y consultores externos a países priorizados.
- d. Reuniones subregionales presenciales y virtuales preparatorias, de socialización y preparación del enfoque conceptual y metodológico del proceso de medición.

---

<sup>9</sup> Programa de la Reunión del Grupo de Expertos en Recursos Humanos para la Salud, San Salvador 18 y 19 de septiembre de 2013.

- e. Revisión y actualización de la Guía para la Medición de las Metas<sup>10</sup>, lo que involucró un proceso de consulta a los Ministerios de Salud de la región
- f. Elaboración del documento técnico “Propuesta de priorización de metas”<sup>11</sup>.
- g. Diseño de aplicativo Web, vinculado a los Observatorios Regional, Subregionales y nacionales de Recursos Humanos en Salud.

Aun cuando con especificidades propias en cada país, la fase de implementación y sistematización de resultados de la segunda medición involucró:

- a. Visitas de asistencia técnica de asesores subregionales y consultores externos a países priorizados.
- b. Procesos de recopilación y sistematización de la información disponible por los equipos nacionales, generalmente de las Direcciones de Recursos Humanos, o sus equivalentes en cada Ministerio.
- c. Talleres o reuniones de trabajo a nivel de los países para efectos de la medición, con la participación en varios casos de representantes de las instituciones que forman parte del campo nacional de los recursos humanos. Aquí hemos de considerar también los procesos de consulta que se desarrollaron para abordar especialmente los componentes cualitativos de la medición. Este fue un proceso especialmente trascendental por el alto nivel de convocatoria con que se realizó<sup>12</sup>, logrando incorporar una perspectiva sectorial e intersectorial<sup>13</sup>. De esta manera, el proceso de medición involucró reuniones de trabajo con representantes institucionales y líderes de opinión, dada la naturaleza cualitativa de la mayoría de indicadores establecidos, aun cuando algunas metas si tuvieron una naturaleza cuantitativa, por ejemplo la 1ª, 2ª, 3ª y 6ª metas, que vincularon la fuerza laboral con criterios de población, u otros referentes cuantitativos.

---

<sup>10</sup> El documento puede ser consultado en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/prop\\_prioriza\\_metas2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/prop_prioriza_metas2013.pdf).

<sup>11</sup> El documento puede ser consultado en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/prop\\_prioriza\\_metas2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/prop_prioriza_metas2013.pdf)

<sup>12</sup> Es interesante mencionar el caso de Panamá en que la comisión encargada estuvo integrada por funcionarios de las Direcciones de Recursos Humanos y de Planificación del Ministerio de Salud, de la Dirección de Recursos Humanos de la Caja de Seguro Social (CSS), de la Universidad de Panamá y de la Contraloría General de la República, ver Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_pan.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf)

<sup>13</sup> Por ejemplo en los casos de Paraguay, Perú o el Taller de Guatemala que logró congregarse a más de 70 personas de diferentes instituciones, ver Informe Final Guatemala - Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (Desafíos de Toronto). Informe del País [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_gua.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf)

- d. Elaboración de Informes de medición por parte de los países, incorporando el análisis de los factores que permitiesen explicar la evolución de los indicadores de las 20 metas con respecto a la primera medición.<sup>14</sup>
- e. Registro de las mediciones realizadas, así como publicación en línea de los Informes preparados por los países.
- f. Recopilación y sistematización de los informes nacionales.

Particular relevancia tiene la preparación del “*Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud*”, el cual incluye las observaciones y sugerencias realizadas por los equipos nacionales de los países de habla hispana durante la primera medición de metas regionales de RHUS 2007 – 2015, así como del equipo nacional de Ecuador en su segunda medición, desarrolladas en el periodo 2007 – 2012. Los cambios realizados en el documento, no modificaron la metodología ni alteraron los indicadores y métodos de medición propuestos a fin de mantener la comparabilidad de la medición en todo momento, concentrándose en la edición y procurando evitar confusiones y error en el uso de conceptos. Se buscó de igual manera clarificar la redacción del informe a presentar y fortalecer en última instancia el empleo de una metodología común y estandarizada para todos los países participantes. El documento fue validado por Bolivia, Venezuela, Argentina, Paraguay, Uruguay, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Costa Rica, Nicaragua, Panamá y Honduras<sup>15</sup>.

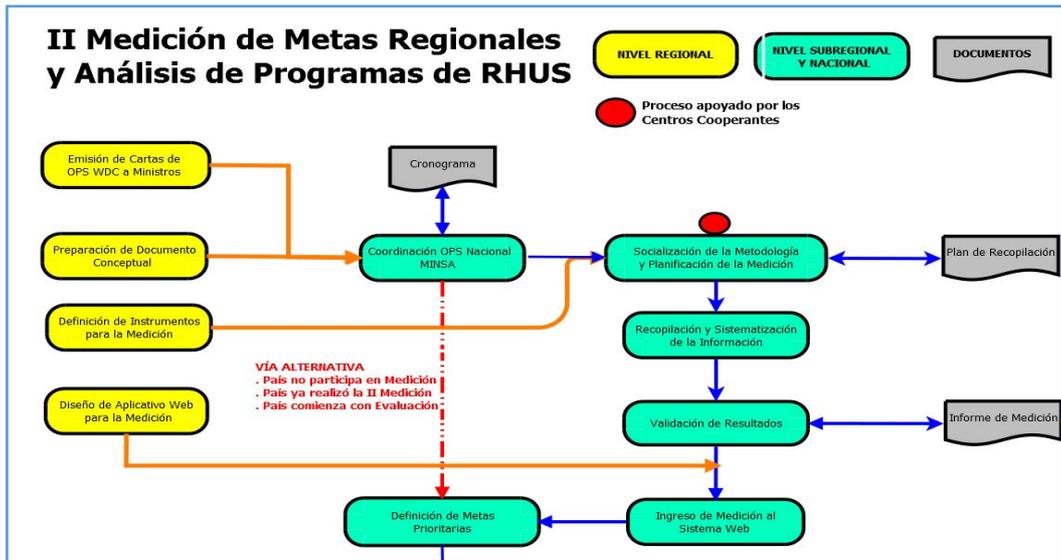
Es importante considerar que las especificidades propias de cada país no pueden ser siempre contempladas en las metas que tienen un alcance regional, lo que ha llevado a que algunas de estas sean consideradas como no aplicables o registrables<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> En esta línea, es que en un trabajo paralelo se ha desarrollado por cada país la evaluación de uno o más programas de recursos humanos, vinculados a las metas regionales, siguiendo una metodología común previamente concordada.

<sup>15</sup> Para mayor información sobre los aspectos propiamente metodológicos puede consultarse <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>.

<sup>16</sup> Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015 – Uruguay.



**Figura 1.** Flujograma del Proceso de Segunda Medición de las Metas Regionales.

## IV. SEGUNDA MEDICIÓN: RESULTADOS

### UNA MIRADA REGIONAL

Se ha producido un avance regional significativo en todos los Desafíos, pero aún insuficiente:

- Se ha producido un avance importante en los 5 desafíos, menor en aquellos que presentaban en la primera medición un mejor desempeño e inversamente mayor en aquellos que mostraban uno menor en la línea basal. Así, los avances en el segundo (25,18%), en el tercero (19,21%) y en el quinto (23,09%) son notoriamente mayores a los obtenidos en el primer (7,30%) y el cuarto Desafío (13,57%). Ver Tabla 1.
- Sin embargo, en la Figura 2 puede apreciarse que el orden en el desempeño en cada uno de los Desafíos sigue siendo el mismo entre la línea basal y la medición 2013. Así, en esta segunda medición, el menor desempeño es alcanzado en el desafío 5, seguido del tercero, con un desempeño intermedio el segundo y con mejores desempeños el cuarto y el primer Desafío, este último el de mejor desempeño en esta segunda medición.
- Así, es de destacar el avance logrado en el primer desafío (*Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente*). De manera general, éste es el Desafío con mejor desempeño y expresa en gran medida el compromiso político de gobiernos y Estados por avanzar de manera estratégica en el desarrollo de la agenda de recursos humanos.
- El desempeño promedio general se incrementa de manera importante (de 45% a 63%) pero aún se presenta por debajo y muy distante de la meta (100%) a alcanzar.
- Sin embargo, es importante considerar que, detrás de estos promedios regionales, encontramos diferentes grados de avances en las subregiones y los países. De igual manera, al interior de cada desafío encontramos que el avance en las metas han contribuido de manera diferente (ver
- Tabla 2). Todo esto exige un análisis en profundidad, que es el que desarrollamos más adelante.

- En determinadas metas varios países reportan transparentemente un retroceso (ver Anexos), como es el caso de Belice en lo que respecta a la relación enfermeras - médicos<sup>17</sup> o la inequidad en la distribución urbano – rural de personal de salud. Sin embargo, al menos en algunos de estos casos, el “retroceso” podría representar una medición más precisa en el logro de la meta, y no propiamente un retroceso.
- Así, si quisiéramos resumir lo encontrado tendríamos que señalar que, desde una perspectiva regional, hemos avanzado en una visión y compromiso estratégico (Primer Desafío) lo que representa el mejor logro en este periodo, así como en cierta medida en la gestión del trabajo, pero aún persisten importantes debilidades especialmente vinculadas a la capacidad del sistema de contar con las personas adecuadas en los lugares adecuados (Desafío 2), gestionar la migración de profesionales de la salud (Desafío 3) y lograr articular las instituciones formadores y los servicios de salud adecuando esta formación a un modelo de atención universal, equitativo y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población (Desafío 5).

---

<sup>17</sup> Ver Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

**Tabla 1.** Línea de Base y medición intermedia (2013) del avance en los Desafíos en Recursos Humanos a nivel regional

	Basal (%)	2013 (%)	Avance (%)
Desafío 1	69,04	76,34	7,30
Desafío 2	36,04	61,22	25,18
Desafío 3	34,12	53,33	19,21
Desafío 4	59,01	72,58	13,57
Desafío 5	26,45	49,55	23,09
Promedio	44,93	62,60	17,67

**Nota:** Se incluye a los países de las Américas con ambas mediciones realizadas.

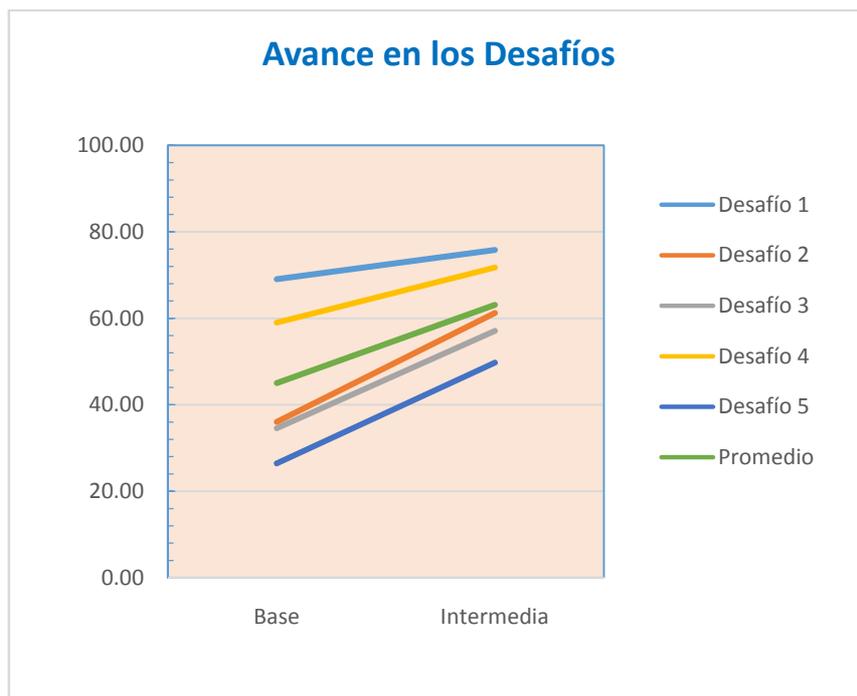
**Desafío 1.** Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

**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.

**Desafío 3.** Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

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

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



**Figura 2.** Línea de Base y medición intermedia (2013) del avance (%) en los Desafíos en Recursos Humanos a nivel regional.

**Desafío 1.** Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.

**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.

**Desafío 3.** Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

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

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

**Tabla 2. Mediciones Basal e intermedia (2013) de Desafíos y Metas Regionales de Recursos Humanos**

Desafío 1	Basal	2013	Avance
Meta 1	72,80	83,67	10,87
Meta 2	69,50	69,04	-0,46
Meta 3	72,25	75,90	3,65
Meta 4	60,19	67,28	7,09
Meta 5	70,46	85,82	15,36
Promedio	69,04	76,34	7,30

Desafío 2	Basal	2013	Avance
Meta 6	35,75	46,31	10,55
Meta 7	42,72	70,00	27,29
Meta 8	39,50	65,71	26,21
Meta 9	26,19	62,86	36,67
Promedio	36,04	61,22	25,18

Desafío 3	Basal	2013	Avance
Meta 10	6,68	28,01	21,33
Meta 11	15,67	35,55	19,88
Meta 12	80,00	96,43	16,43
Promedio	34,12	53,33	19,21

Desafío 4	Basal	2013	Avance
Meta 13	57,57	73,62	16,05
Meta 14	50,60	52,84	2,24
Meta 15	53,85	81,35	27,51
Meta 16	74,00	82,50	8,50
Promedio	59,01	72,58	13,57

Desafío 5	Basal	2013	Avance
Meta 17	24,94	49,10	24,17
Meta 18	28,39	37,38	8,99
Meta 19	24,94	63,77	38,83
Meta 20	27,55	47,94	20,39
Promedio	26,45	49,55	23,09

**Nota:** se incluye a todos los países de las Américas que desarrollaron la primera (basal) y segunda medición (2013).

Analicemos aun de manera general estos resultados, presentándose a partir de la página 57 un análisis meta por meta:

- Es importante constatar que tras cada uno de estos 5 Desafíos se encuentran Metas que como se aprecia en la
- Tabla 2, contribuyen de manera diferente y específica al avance logrado en el Desafío correspondiente. Por lo tanto, un avance en un Desafío no expresa necesariamente un avance por igual en las metas correspondientes.
- El Desafío 1<sup>18</sup> (Políticas, planes y capacidad institucional), que mostraba en el nivel inicial 69,04% de logro, alcanza un nivel de 76,34% en esta segunda medición. Si en la primera medición la contribución de cada meta era bastante homogénea por cada meta (fluctuando entre 60,19% y 72,80%), en esta segunda medición el avance en el Desafío puede ser entendido a partir fundamentalmente del avance en la 5ª Meta. Con relación a las metas 1, 3 y 4 se observan avances menores muy cercanos al promedio de las 5 metas (7,30). Sin embargo, y como hallazgo central en este Desafío, es importante notar que la Meta 2 (La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total) no muestra ningún avance, y de hecho retrocedería ligeramente (-0,46%). Así en este Primer Desafío partiendo de un nivel intermedio, éste se ha elevado; sin embargo aún de manera también insuficiente. En suma, el análisis por metas (ver Anexos) muestra que el avance es mayor en lo concerniente a la Unidad de Conducción Estratégica (Meta 5) y la Densidad de Recursos Humanos (Meta 1).
- El Desafío 2<sup>19</sup> muestra, según se aprecia en la

---

<sup>18</sup> **DESAFÍO I: Meta 1.** Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes. **Meta 2.** La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total. **Meta 3.** Equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a ACS. **Meta 4.** Razón de enfermeras calificadas: médicos de al menos 1:1. **Meta 5.** Establecer una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

<sup>19</sup> **DESAFÍO II: Meta 6.** La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015. **Meta 7.** Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables. **Meta 8.** El 75% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones. **Meta 9.** El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

- Tabla 2, un avance del 25,18%, siendo menor en la Meta 6 (10,55%) y mayor en la Meta 9 (36,67%). El resultado mismo en la segunda medición ratifica un notorio retraso en la Meta 6 (46,31%). Las otras metas se encuentran alrededor del promedio. De esta manera en este segundo Desafío, la meta 6 vinculada a la brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales, no solo persiste con un muy bajo desempeño, sino es a la vez en la que menos se avanza con respecto a la primera medición, considerando el conjunto del Desafío. Las meta 7 y 8 vinculadas a competencias, particularmente en los temas de salud pública e interculturalidad, muestran el mejor desempeño en esta segunda medición. La meta 9 muestra un avance significativo entre ambas mediciones, de 26,19% a 62,80% en este Desafío. Este punto requiere un análisis cuidadoso. De acuerdo a la metodología empleada, el término “propias comunidades” están definidas como la ubicación geográfica (ciudad/pueblo y país) que el trabajador primario de salud identifica como su lugar de nacimiento, lo que podría generar un nivel de confusión en la propia medición, si es que este parámetro “ciudad/pueblo y país” fuese usado de manera diferente entre los países. En suma, el Desafío 2 (Personas adecuadas en los lugares adecuados) estando en el tercer lugar en la medición basal, conserva este sitio en la medición 2013. El análisis a partir de las Metas que sustentan este Desafío (ver Anexos) muestra que el avance se explica por las Metas 7, 8 y 9 vinculadas a competencias y reclutamiento local. Notablemente la Meta 6 (brecha urbano rural) avanza muy poco (avance 10,55%, alcanzando en el año 2013 a 46,31%) cuando se le compara con las otras metas de este 2º Desafío. En gran medida los avances en este desafío expresan los recientes procesos de reforma que se han venido instalando, en mayor o menor medida, en los países de la región; sin embargo también expresan las serias limitaciones para abordar la inequidad en la distribución de la fuerza laboral.
- El Desafío 3<sup>20</sup>, *“Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población”*, vinculado en gran medida directamente, pero no exclusivamente al tema de la migración, muestra en esta segunda medición un nivel parcial de logro (53,33%), el cual se explica fundamentalmente por el desempeño alcanzado en la meta 12 que llega a

---

<sup>20</sup> III DESAFÍO: **Meta 10.** Habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud. **Meta 11.** Tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud. **Meta 12.** Habrán formulado acuerdos mutuos e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

un cumplimiento del 96,43%, con base en un avance del 16,43% desde la anterior medición. Pero a la vez, la

- Tabla 2 permite apreciar que el nivel alcanzado en las metas 10 y 11 son las de menor logro (conjuntamente con la metas 6 y 18) entre las 20 metas medidas. Este Desafío partió en la medición basal de un valor notoriamente bajo, explicado en gran medida por qué una de las metas estaba ligada al “Código de Internacional de Prácticas...” (meta 10) no aprobado hasta ese entonces. Este sería aprobado recién en el año 2010 por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud como el “Código de Prácticas sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud”. Años después en la medición 2013 el valor de la medición se incrementa, pero aun de manera limitada, mostrando la baja adhesión al Código (meta 10) y, por otro lado, las limitaciones para el desarrollo de una política de autosuficiencia en la región (meta 11).
- En lo que corresponde a las metas del Desafío 4<sup>21</sup> (La proporción de empleo precario/sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad en todos los países), el nivel de logro llega, como señaláramos antes, al 72,58% con un avance del 13,57% con respecto a la medición anterior. Luego del primer Desafío, este 4º Desafío es donde el nivel de logro en esta segunda medición es mayor. El logro en este Desafío descansa en el valor obtenido en la Meta 15 que apunta a contar con gerentes con competencias para la salud pública y la gestión; y la meta 16, vinculada a los mecanismos de negociación y legislaciones efectivas enfocadas en la gestión de conflictos. Sin embargo, en la Meta 13, vinculada a la disminución de empleo precario, se aprecia igualmente un avance en la región. Es necesario hacer nota el mínimo avance que se reporta en la Meta 14, relacionada a políticas de salud y seguridad para los trabajadores, llevando a que este indicador sea el de menor avance, con respecto a la primera medición, considerando el conjunto de las 20 Metas Regionales. A pesar de ello, este Desafío se mantiene como el segundo desafío con mejor desempeño, mostrando la importancia que se asigna a este tema, en particular en los temas vinculados a los procesos de desprecuarización y construcción de los procesos de carrera sanitaria que han recorrido y

---

<sup>21</sup> **DESAFÍO 4: Meta 13.** La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad. **Meta 14.** Habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales. **Meta 15.** Al menos 60% de los gerentes de servicios y programas de salud reunirán requisitos específicos de competencias para la salud pública y la gestión, entre ellos las de carácter ético. **Meta 16.** Mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten

recorren la región. Así, las metas con mejor desempeño son las desprecuarización del empleo en salud (Meta 13), competencias de gerentes en salud pública y gestión (Meta 15) y Mecanismos de Negociación (Meta 16) y notoriamente se encuentra un muy pobre avance en la implementación de políticas de salud y seguridad de los trabajadores (Meta 14).

- Finalmente en lo que respecta a las Metas comprendidas en el Desafío 5<sup>22</sup>, vinculada a la interacción entre instituciones de formación y los servicios de salud, se reporta un avance de 23,09% en el cumplimiento de la meta (de 26,45% en la primera medición a 49,55% en la segunda). El logro en este desafío descansa en gran medida en la meta 19 (abandono – deserción), mientras que las metas 17 (reorientación de la formación) y 20 (acreditación institucional) muestran un desempeño intermedio. La meta 18 vinculada a atracción de estudiantes de poblaciones sub-atendidas, muestra el menor desempeño y el menor avance con respecto a la primera medición, en este Desafío. Considerando el conjunto de los 5 Desafíos, este 5º Desafío fue el de menor desempeño en la medición basal y mantiene este perfil en la medición 2013. En particular requiere prestarse atención y analizar con cuidado lo referido a la reorientación de la formación, el cual si bien muestra un avance intermedio, emerge como insuficiente al involucrar la formación crítica del personal de salud profesional para los próximos años comprometiendo la viabilidad y sostenibilidad de los procesos de reforma marcados por una orientación hacia la APS. Esto es motivo de análisis en la página 109.

Se presenta a continuación los datos individuales por país, alcanzados en las mediciones basal e intermedia, logrado en cada uno de los 5 Desafíos.

---

<sup>22</sup> **DESAFÍO 5: Meta 17.** El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional. **Meta 18.** El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub-atendidas, haciendo hincapié cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas. **Meta 19.** Las tasas de abandono (deserción) de las escuelas de medicina y enfermería no pasarán del 20%. **Meta 20.** El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas por una entidad reconocida

**Tabla 3. Mediciones basal e intermedia (2013) en el avance en los desafíos de Toronto, según país**

**MEDICIÓN BASAL**

	Desafío 1	Desafío 2	Desafío 3	Desafío 4	Desafío 5
Bolivia	62,80	6,76	33,34	54,75	26,76
Chile	78,00	44,01	33,34	62,75	9,76
Colombia	83,00	0,01	66,67	75,00	35,26
Ecuador	68,00	9,26	33,34	87,50	6,50
Perú	74,20	35,00	0,01	45,75	15,51
Venezuela					
Argentina	67,60	8,34	53,34	45,75	27,01
Brasil					
Paraguay	49,00	7,51	6,67	49,00	3,26
Uruguay	62,20	34,01	50,00	50,01	34,25
Belice	81,60	45,25	33,34	75,00	45,75
Costa Rica	70,64	43,76	33,34	65,83	19,35
El Salvador	71,05	32,51	33,34	53,75	25,75
Guatemala	61,80	65,00	33,34	52,25	14,79
Honduras	59,60	14,01	33,34	45,00	10,01
Nicaragua	78,04	77,58	95,00	59,25	50,38
Panamá	81,60	32,26	0,01	47,50	39,01
República Dominicana	56,23	30,10	33,34	45,43	46,17

**MEDICIÓN INTERMEDIA**

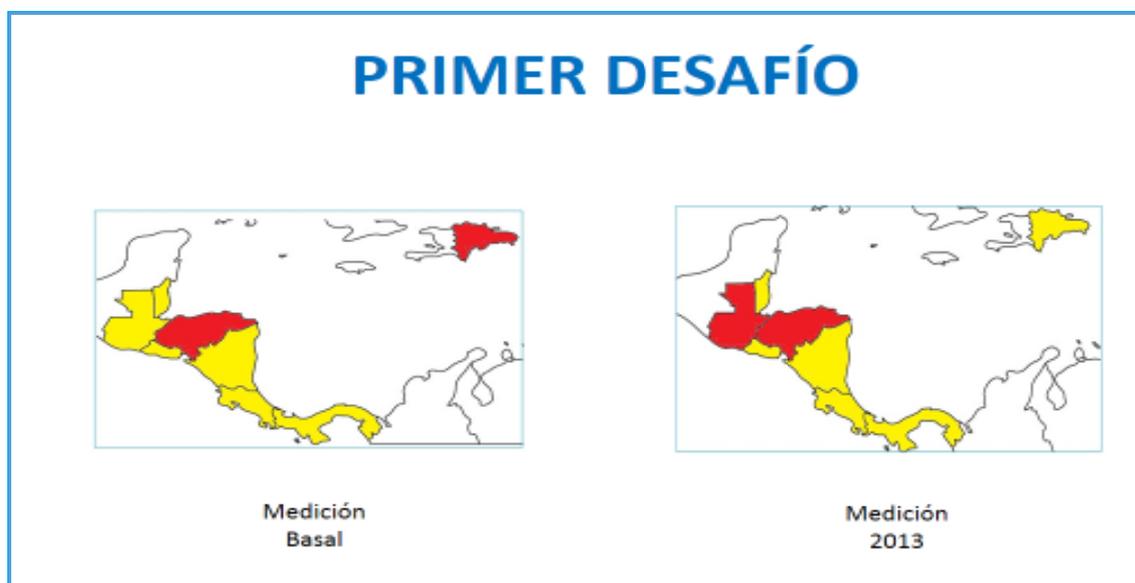
	Desafío 1	Desafío 2	Desafío 3	Desafío 4	Desafío 5
Bolivia	65,52	49,40	50,00	49,57	76,90
Chile	85,38	100,00	73,33	75,43	64,80
Colombia	85,75		52,67	100,00	50,33
Ecuador	72,30	15,62	100,00	71,05	36,78
Perú	91,08	66,05	73,90	79,33	50,08
Venezuela					
Argentina					
Brasil	90,30	50,01	66,67	75,00	89,60
Paraguay	74,85	70,37	50,00	63,67	35,09
Uruguay	65,91	100,00	100,00	100,00	91,75
Belice					
Costa Rica	80,12	64,67	33,34	49,16	39,51
El Salvador	85,86	70,63	45,00	87,83	39,35
Guatemala	85,04	49,00	50,00	98,80	55,62
Honduras	55,36	53,67	44,34	67,82	22,56
Nicaragua	45,29	40,17	33,34	41,77	22,02
Panamá	87,72	88,93	100,00	70,50	59,24
República Dominicana	88,74	75,37	16,67	66,67	58,25
	69,94	42,33	33,34	53,96	65,38

Estos resultados representan una mirada sintética regional sobre el desempeño de los países participantes en ambas mediciones de las metas regionales. En términos generales, el avance con respecto a la primera medición ha sido importante (en promedio 17,67%); sin embargo insuficiente al permitir llegar solo al 62,60% del logro general de las metas.

En suma, aun cuando por supuesto hay diferencias entre países y subregiones, una mirada general muestra un avance importante, pero aún insuficiente, en el conjunto. Podemos apreciar que los Desafíos 2 (personas adecuadas en los lugares adecuados), 3 (regular migraciones y desplazamientos) y 5 (interacción entre instituciones formadoras y servicios de salud) son las que muestran un menor desempeño. Inversamente, los Desafíos 1 (políticas, planes y capacidad institucional) y 4 (relaciones laborales) las que presentarían un mejor desempeño. Se ha avanzado en el logro de capacidades institucionales y en una mejor organización y gestión del trabajo, pero aún persisten serios problemas de inequidad y pertinencia en la dotación, migración de profesionales y desarticulación entre los espacios de la formación y los servicios persisten de manera significativa. En gran medida esto clarifica el camino y las prioridades por delante.

#### Nota técnica

- Los datos han sido obtenidos de aquellos ingresados en el aplicativo Web por los responsables de los Ministerios de Salud.
- Se excluyen de las Tablas y Figura presentadas en esta Sección a aquellos países que no participaron en una o ambas mediciones.
- Asimismo se excluye los datos en los casos en que algunas mediciones de metas no fueron consignadas (Dato SD en el aplicativo Web).
- El Promedio representa la media aritmética de los países, en tal sentido los datos no han sido ajustados por población u otra variable.



**Figura 3.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Primer Desafío en Centroamérica y República Dominicana. Ver Nota Técnica.

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

#### Descripción

- En la medición basal, República Dominicana y Honduras se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento de la meta. Los demás países presentaban un cumplimiento intermedio ( $> 60\%$  y  $\leq 90\%$ ).
- En el año 2013, Honduras mantiene un bajo desempeño, República Dominicana logra avanzar a un nivel intermedio. Al mismo tiempo Guatemala reporta un nivel bajo en el cumplimiento del Desafío.

<sup>23</sup> Es importante considerar la situación especial de Belice, país localizado en Centroamérica, pero que al ser el único en esta subregión que tiene al inglés como idioma oficial, mantiene y forma parte tanto de CARICOM y SICA, cada una de las cuales tiene su propio derrotero para avanzar en el desarrollo de la agenda social, particularmente de salud.

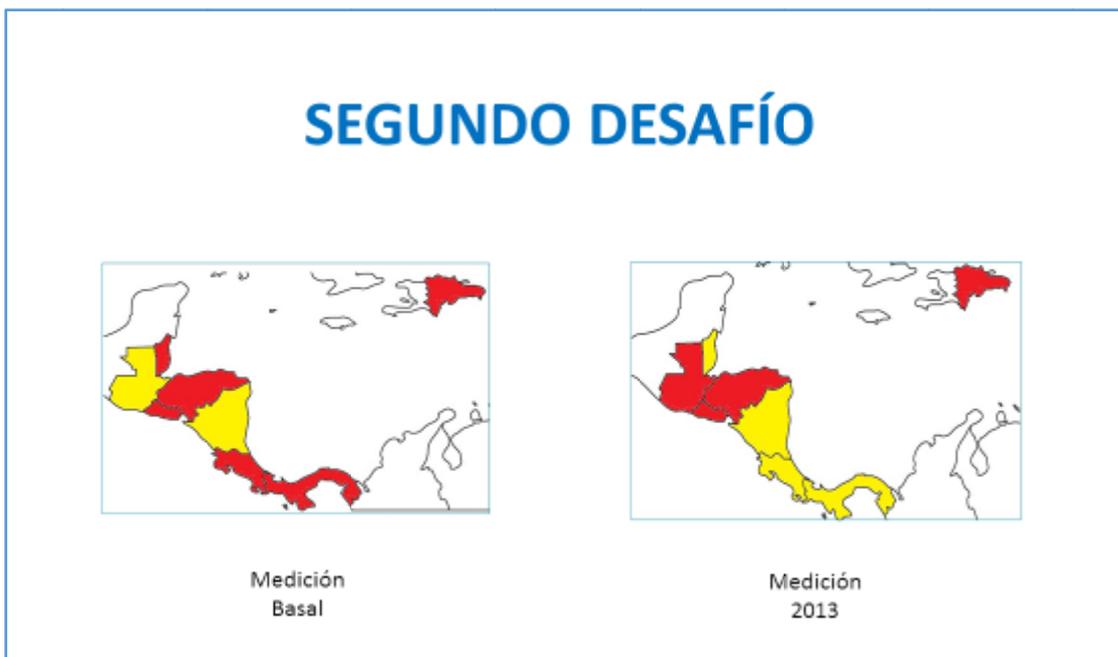
## Comentario

- No se nota aun un avance significativo en este Desafío. En la medición basal, 2 países reportaron bajo desempeño y 6 países desempeño intermedio, en el año 2013 encontramos nuevamente dos países con bajo desempeño y en este caso 6 países con avance intermedio.
- Este Desafío es particularmente importante por qué involucra dos metas críticas: primero, la dotación mínima para intervenciones esenciales y por otro lado la voluntad política a través de la constitución de una unidad de conducción estratégica de recursos humanos. Justamente estas dos metas han sido las de mejor desempeño en la subregión (ver Anexo en página 126), pero el avance en el Desafío se ve comprometido por los menores avances en las otras 3 metas vinculadas a médicos de atención primaria (Meta 2), equipos APS (Meta 3) y proporción médicos : enfermeras (Meta 4).
- En conclusión, en gran medida en la subregión de Centroamérica y República Dominicana, el Desafío continua en pie, se evidencia mayor compromiso político pero aun débil avance en algunos componentes del Desafío.

## Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.

## SEGUNDO DESAFÍO



**Figura 4.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Segundo Desafío en Centroamérica y República Dominicana. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, República Dominicana, Belice, Honduras, El Salvador, Costa Rica y Panamá se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento de la meta. Guatemala y Nicaragua presentaban un cumplimiento intermedio.
- En el año 2013, nuevamente Honduras, El Salvador y República Dominicana, además de Guatemala, presentan un bajo logro. Al mismo tiempo, Belice, Nicaragua, Costa Rica y Panamá logran avanzar a un nivel intermedio en el cumplimiento de la meta.

### Comentario

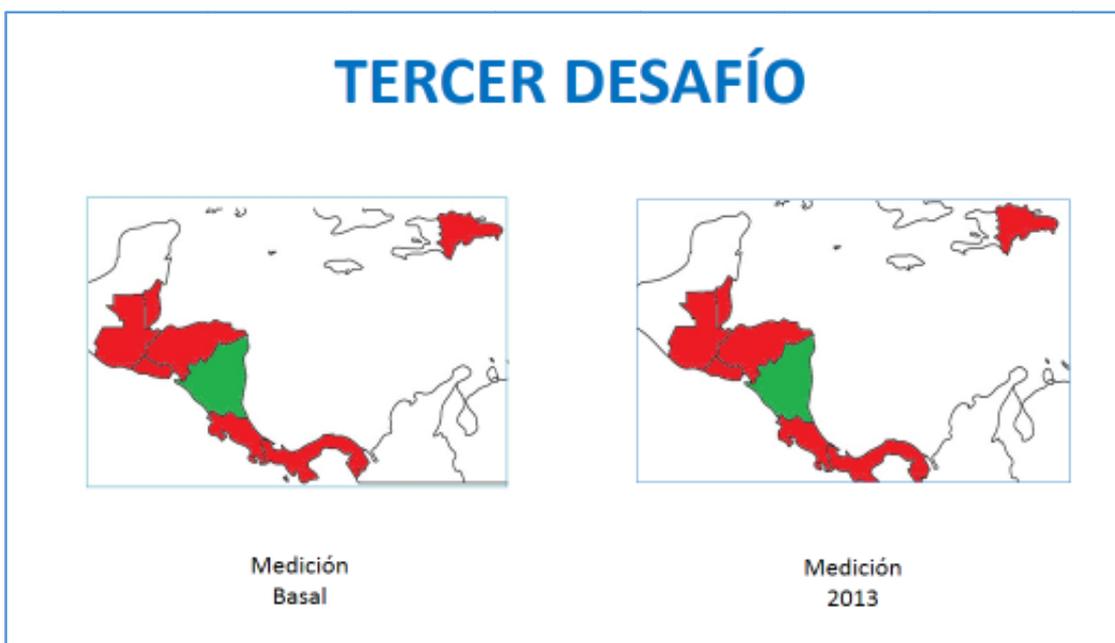
- Se aprecia un avance en este Desafío. En la medición basal 6 países reportaron bajo desempeño y 2 países desempeño intermedio, en el año

2013 encontramos cuatro países con bajo desempeño y en este caso 4 países con avance a un nivel intermedio.

- Este Desafío está vinculado a la dotación, distribución y competencias acordes a las necesidades del Sistema de Salud. El avance se explica, como se observa en los datos presentados en Anexos (ver página 127), por los avances importantes que se aprecian en la Metas 7 (competencias en salud pública y gestión) y 8 (perfeccionamiento de competencias de enfermeras, técnicos, auxiliares y agentes comunitarios de salud). La brecha urbano - rural no presenta avance significativo, lo que compromete el propio desafío en lo que corresponde a la búsqueda de la equidad. La contribución de la Meta 9 es difícil de interpretar dado que varios países reportan SD (sin datos).
- En conclusión, se encuentra avances importantes en estas metas, pero entendidos sobre todo por el desarrollo de competencias; por el contrario, la inequidad urbano – rural permanece como un tema que requiere un mayor abordaje.

#### Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Belice, Panamá y Guatemala no reportan datos en la Meta 9.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.



**Figura 5.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Tercer Desafío en Centroamérica y República Dominicana. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, todos los países con excepción de Nicaragua reportan un bajo desempeño.
- En el año 2013, la situación permanece cualitativamente igual con un bajo nivel de logro en este Desafío.

### Comentario

- No existe avance significativo en este Desafío.
- Este Desafío es evaluado a través de avance en 3 metas (ver Anexos). La primera (meta 10) a través de la existencia o adhesión a un Código Internacional, lo que puede explicar el prácticamente nulo cumplimiento por parte de los países en la primera medición. Sin embargo en el año 2013, la situación permanece cualitativamente igual para todos los países a pesar de que el Código Internacional se aprobó en el año 2010. La Meta 11 vinculada a políticas de autosuficiencia se encuentra en la misma situación con un

avance prácticamente nulo. Estos dos resultados expresan en gran medida la muy baja visibilidad del tema de migración de personal de salud y la consecuente poca importancia asignada a su gestión. Donde el cumplimiento es prácticamente pleno es en la meta 12 explicado por los acuerdos subregionales existentes para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero, lo cual ya se había prácticamente cumplido en la medición basal.

- Un reciente estudio realizado en la subregión centroamericana puede dar luces sobre este tema<sup>24</sup>.

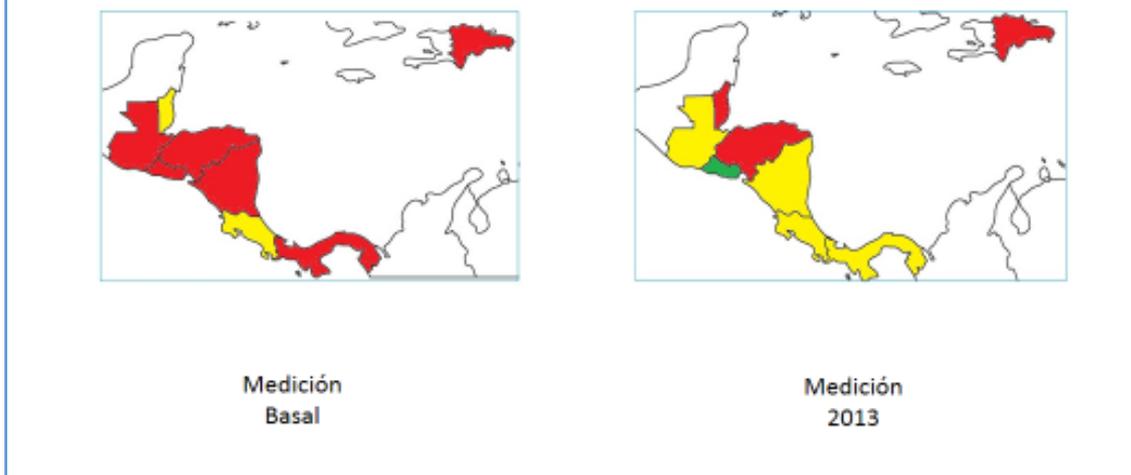
#### Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.

---

<sup>24</sup> Informe “Panorama de las Migraciones de Médicos y Enfermeras en la Sub Región”, cuyos resultados han permitido evidenciar el importante flujo de profesionales siendo los factores principalmente asociados a dicha migración la escasez de empleo, el nivel salarial, la violencia social y la crisis económica. Ver Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf)

## CUARTO DESAFÍO



**Figura 6.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Cuarto Desafío en Centroamérica y República Dominicana. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento de la meta. Belice y Costa Rica presentaban un cumplimiento intermedio.
- En el año 2013, nuevamente Honduras y República Dominicana, además de Belice presentan un bajo cumplimiento. Al mismo tiempo Guatemala, Nicaragua, Costa Rica y Panamá logran avanzar a un nivel intermedio en el cumplimiento de la meta. El Salvador reporta un alto nivel de logro.

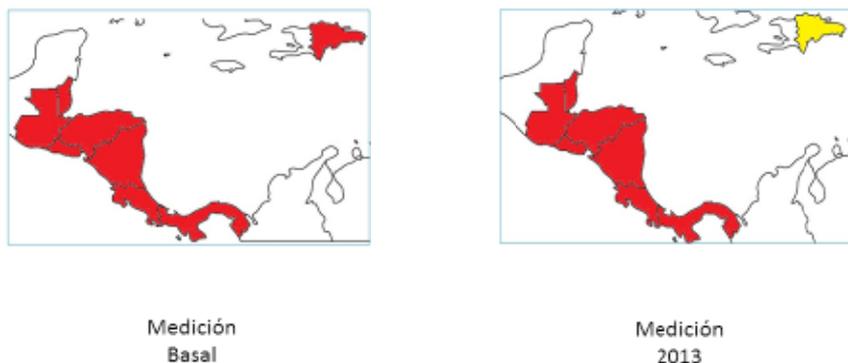
## Comentario

- Se aprecia un avance significativo en este Desafío, de hecho el mayor entre todos de los Desafíos en la subregión. En la medición basal 6 países reportaron bajo desempeño y 2 países desempeño intermedio, en el año 2013 encontramos tres países con bajo desempeño, 4 países con avance intermedio y uno con prácticamente logro pleno de la meta.
- Este Desafío está vinculado a la gestión del trabajo. El avance se explica, como se observa en los datos presentados en anexos, por los avances importantes que se aprecian en la meta 13 (des-precarización del empleo), la meta 15 (competencias de gerentes en salud pública y gestión) y la meta 16 (mecanismos de negociación y legislación efectiva), aun cuando esto último en menor grado. Estos avances pueden explicarse en gran medida por la creciente incorporación del concepto de trabajo decente en la subregión y la generación del marco legal concordante con esto. Sin embargo es notorio el retraso en la meta 14 (salud y seguridad en el trabajo) lo que compromete un mayor avance en el Desafío y da luces de que el proceso de desprecarización requiere ser fortalecido.
- En conclusión, se encuentra avances importantes en este Desafío, pero persiste la salud y seguridad del trabajador en gran medida como un tema en el que se requiere avanzar más.

## Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Panamá no reporta datos en la meta 13 en el año 2013.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.

## QUINTO DESAFÍO



**Figura 7.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Quinto Desafío en Centroamérica y República Dominicana. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, todos los países de la subregión se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento en el Desafío.
- En el año 2013, igualmente todos los países reportan un bajo nivel de logro, con excepción de República Dominicana que informa de un nivel intermedio.

### Comentario

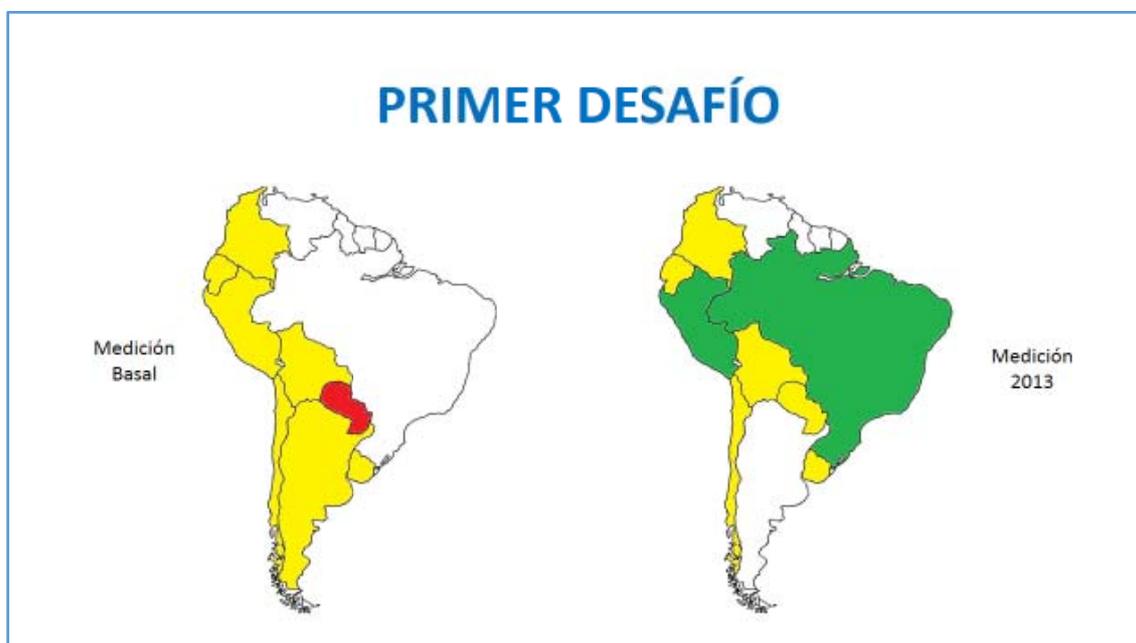
- No se aprecia cualitativamente un avance en este Desafío en la subregión.
- Este Desafío está vinculado a la cooperación docencia – organizaciones de salud. El nivel de logro en la medición intermedia es mayor en lo que respecta a las tasas de abandono (Meta 19) y menor en lo concerniente a reclutamiento de poblaciones sub-atendidas (Meta 18). La situación es

intermedia en lo que concierne a la situación de la Meta 17 (reorientación de la formación hacia la APS) y muy débil en los procesos de acreditación de las escuelas de ciencias de la salud (Meta 20), lo que expresa en gran medida las dificultades que afrontan los países para el desarrollo de estrategias que involucren cambios en la formación de los profesionales de la salud. Se percibe en este Desafío una heterogeneidad en el nivel de avance (ver Anexos).

- En conclusión, se encuentra muy limitados avances, pero asimétricos en este Desafío, que requieren un análisis subregional en profundidad.

#### Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Panamá no reporta datos en la meta 19.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.



**Figura 8.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Tercer Desafío en Sudamérica.  
Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, todos los países se ubicaban en un nivel intermedio en el avance en el Desafío, con excepción de Paraguay que reportó un bajo cumplimiento.
- En el año 2013, Brasil y Perú reportan un alto nivel de logro. Al mismo tiempo, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador y Uruguay mantienen un nivel intermedio, al igual que Panamá.

## Comentario

- Se aprecia un avance parcial en este Desafío. En la medición basal un país reportó bajo desempeño y 7 países desempeño intermedio, en el año 2013, no encontramos ningún país con bajo desempeño, 6 países con desempeño intermedio, y dos países con alto desempeño.
- El avance en el Desafío se explica en gran medida por los avances en la Meta 1 (densidad de recursos humanos) y Meta 5 (unidad de conducción estratégica de recursos humanos), aun cuando se notan también avances en las otras metas. Estos resultados se explican en gran medida por los procesos de reforma actualmente en curso en la subregión que identifican al recurso humano como el factor fundamental de avance, pero muestran aun un importante trecho en el que se requiere progresar. La meta 3 vinculada a equipos de atención primaria que incorporan agentes comunitarios de salud, es la que muestra en la subregión un menor logro. La 5ª meta al mostrar un importante nivel de logro en la subregión, expresa el fortalecimiento de la capacidad estratégica para la generación y conducción de políticas y estrategias.
- En conclusión, se ha avanzado significativamente, generando mejores condiciones para el desarrollo de toda la agenda de recursos humanos.

## Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Argentina no presenta datos para la segunda medición. Venezuela no participó en ambas mediciones. Los datos de Brasil son incorporados en la medición del año 2013.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.



**Figura 9.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos, correspondientes al Segundo Desafío en Sudamérica. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

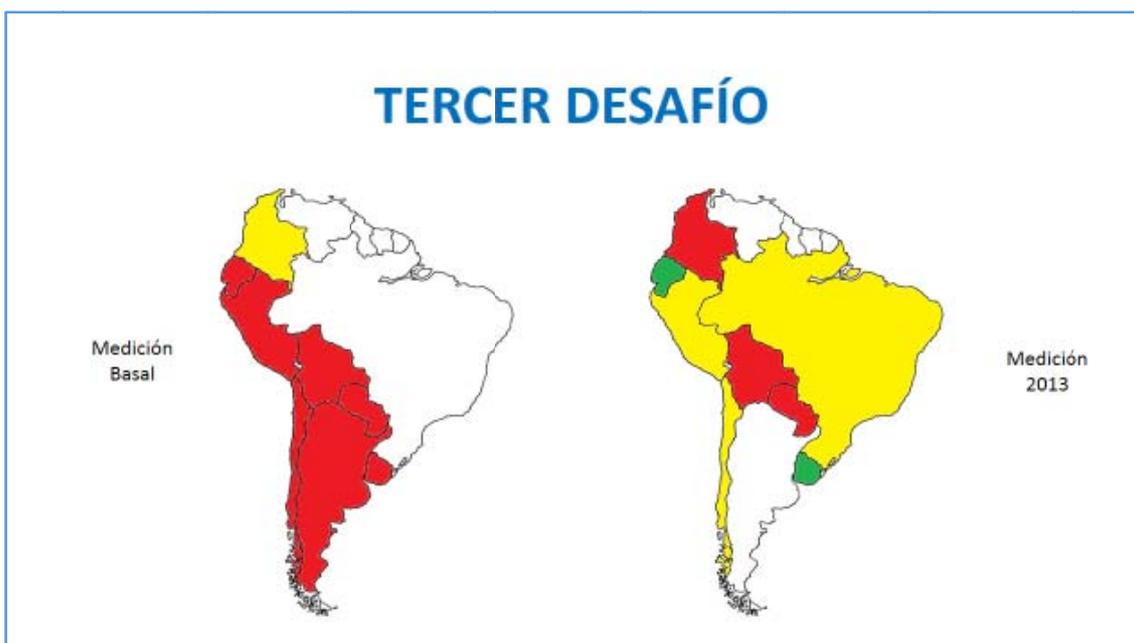
- En la medición basal, todos los países se ubicaban en un nivel bajo en el avance en el Desafío.
- En el año 2013, Paraguay y Perú reportan un nivel intermedio. Al mismo tiempo Chile, y Uruguay alcanzan un alto nivel, mientras que Bolivia, Ecuador y Brasil reporta un bajo desempeño en este Desafío. Es importante los niveles de reporte de los países para evaluar estos resultados, ver Nota Técnica.

## Comentario

- Se aprecia un avance moderado en este Desafío. En la medición basal, los 8 países reportaron bajo desempeño, en el año 2013 encontramos tres países con bajo desempeño, dos con avance a intermedio y dos con alto desempeño. Es difícil y necesario tener cuidado al extraer conclusiones, ya que varios países no reportan datos en las metas que soportan el Desafío.
- Este Desafío está vinculado a la dotación, distribución y competencias acordes a las necesidades del Sistema de Salud. Es posible apreciar que los avances se explicarían, al menos en algunos países, en gran medida en aquellas metas vinculadas al reclutamiento local, con menor avance en las metas vinculadas a competencias (Metas 7 y 8) y limitado o nulo avance en aquella vinculada al cierre de la brecha urbano – rural (Meta 6).
- En conclusión, se perciben avances en estas metas, pero persiste la necesidad de enfrentar la inequidad en la distribución de recursos humanos como un problema de la mayor significancia en la subregión.

## Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Argentina no presenta datos para la segunda medición. Venezuela no participó en las dos mediciones. Chile y Colombia no presentan datos en las metas 6 y 9. Chile no presenta datos en las metas 6 y 9; Ecuador en la meta 9; y Uruguay en las metas 6, 7 y 8. Los datos de Brasil son incorporados en la medición del año 2013.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%



**Figura 10.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Tercer Desafío en Sudamérica. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, todos los países con excepción de Colombia reportan un bajo desempeño.
- En el año 2013, Bolivia, Colombia y Paraguay reportan un bajo desempeño, Perú, Brasil y Chile mejoran a un nivel intermedio, mientras que Ecuador y Uruguay avanzan a un alto cumplimiento de la meta.

### Comentario

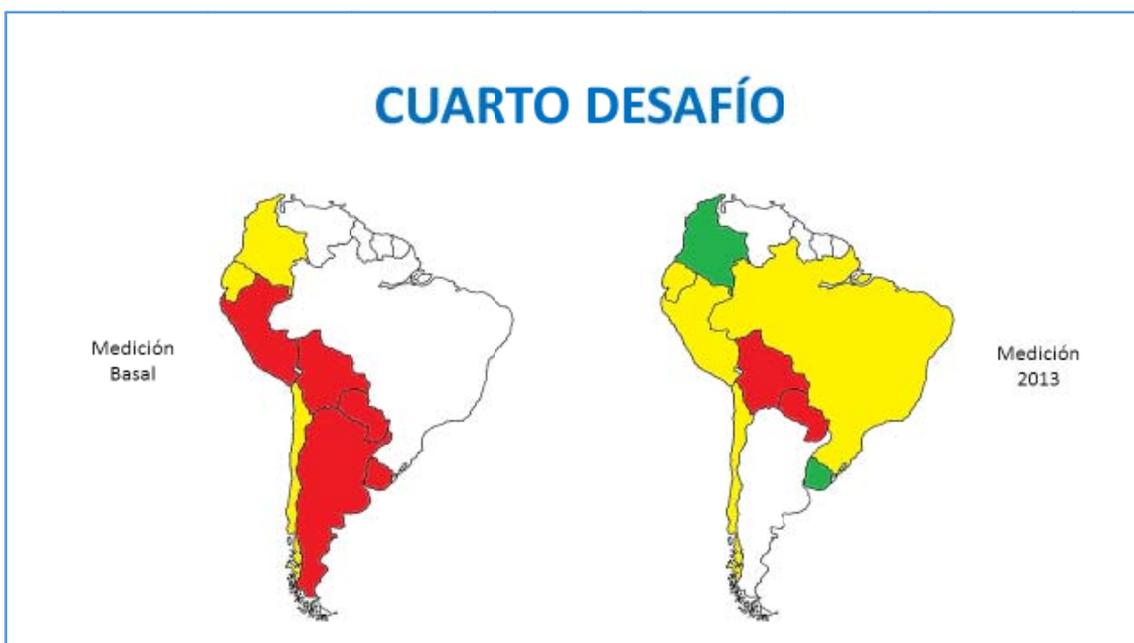
- Existe un avance moderado en este Desafío.
- Este Desafío es evaluado a través de 3 metas. La primera (Meta 10) a través de la existencia o adhesión a un Código Internacional, lo que puede explicar el prácticamente nulo cumplimiento por parte de los países en la medición inicial, en la medida en que el Código Internacional fue aprobado en el año 2010 por la Asamblea Mundial de la Salud. Sin embargo en el año 2013, la situación permanece cualitativamente igual, aun cuando la mayoría de

países reportan avances (ver anexos). La Meta 11 vinculada a políticas de autosuficiencia muestra un avance moderado. Estos dos resultados expresan, como se señalara para Centroamérica en gran medida la aun baja, pero también heterogénea visibilidad del tema de migración de personal de salud y la consecuente poca importancia asignada a su gestión. Donde el cumplimiento es prácticamente pleno es en la meta 12, tanto en la medición basal como en la intermedia, con los acuerdos subregionales existentes para el reconocimiento de profesionales capacitados en el extranjero. Una reciente revisión realizada por Jorge Castellanos da luces sobre este tema para la región andina.

- En conclusión, el avance es moderado, pero persiste en gran medida el tema de la migración como un desafío por acometer.

#### Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Argentina no presenta datos para la segunda medición. Venezuela no participó en las dos mediciones. Los datos de Brasil son incorporados en la medición del año 2013.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%



**Figura 11.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Cuarto Desafío en Sudamérica. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, Perú, Bolivia, Paraguay, Argentina y Uruguay se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento de la meta. Colombia, Ecuador y Chile presentaban un cumplimiento intermedio.
- En el año 2013, Bolivia y Paraguay presentan un bajo desempeño en el Desafío; mientras que Ecuador, Brasil, Chile y Perú alcanzan un nivel intermedio; y Colombia y Uruguay reportan un alto nivel de logro.

### Comentario

- Se aprecia un avance significativo en este Desafío. En la medición basal 5 países reportaron bajo desempeño y 3 países desempeño intermedio; en el año 2013 encontramos dos países con bajo desempeño, 4 países con avance intermedio y dos con alto logro en enfrentar el Desafío.

- Este Desafío está vinculado a la gestión del trabajo. El nivel de logro en la medición intermedia se sustenta, como se observa en los datos presentados en anexos, por los logros en la Metas 13 (desprecarización del empleo), la meta 15 (competencias de gerentes en salud pública y gestión) y la meta 16 (Mecanismos de negociación y legislación efectiva) aun cuando esto último se había logrado en la medición basal. Estos avances pueden explicarse en gran medida por la creciente incorporación del concepto de trabajo decente en la subregión y la generación del marco legal concordante con esto. Sin embargo es notorio el limitado o nulo avance en la meta 14 (salud y seguridad en el trabajo) lo que compromete un mayor avance general en el Desafío indicando asimismo la necesidad de afrontar con mayor energía este tema.
- En conclusión, se encuentra avances importantes en este Desafío, pero persiste la salud y seguridad del trabajador en gran medida como un tema en el que se requiere avanzar más.

#### Nota Técnica

- Se incluye a todos los países de la subregión. Argentina no presenta datos para la segunda medición. Venezuela no participó en las dos mediciones. Colombia no reporta datos en la meta 15. Los datos de Brasil son incorporados en la medición del año 2013.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.



**Figura 12.** Medición Inicial e Intermedia en el cumplimiento de las Metas Regionales en Recursos Humanos correspondientes al Quinto Desafío en Sudamérica. Ver Nota Técnica.

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

### Descripción

- En la medición basal, todos los países de la subregión se ubicaban por debajo del 60% de cumplimiento de la meta.
- En el año 2013, Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú mantienen un bajo logro en la meta; Bolivia, Brasil y Chile un grado intermedio; y Uruguay un alto nivel de desempeño en la medición.

### Comentario

- Se aprecia cualitativamente un moderado avance en este Desafío, aun cuando se reportan avances cuantitativos.
- Este Desafío está vinculado a la cooperación docencia – organizaciones de salud. Analizando las metas que sustentan el desafío, el avance es mayor en lo que respecta a las tasas de abandono (Meta 19) y los procesos de

acreditación de las escuelas de ciencias de la salud (Meta 20). La situación es por el contrario preocupante en lo que concierne a la situación de la Meta 17 (reorientación de la formación hacia la APS) y el reclutamiento de poblaciones sub-atendidas (meta 18).

- Es interesante hacer notar como algunos países muestran avances significativos en determinadas metas, evidenciando la estrategia desarrollada y las prioridades establecidas, ver Anexos.
- En conclusión, se encuentra muy limitados avances en este Desafío, particularmente en los componentes de orientación de la formación y calidad institucional.

#### Nota Técnica

- Argentina no presenta datos para la segunda medición. Venezuela no participó en las dos mediciones. Parcialmente no reportan datos Chile y Colombia (meta 18), así como Bolivia (meta 20). Los datos de Brasil son incorporados en la medición del año 2013, donde no reporta datos en la meta 18.
- Los colores asignados corresponden al rojo: igual o menor al 60%; amarillo igual o menor al 90%; y verde igual o menor al 100%.

## V. AVANCES SIGNIFICATIVOS, AUN INSUFICIENTES. ANALISIS POR METAS.

### Desafío 1

#### META 1

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

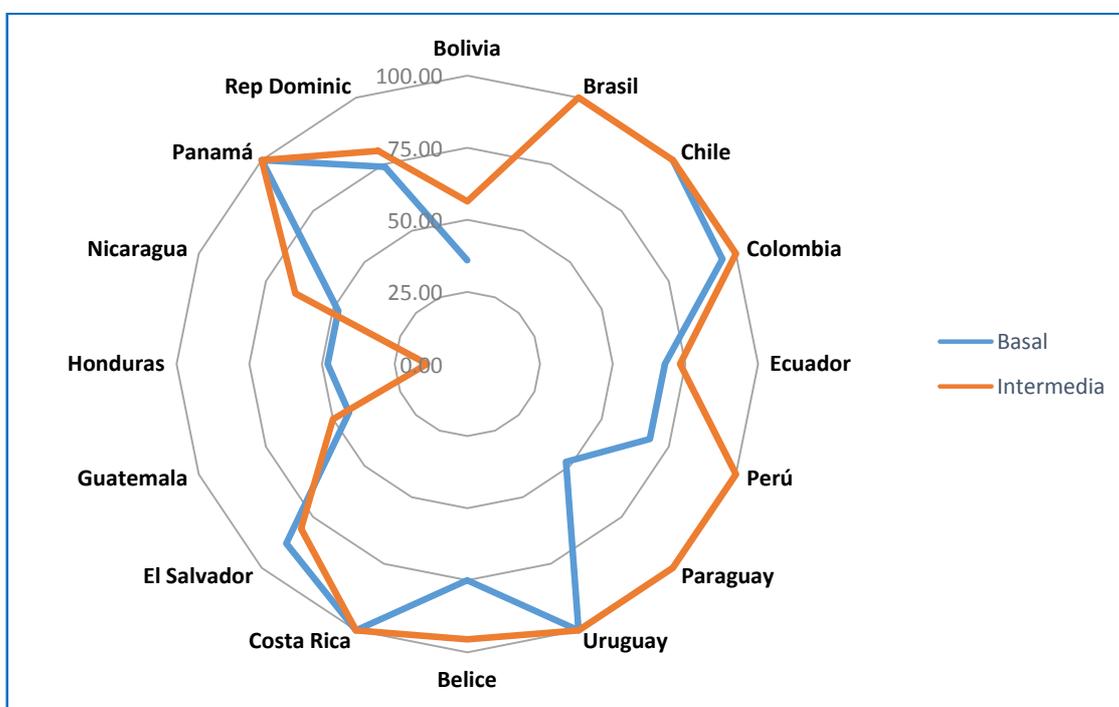


Figura 13. Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 1, desagregados por país<sup>25</sup>.

La Figura 13 muestra el desempeño de los países en la Meta 1 vinculada a una dotación mínima de 25 profesionales por 10,000 habitantes, observándose que una parte importante de los países logran avanzar en el logro de la Meta,

<sup>25</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

avance que es menos notorio, llegando inclusive a un retroceso, en algunos países de Centroamérica<sup>26</sup>. La

Tabla 2 muestra que el avance es parcial, de 72,80% en la medición basal a 80,91% en esta segunda medición (ver página 30). Evidentemente son diversas las explicaciones que pueden encontrarse para estos disímiles resultados, como la incorporación y el retorno de los médicos formados en Cuba<sup>27</sup>, el incremento significativo de la formación de profesionales especialmente por instituciones privadas<sup>28</sup> y por supuesto el desarrollo de acciones de reclutamiento y retención de personal de salud en los países.

De manera relevante algunos de los Informes de los países presentan gráficos que muestran la evolución y tendencia de manera anual en esta meta (p.e. ver Figura 14), mostrándose inclusive la proyección en la densidad de recursos humanos en los próximos años y dando cuenta a la vez de la fortaleza de sus sistemas de información y el respaldo que estos representan para los esfuerzos de planificación.

Particular relevancia tiene el análisis desarrollado en varios países con relación a la composición profesional, la cual se muestra significativamente heterogénea, por ejemplo en algunos casos con un marcado predominio de médicos, como en Uruguay (ver panel C en Figura 14), un equilibrio entre médicos y enfermeras – parteras (p.e. Belice) o un predominio de este último par de profesionales. Las implicancias de esta composición han sido remarcadas en diversas oportunidades<sup>29</sup>. Otro caso a comentar es el de Panamá que en un periodo de 5 años logro triplicar el número de Enfermeras, de 3000 a 9000, en parte a la conversión de técnicos a la licenciatura y el crecimiento rápido del número de facultades en este país<sup>30</sup>.

El caso de las obstetras o parteras reviste una importante particularidad en cada país, en la medida en que en varias oportunidades han sido consideradas especialmente importantes para garantizar el parto institucional atendido por personal calificado. Países como Uruguay presentan sin embargo, un número relativamente bajo, situación suplida por la alta disponibilidad de ginecólogos, lo que salva el tema de la atención por personal calificado (99,5%) pero

---

<sup>26</sup> Sin embargo, es necesario considerar que esto, como se señaló anteriormente puede reflejar una medición más precisa por parte de los equipos nacionales.

<sup>27</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

<sup>28</sup> Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 – 2015.

<sup>29</sup> OMS. (2006). *Informe Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, disponible en [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf)

<sup>30</sup> Ver Panamá - Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_pan.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf)

incorpora la preocupación por la eficiencia en los recursos disponibles<sup>31</sup>. En la misma línea otros países refieren no contar con parteras o matronas profesionales como en el caso de Bolivia, lo que incorpora importantes diferencias en la composición de la fuerza laboral y las consideraciones que son necesarias tomar en cuenta al evaluar la densidad de recursos humanos<sup>32</sup>.

Uruguay muestra una de las densidades más altas de la región (al menos de los países participantes en la segunda medición) con 63 profesionales y 40 médicos por 10,000 hab., pero con una tendencia a alcanzar los 78 profesionales y 51 médicos en el año 2015<sup>33</sup>.

Otro aspecto a considerar es la distribución sub-nacional de los recursos humanos, considerando este indicador. El análisis realizado por los países muestra una alta variación, con territorios con una muy baja densidad de personal de salud, como en el caso de Perú<sup>34</sup> y Bolivia<sup>35</sup>. De igual manera, el análisis en profundidad realizado por algunos países permite visualizar diferencias entre subsectores público y de la seguridad social<sup>36</sup>, quintiles de pobreza, etc.

---

<sup>31</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>32</sup> Bolivia no cuenta con parteras, matronas profesionales, ya que se refiere a personal con formación universitaria o de institutos técnico, excluyendo a las parteras empíricas/tradicionales o entrenadas en programas de atención comunitaria, parto domiciliario con los que sí cuenta el país. Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>.

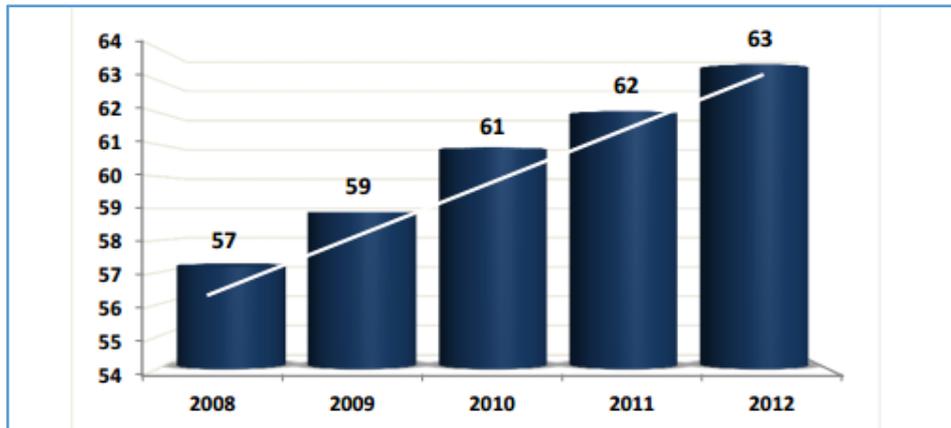
<sup>33</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>34</sup> Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

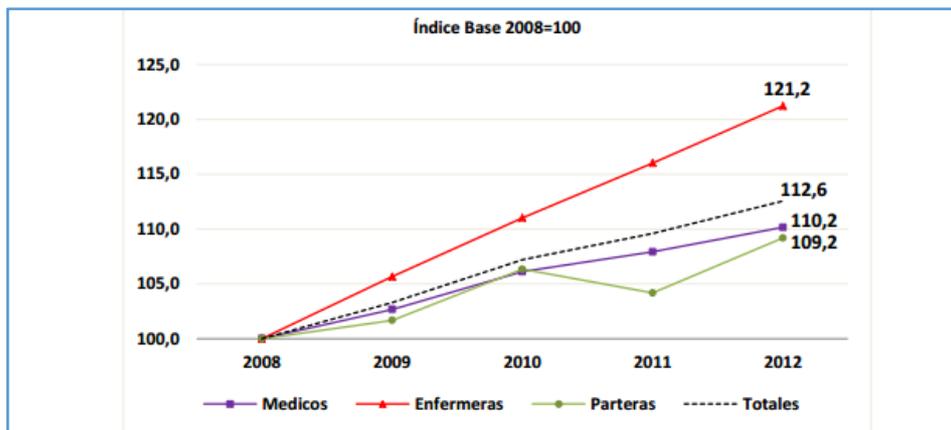
<sup>35</sup> En el caso de Bolivia, por ejemplo variando entre 10,2 profesionales por 10,000 hab. y Chuquisaca con 24, 7 profesionales (Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>)

<sup>36</sup> Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>.

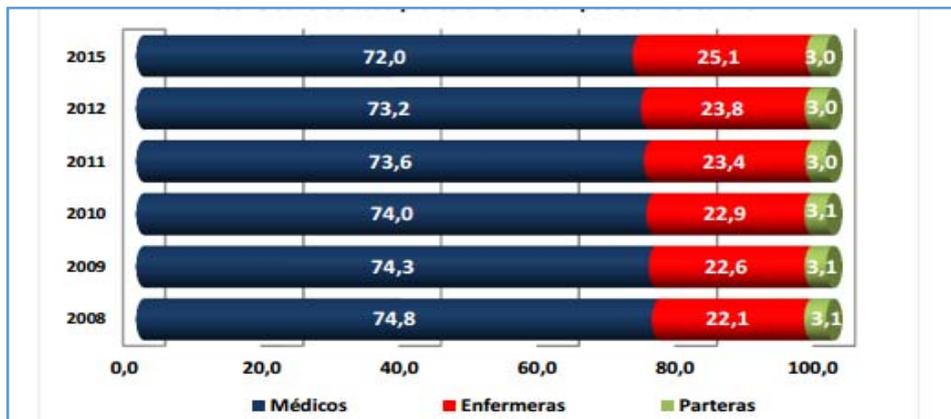
A



B



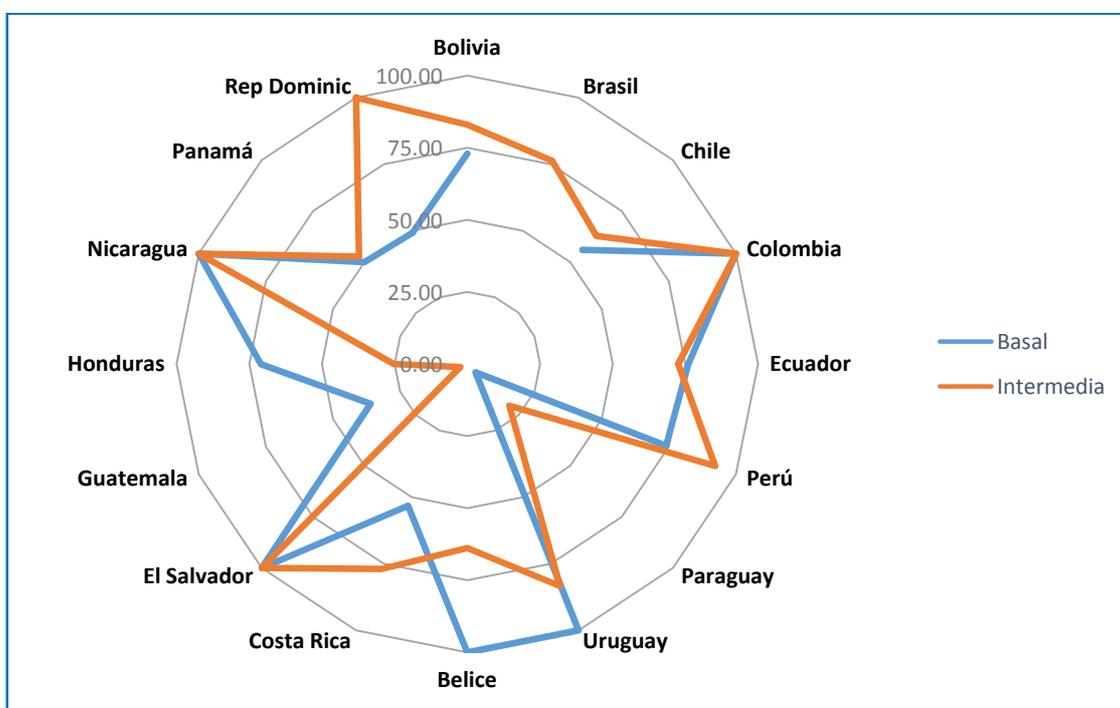
C



**Figura 14.** Evolución de la Densidad de Recursos Humanos (A), y pesos relativos de cada profesión (B y C) en Uruguay. Fuente: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015, Uruguay.

## META 2

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



**Figura 15.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 2, desagregados por país<sup>37</sup>.

La Figura 15 muestra un avance disímil en la meta 2 en la región, con avances y retrocesos, lo que se corrobora al revisar los datos de la

Tabla 2, en que se verifica que en promedio el logro en la meta a nivel regional pasa del 69,50% al 69,04% (ver página 30).

El punto de partida en la primera medición establecía un promedio de alrededor de 25% de los médicos involucrados en la APS<sup>38</sup>, lo que justificaba esta meta, al entender que la presencia del médico en el contexto de un equipo de APS tiene la capacidad de mejorar la capacidad resolutoria, contribuyendo a una atención integral y de calidad.

Es importante notar que varios países incorporaron datos en la medición de la Meta 2 considerando, de acuerdo a sus marcos regulatorios, que un médico general es un médico de atención primaria, siendo los demás especialistas<sup>39</sup>,

<sup>37</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>38</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud. Segunda Medición 2013 para los países de las Américas, Organización Panamericana de la Salud 2013.

<sup>39</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

mientras que otros consideraron por ejemplo médicos generalistas, ginecólogos, geriatras y médicos de medicina familiar y comunitaria<sup>40</sup>. Esto puede haber generado distorsión en la medición<sup>41</sup>, dificultad para realizar la comparación entre países e imprecisión en la agregación de los datos a un nivel regional.

Por otro lado, y como en el caso de otras metas, los países se concentraron en estimar este dato en el ámbito del sector público, al no contarse con la información necesaria con relación a los médicos que laboran en el sector privado, como en el caso de Chile<sup>42</sup>.

---

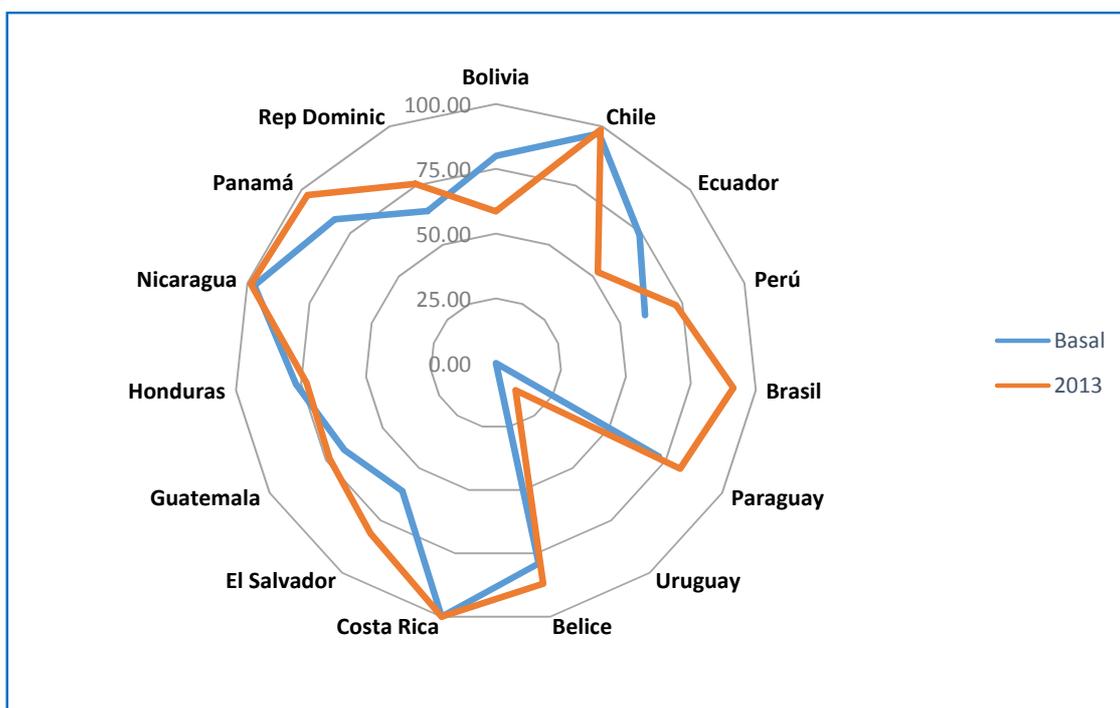
<sup>40</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>41</sup> De acuerdo al Manual de Medición: Un médico de atención primaria se refiere a una persona certificada en la profesión médica que está activamente involucrada en la entrega de servicios de atención primaria en salud en el ámbito público y/o privado, en el primer nivel de atención, en unidades sin internación, en lugares que no sean hospitales de atención aguda o de estadía prolongada. Esta definición no se refiere exclusivamente a graduados o especialistas en Atención Primaria en Salud/Salud Comunitaria.

<sup>42</sup> Chile: Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf)

### META 3

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



**Figura 16.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 3, desagregados por país<sup>43</sup>.

Se observa que el avance es igualmente menor en esta meta (3,65%) en promedio a nivel regional (

Tabla 2 en página 30).

En lo que respecta a los equipos de APS con competencias y que incluyen ACS, es indudable que la composición de estos equipos varía ampliamente. Por ejemplo el Ministerio de Salud de Belice considera formalmente como integrantes del equipo APS a un médico general, una enfermera de salud pública, una enfermera de salud rural, una enfermera registrada, un educador en salud y un agente comunitario en salud, mientras que en el mismo país el National Institute of Health de Belice distingue entre equipos de salud urbanos y

<sup>43</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

rurales<sup>44</sup>; el Ministerio de Salud de Perú incorpora en el equipo básico de Salud a un médico, una enfermera, una obstetra y un técnico<sup>45</sup>. En atención a esta situación el Manual empleado para la medición precisó que un Equipo de Atención Primaria en Salud puede tener una amplia y variada composición de profesionales y agentes comunitarios; sin embargo médicos, enfermeras y parteras representan el núcleo mínimo del equipo de APS<sup>46</sup>.

Por otra parte, es importante considerar que la presencia de un equipo mínimo de Atención Primaria en Salud, conforme se señala en la Guía Metodológica se ubica en los servicios del primer nivel<sup>47</sup>, y no necesariamente el mismo está organizado en el marco de la estrategia de la APS<sup>48</sup>. Así, en mayor o menor medida esta Meta se vincula con el esfuerzo desplegado en estos años por incrementar la cobertura de la población, empleando de manera central la estrategia de atención primaria con este propósito, y teniendo el primer nivel como prioridad..

Un curso particularmente interesante para el cumplimiento de esta Meta es el recorrido por Uruguay, en que comienza (año 2010) con la meta nacional de asignar un médico de referencia a cada usuario/a, promoviendo un vínculo estable, como paso previo al establecimiento de un equipo de salud multidisciplinar. Por otra parte, algunos países vienen desplegando estrategias de incorporación y contrato de agentes comunitarios, reclutados desde la propia comunidad, con procesos intensivos de capacitación, actividades no siempre a cargo de la Dirección de Recursos Humanos<sup>49</sup>.

---

<sup>44</sup> Community health worker, *Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012*.

<sup>45</sup> Informe de Segunda Medición de Metas, Ministerio de Salud de Perú 2013.

<sup>46</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud - Segunda Medición 2013 para los países de las Américas, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual\\_medicion\\_v2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual_medicion_v2013.pdf)

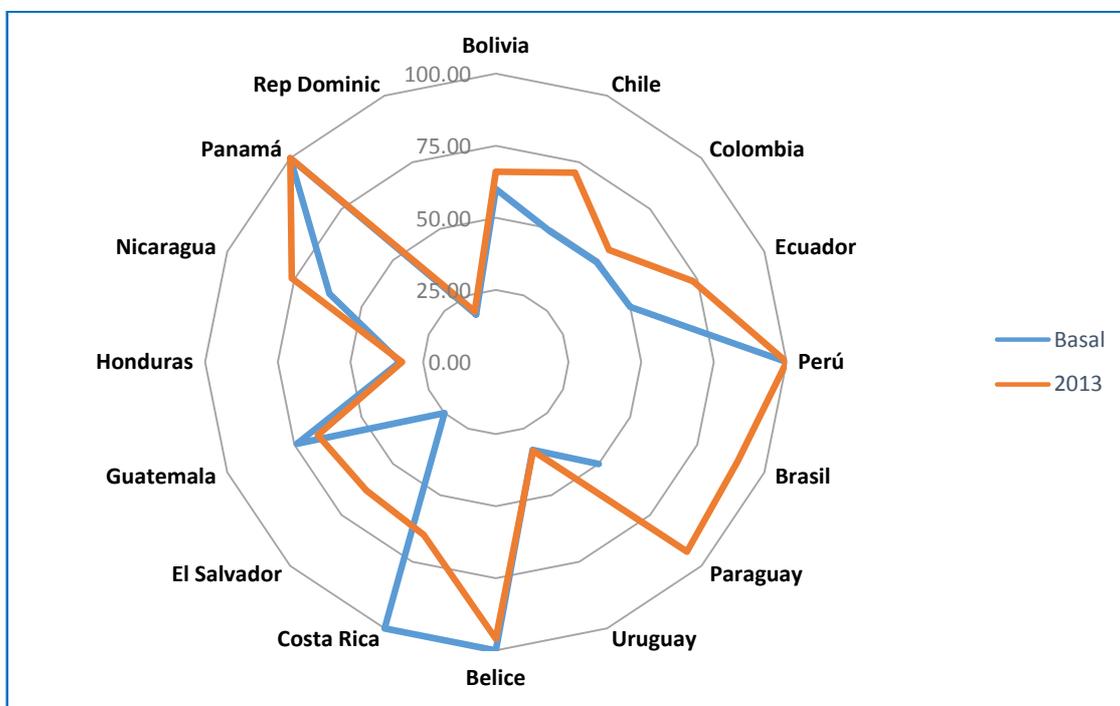
<sup>47</sup> Idem,

<sup>48</sup> Ver Colombia en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf)

<sup>49</sup> Ver por ejemplo el caso de El Salvador y el Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

## META 4

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



**Figura 17.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 4, desagregados por país<sup>50</sup>.

El ratio entre enfermeras calificadas y médicos debe ser al menos 1, según lo procurado en la Meta 4. Esta relación mejora significativamente en la mayoría de los países; en menor medida en el caso de algunos países de Centroamérica (ver Anexo en página 126), lo que podría estar atribuido, al menos en parte, a un incremento en la dotación de profesionales médicos por la incorporación importante de médicos provenientes de Cuba (nacionales y cubanos, por ejemplo), así como por una emigración de enfermeras.

Sin embargo, es evidente que esta cifra que procura enfrentar el desbalance existente en varios sistemas nacionales de salud, reconociendo el importante papel que tienen las enfermeras en el equipo de salud, está por debajo del ratio encontrado en varios países (p.e. alrededor de 0,33 en Uruguay<sup>51</sup>, o 0,5 en

<sup>50</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>51</sup> Ver Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015, disponible en Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_uru.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_uru.pdf)

Colombia<sup>52</sup>), yendo de la mano con una muy alta dotación de profesionales, especialmente médicos, en el sistema de salud, lo que conlleva a repensar esta relación en escenarios con muy alta densidad de recursos humanos, especialmente atribuidos a la presencia de profesionales médicos<sup>53</sup>.

Una dificultad a considerar en este indicador es que se mide en varios casos el número de profesionales y no el equivalente en jornadas completas, pues se desconoce en la mayoría de los casos el número de horas trabajadas en el sector privado<sup>54</sup>.

---

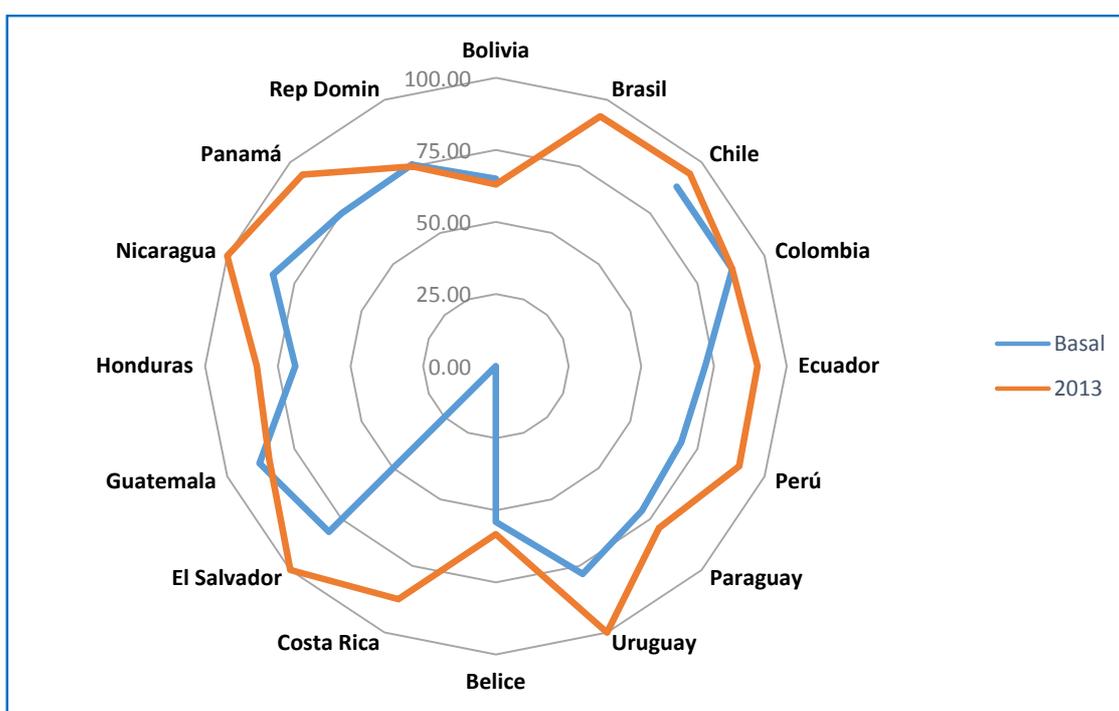
<sup>52</sup> Ver Colombia: por Colombia en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf)

<sup>53</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>54</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf)

## META 5

Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.



**Figura 18.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 5, desagregados por país<sup>55</sup>.

Los resultados presentados en la Figura 18 muestran un avance significativo en prácticamente todos los países, varios de ellos logrando casi o completamente el pleno cumplimiento de la Meta y tan solo 2 por debajo del 75% de logro. El promedio regional varía de 70,46% en la primera medición a 85,82% en la segunda medición (página 126). De hecho esta es la segunda Meta con el logro más elevado, superado tan solo por el logro referido en la Meta 12 vinculado a acuerdos y mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero, según se puede apreciar en las páginas 126 y 128.

El nivel de logro expresa por un lado la recuperación o el fortalecimiento del rol rector de los Ministerios de Salud en el sector salud, los procesos de reforma en curso en la región que encuentran en los temas de recursos humanos desafíos

<sup>55</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

de carácter crítico - estratégico, la incidencia de las instancias subregionales y regionales (incluyendo el papel central de la OPS) para posicionar la agenda de recursos humanos y la emergencia de una nueva generación de líderes nacionales que superando la agenda de los 90s, recolocan la salud pública como un eje central de su accionar, reconociendo, no sin altibajos, el abordaje estratégico que se requiere desarrollar.

Sin embargo, y viendo en profundidad la meta, la situación no es homogénea entre los países. En algunos casos, la unidad de recursos humanos está ubicada como un órgano de línea directamente vinculada a la alta dirección, p.e. en Perú<sup>56</sup>; en otros casos, es una unidad de apoyo subsumida en la Dirección Administrativa del Ministerio, como en el caso de Bolivia<sup>57</sup>, lo que tiene implicancias mayores en el carácter y capacidad estratégica de esta unidad. Adicionalmente algunas unidades presentan un alto nivel de conducción y despliegue de iniciativas, incluyendo el cierre de brechas de recursos humanos con acciones en los espacios de la formación, y la generación de esquemas de incentivos como parte de la política remunerativa.

Otro es el caso de aquellos países que reportan presentar instancias especializadas, por una parte en la conducción estratégica de los recursos humanos, y por otro lado cuentan con una unidad encargada de la administración y la agenda contingente de corto plazo<sup>58</sup>, a lo que se suma por ejemplo en el caso de El Salvador un tercer espacio, el de la Escuela de Gobierno<sup>59</sup> encargada de la producción, disseminación y aplicación de conocimiento tecnologías e información para las decisiones políticas<sup>60</sup>.

---

<sup>56</sup> Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

<sup>57</sup> Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>

<sup>58</sup> Por ejemplo en el caso de Perú, ver Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

<sup>59</sup> En el caso de El Salvador esta Escuela de Gobierno, además de las funciones arriba asignadas incorpora la responsabilidad de desarrollar y mantener las competencias de cuadros estratégicos de conducción y gestión del Ministerio de SALUD, así como la conducción de las Residencias Médicas en los nueve Hospitales Escuela en coordinación con las Universidades, principalmente con la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador.

<sup>60</sup> La Escuela de Gobierno es responsable de realizar los estudios necesarios para la identificación de áreas críticas para el desarrollo de la Reforma, así como aquellas que surjan de los estudios de la situación de salud del país, en ese sentido le corresponde apoyar el desarrollo de los posgrados en campos tales como: Salud Pública, Administración de Hospitales y Epidemiología, entre otros. Ver Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf)

Un elemento que puede medir, al menor parcialmente, el nivel de posicionamiento de esta unidad o Dirección, o al menos el abordaje estratégico, es la definición de políticas y estrategias nacionales de recursos humanos, como los existentes en Guatemala<sup>61</sup>, Chile<sup>62</sup> y Perú<sup>63</sup>, que son expresión de voluntad y respaldo político a las intervenciones. En contraposición, sin embargo, también es necesario reconocer que en la mayoría de los países, el Ministerio de Salud no interviene en la determinación los Recursos Humanos necesarios en el Sector Privado<sup>64</sup>.

---

<sup>61</sup> Como es el caso de el Plan Nacional de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, 2007-2015, ver Informe Final Guatemala - Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (Desafíos de Toronto). Informe del País [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_gua.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gua.pdf)

<sup>62</sup> En el año 2012, Chile aprueba una Política Nacional de Recursos Humanos, que abarca tanto los establecimientos asistenciales como las unidades responsables del cumplimiento de las funciones de Salud Pública (Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf))

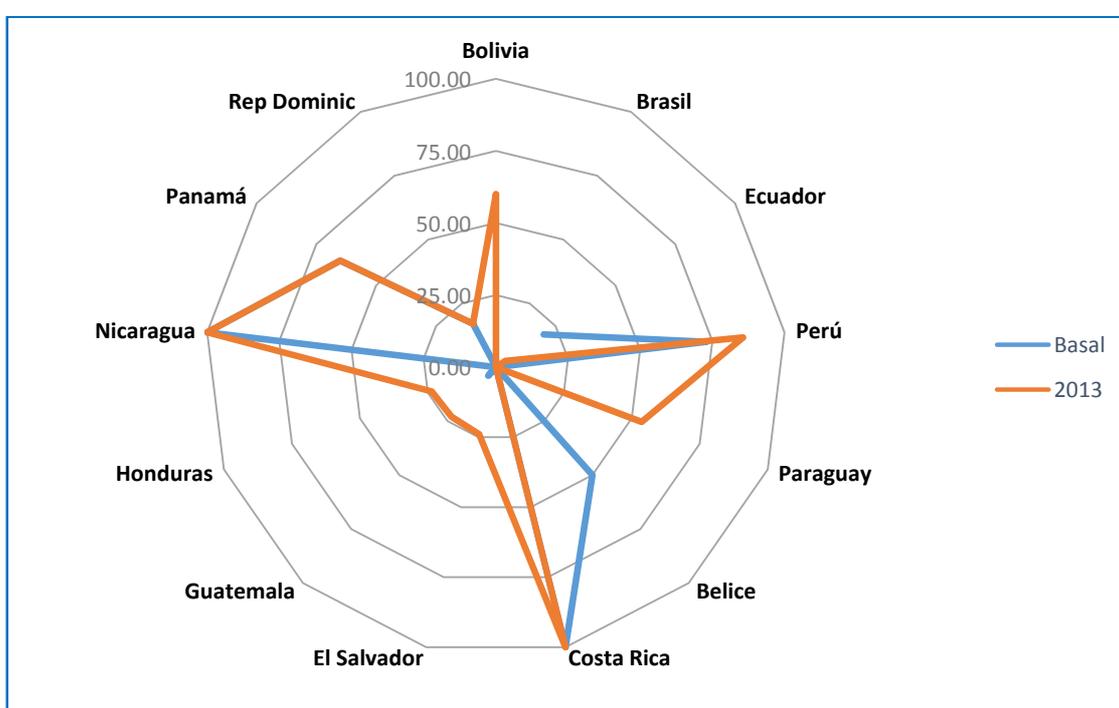
<sup>63</sup> En el año 2005, Perú aprueba los Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud (Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf).

<sup>64</sup> Como se cita por ejemplo en el caso de Chile, ver Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf))

## Desafío 2

### META 6

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



**Figura 19.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 6, desagregados por país<sup>65</sup>.

La Meta 6 plantea como objetivo el reducir a la mitad la brecha en la distribución de personal entre las áreas rurales y urbanas<sup>66</sup>. Puede observarse

<sup>65</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>66</sup> Los informes de la segunda medición reafirman el hecho que no existe una definición estandarizada o común de “urbano” y “rural” entre los países de la Región. En tal sentido se señaló que cada país proporcione su propio concepto de urbano y rural. Lo substancial es que con este concepto de lo rural o de lo urbano compare el volumen de población viviendo en cada una de estas zonas y allí determine el número de recursos humanos en salud que existe en esta jurisdicción geográfica (ver Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud - Segunda Medición 2013 para los países de las Américas, disponible en

en la Figura 19 que se ha producido un avance en términos generales muy modesto en esta Meta entre la primera y segunda medición, de 35,75% a 46,31%, respectivamente (ver

Tabla 2 en la página 30 y el Anexo 2 en la página 127). Esta perspectiva regional no deja de lado la necesidad de constatar que en algunos países ha habido avances al menos parciales, como en el caso de Bolivia y en menor medida El Salvador<sup>67</sup>, entre otros. En forma particular, pero importante, en el caso de Panamá se reporta que el avance logrado se ha asociado de manera importante a la instalación de las unidades de salud familiar<sup>68</sup>.

Sin embargo, la Figura 19 muestra que un avance insuficiente está presente en la amplia mayoría de los países, constituyéndose de esta manera la *inequidad en la distribución de los recursos humanos* en una de las principales limitaciones, sino la principal, para garantizar el derecho a la salud al conjunto de la población y en particular a aquella más pobre, como se apreciará más adelante (ver página 105).

La inequidad en salud, y particularmente la inequidad en la distribución de recursos humanos, es un obstáculo fundamental si se quiere avanzar en la cobertura universal en salud. Pero más aún, la equidad distributiva de los recursos humanos en salud se constituye en un mecanismo, conjuntamente con otros, para el desarrollo pleno del país, y en particular de las áreas rurales<sup>69</sup>. Los datos presentados llaman la atención de que no se estaría avanzando en términos regionales con la velocidad requerida, lo que obliga a una evaluación en profundidad en cada país.

Es importante hacer notar que la meta no analiza *per se* el grado de inequidad en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales, sino si en el periodo se ha logrado disminuir al menos a la mitad. De esta manera el punto de partida puede ser sumamente diferente entre los países. Así, la magnitud de

---

[http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual\\_medicion\\_v2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual_medicion_v2013.pdf)

<sup>67</sup> Ver por ejemplo el caso de Bolivia en Bolivia: Documento Técnico - Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud - Bolivia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_bol.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf); y El Salvador en Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf)

<sup>68</sup> Ver Panamá - Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_pan.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf)

<sup>69</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

esta asimetría es crítica en varios países, pudiendo llegar a un ratio de 24:1, como en Belice<sup>70</sup>.

Diversas son las estrategias diseñadas para avanzar en esta Meta, como el Programa Nacional de Salud Rural de Uruguay<sup>71</sup>, el Servicio Rural y Urbano Marginal de Perú (SERUMS) de Perú<sup>72</sup>, entre otros, que vienen dotando de profesionales de la salud a áreas sub-atendidas.

Entre las dificultades que emergen para medir esta meta con precisión, se ha de considerar que los países básicamente centraron su atención en el sector público, al no contar con información, o ser esta en algunos casos poco confiable, sobre la localización de los médicos en el sector privado. Asimismo, en algunos casos al estar el personal asignado a un determinado territorio, como es el caso de los hospitales, con sub territorios urbanos y rurales, la interpretación del resultado puede complicarse<sup>73</sup>.

---

<sup>70</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

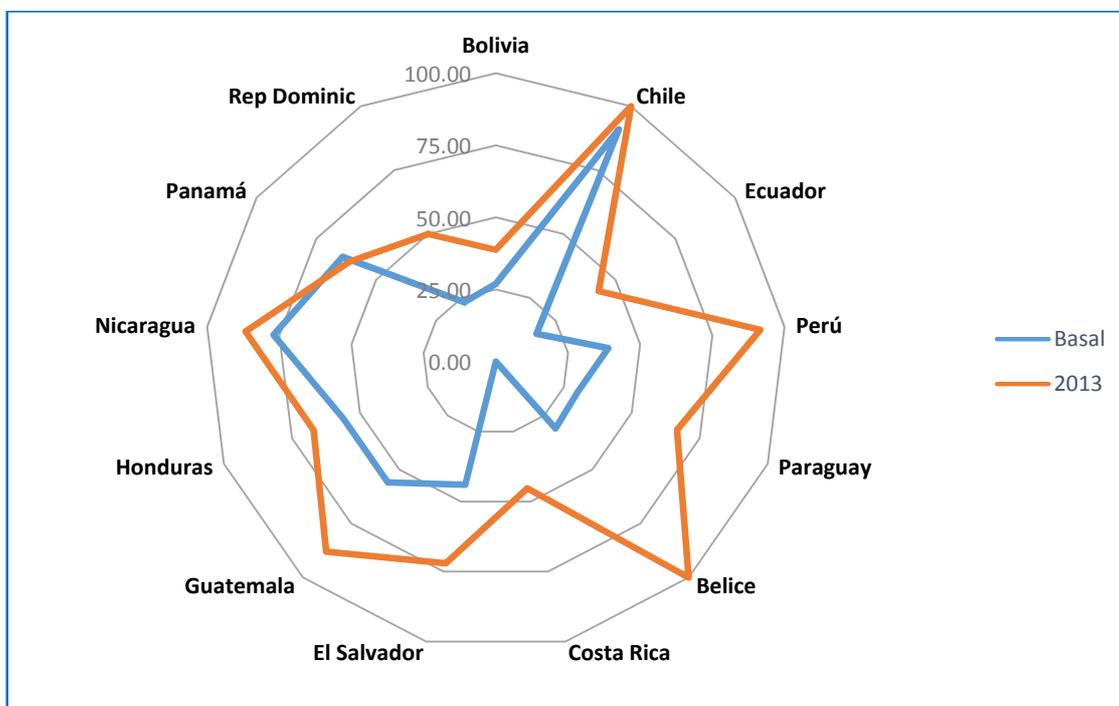
<sup>71</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>72</sup> Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015

<sup>73</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf))

## META 7

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



**Figura 20.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 7, desagregados por país<sup>74</sup>.

Como en la gran mayoría de las metas, la determinación del logro en esta meta implicó enfrentar las dificultades y limitaciones existentes en los sistemas de información en prácticamente todos los países. Sin embargo, con el fin de orientar el trabajo, el equipo de expertos que elaboró el *Manual de Medición de las Metas Regionales* formuló una propuesta inicial de competencias en salud pública e interculturalidad, permitiendo a los países el modificar y adaptar estas al contexto propio de cada país. Asimismo es importante considerar que de acuerdo a este Manual debía procederse a “Medir posibles capacidades y competencias de atención primaria de la salud de acuerdo al currículo de formación profesional, no por la evaluación del desempeño del trabajador”, aun cuando varios países señalaron como relevantes los procesos de capacitación desarrollados<sup>75</sup>.

<sup>74</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>75</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

Por otro lado, en algunos países fueron mayores las competencias en salud pública y en otros las de interculturalidad (p.e. Belice)

La forma de avanzar en el logro de la Meta ha variado ampliamente entre los países, optando algunos por procesos intensivos de capacitación en servicio, como el Curso de Desarrollo Profesional Continuo para los Equipos del Primer Nivel de Atención, organizado en Uruguay<sup>76</sup>, en otros casos con programas de alcance nacional como el programa de formación en post grado en SAFCI como en el caso de Bolivia<sup>77</sup> o el Plan Anual de Formación y Capacitación (PAFC) de El Salvador<sup>78</sup>; y por otro lado, aun cuando no excluyentemente, esfuerzos de reorientación de la enseñanza en pregrado.

---

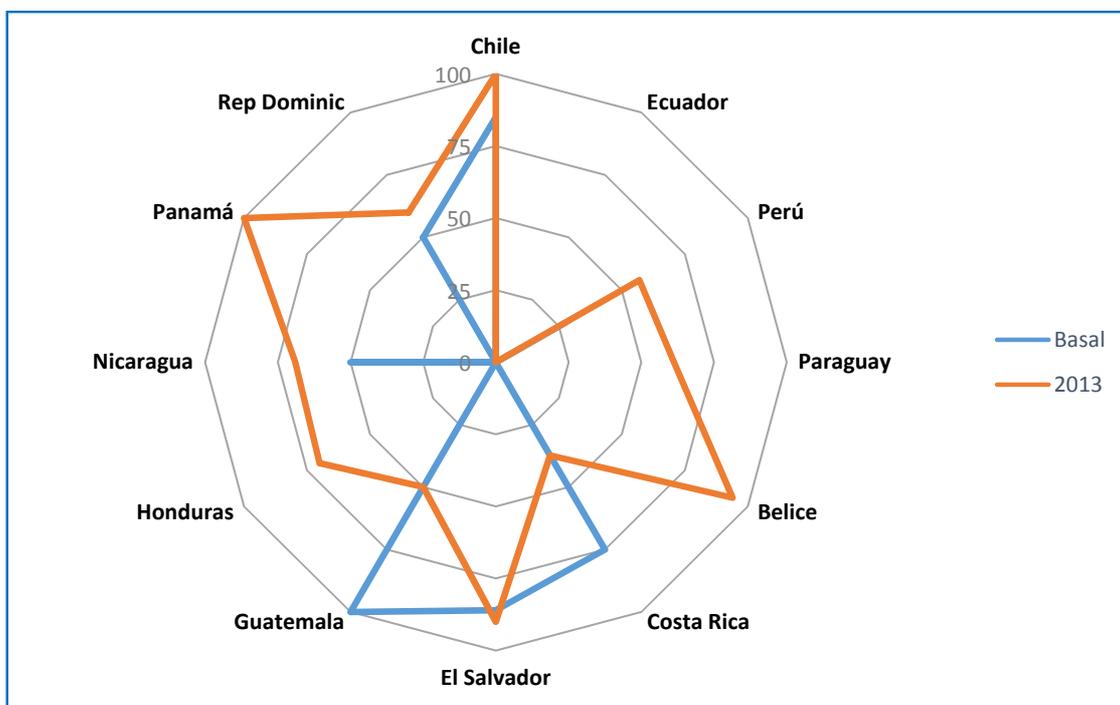
<sup>76</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>77</sup> Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>.

<sup>78</sup> Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2\\_013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2_013_els.pdf)

## META 8

Setenta por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.



**Figura 21.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 8, desagregados por país<sup>79</sup>.

El avance es irregular pero importante (26,21%) como se aprecia en esta figura y en los datos en la

Tabla 2 (ver página 30), llegando a un 65,71% de la meta trazada. La contribución de los países a estos resultados puede ser revisada en el Anexo 3.

La importancia de enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios de la comunidad está vinculada en gran medida al modelo de atención. Este personal de salud se encuentra notoriamente en el primer nivel de atención y el desarrollo de sus aptitudes y competencias es condición para implementar y desarrollar un enfoque integral en el cuidado de la salud.

Siendo los resultados irregulares en los países de la región participantes en la segunda medición, el avance encontrado puede ser explicado por varias

<sup>79</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

circunstancias. Por ejemplo, en Belice las enfermeras y obstetras son requeridas a aprobar un programa obligatorio anual de educación continua para calificar para la recertificación y licenciatura<sup>80</sup>, permitiendo una articulación de procesos de calidad.

Otra estrategia convergente con la anterior ha sido la capacitación de los recursos humanos, adaptando cada país la metodología y temática según sus propias prioridades. Así, Uruguay privilegió en los programas desarrollados en el año 2009, los temas de hipertensión, diabetes, violencia doméstica y tabaquismo en una primera etapa, y otros posteriormente<sup>81</sup>.

En varios países el Campus Virtual de Salud Pública tuvo un papel relevante al permitir extender las acciones de capacitación a un número mayor de participantes, llegando a lugares rurales y de difícil acceso.

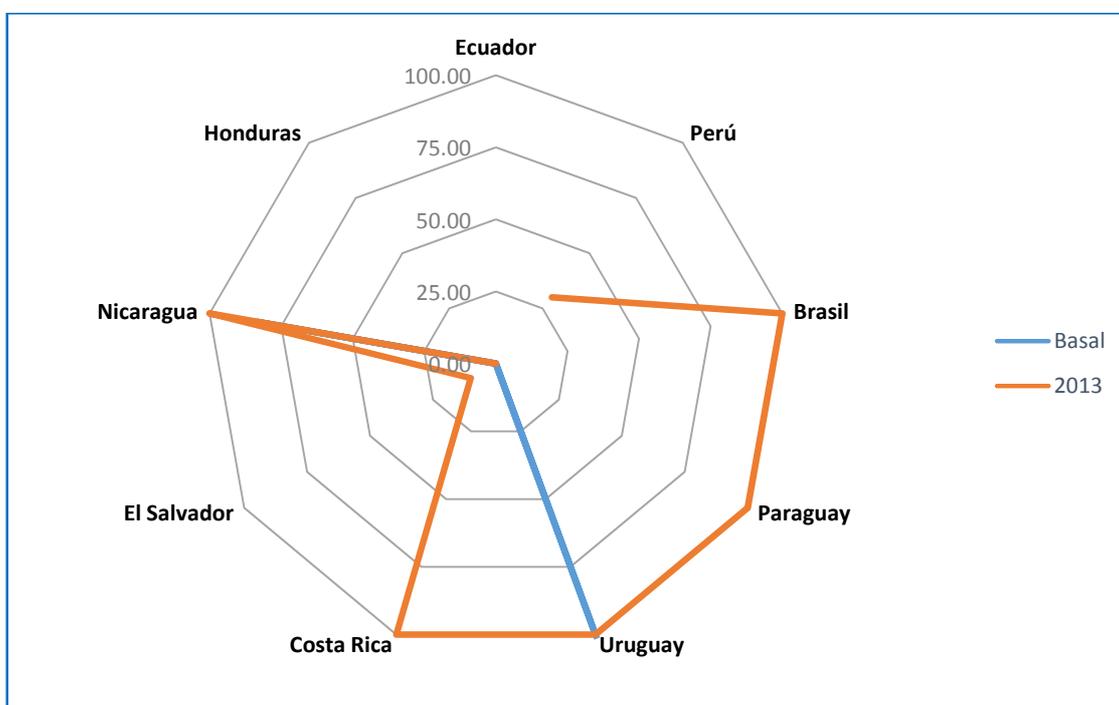
---

<sup>80</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

<sup>81</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

## META 9

El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.



**Figura 22.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 9, desagregados por país<sup>82</sup>.

Nuevamente la medición del avance en el logro de esta Meta enfrentó en la mayoría de los países la debilidad de los sistemas de información disponibles<sup>83</sup>. El objetivo tras esta meta es el poder garantizar, por un lado, una mayor capacidad de reclutamiento y retención del personal de salud, especialmente en las áreas rurales; y por otro lado el poder fortalecer el enfoque intercultural, en el cuidado de la salud.

El avance en esta meta ha sido en general modesto, salvo lo reportado por algunos pocos países (ver Figura 22). En general, los informes de los países muestran que el avance, cuando existe, se da con mayor frecuencia en el caso

<sup>82</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>83</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf)

de los agentes comunitarios de salud, los técnicos asistenciales y en menor medida en enfermeras, obstetras y médicos.

Sin menoscabo de lo anterior, existen importantes experiencias a analizar como el referido por Colombia en que instituciones prestadoras de servicios de salud indígenas (IPSI) tienen programas de selección de médicos y/o enfermeras de sus propias comunidades indígenas<sup>84</sup>. Diversos estudios han señalado que estos trabajadores con mayor probabilidad permanecerían en sus comunidades, además de presentar una mayor sensibilidad y compromiso. Más aun, los sistemas de salud encuentran en este abordaje una importante opción para vulnerar las barreras culturales.

Por otro lado, un factor que seguramente compromete el logro de esta meta es el no contar en varios de los países con sistemas de gestión que unifiquen o coordinen, regulen y desarrollen procesos estandarizados de reclutamiento y selección de recursos humanos incidiendo en el reclutamiento local desde las propias comunidades, especialmente en las áreas rurales. En la misma línea, esta meta se ve comprometida cuando no hay o existen limitadas oportunidades de desarrollo profesional<sup>85</sup>.

Un número importante de países (10 países) no reportaron resultados en la medición de esta meta, señalándose que en la mayoría de los casos no se tenía registro de esta información, y por extensión no se planificaba tomando en consideración el reclutamiento local de personal de salud.

---

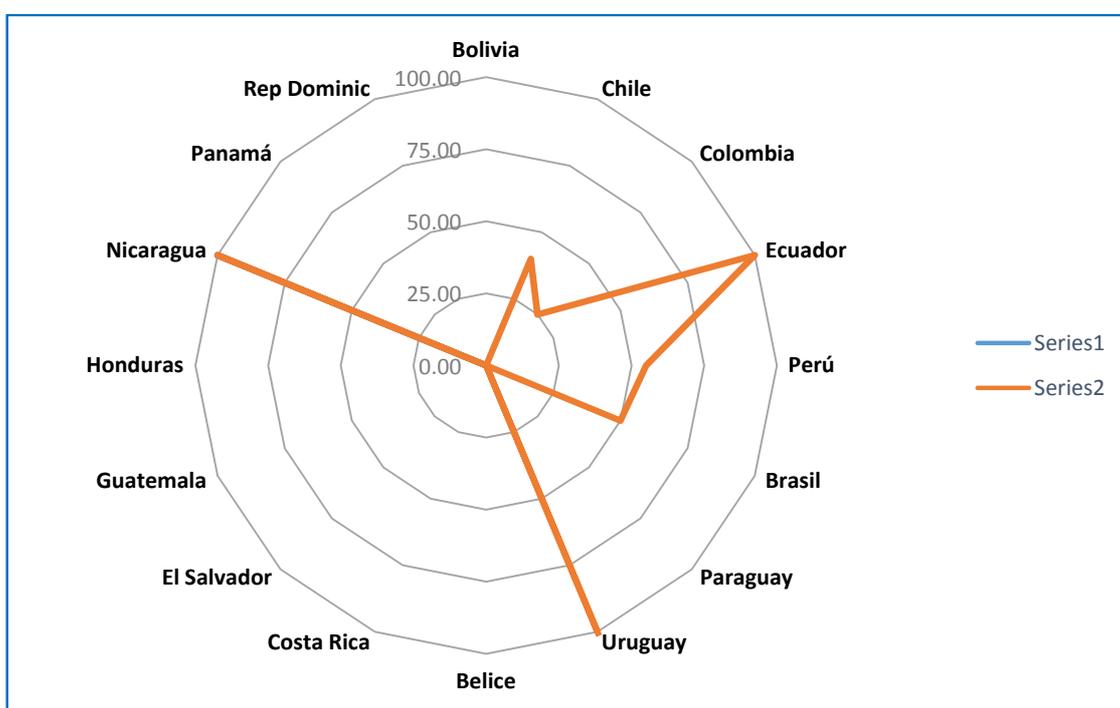
<sup>84</sup> Ver Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf)

<sup>85</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

## Desafío 3

### META 10

Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.



**Figura 23.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 10, desagregados por país<sup>86</sup>.

El avance ha sido extremadamente limitado o ausente. De hecho, la gran mayoría de países señala no haber adoptado el Código Internacional aprobado por OMS (ver Figura 23 y Anexo 3), con la excepción de lo reportado por Ecuador, Nicaragua y Uruguay; este último país ratificó en el año 2011 el *Código de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud*<sup>87</sup>.

<sup>86</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>87</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

En última instancia, esta meta considera la necesidad de una adecuada dotación de personal en áreas sub-atendidas, cautelando el legítimo derecho que tiene el personal de salud a un desarrollo personal profesional con condiciones de trabajo dignas, permanece en pie.

Un tema que requiere especial atención al analizar este tema es la aprobación en los Estados Unidos del *Patient Protection and Affordable Care Act*, conocida como el “*Obamacare*”, de implementación en el año 2014 con acciones directamente vinculadas a la cobertura universal. Este programa ha de generar una ampliación importante de la demanda del sistema de salud de los Estados Unidos de N.A. por profesionales de la salud, médicos y enfermeras en particular, que se verían impulsados a procurar mejores condiciones remunerativas y expectativas de desarrollo profesional<sup>88</sup>, pero poniendo en mayor riesgo la integridad de la fuerza laboral en países, especialmente aquellos frágiles en sus sistemas de salud. Las implicancias para el desarrollo de políticas y estrategias en recursos humanos, exceden el campo propio de la regulación de la migración, requiriendo considerar temas vinculados al reclutamiento y retención de personal de salud, las condiciones de trabajo decente, el desarrollo de habilidades compartidas (*shared skills*) y otras opciones de política pública.

Julio Gamero estudia el impacto de esta migración de profesionales de la salud<sup>89</sup>, encontrando que el costo acumulado por emigración de profesionales (medicina y enfermería) alcanzaría la cifra de 221'804,100 USD en lo correspondiente a la formación pública y 153'987,800 USD en la formación privada. Al comparar los costos anualizados de emigración de profesionales de medicina y enfermería con el nivel de exportaciones FOB 2008, encuentra que esta cifra fluctúa para la región andina entre 9,1% y 7,9% para la formación pública y privada, respectivamente. Considerando el Valor Presente Neto (VPN) la cifra encontrada representa fluctúa entre el 0,02% y el 1,02% del PBI<sup>90</sup>.

Un aspecto en este análisis es la vinculación que el tema tiene con el problema de la discriminación, como señala el Informe presentado por Chile, en que se hace referencia a la nueva ley antidiscriminación promulgada en julio de 2012 y que incluye la nacionalidad entre los motivos que se prohíbe aplicar para excluir o restringir el goce y ejercicio de derechos y libertades reconocidas por la Constitución chilena o las leyes y tratados internacionales ratificados por Chile y

---

<sup>88</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

<sup>89</sup> OPS, Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos en los países de la región andina (Lima: Organización Mundial de la Salud, 2013).

<sup>90</sup> OPS (2013). Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos en los países de la región andina.

que se encuentran vigentes<sup>91</sup>. Colombia reporta igualmente un trato igualitario a los extranjeros que desean incorporarse al sistema de salud aplicándose las mismas disposiciones legales en materia de contratación que se aplica a los colombianos<sup>92</sup>.

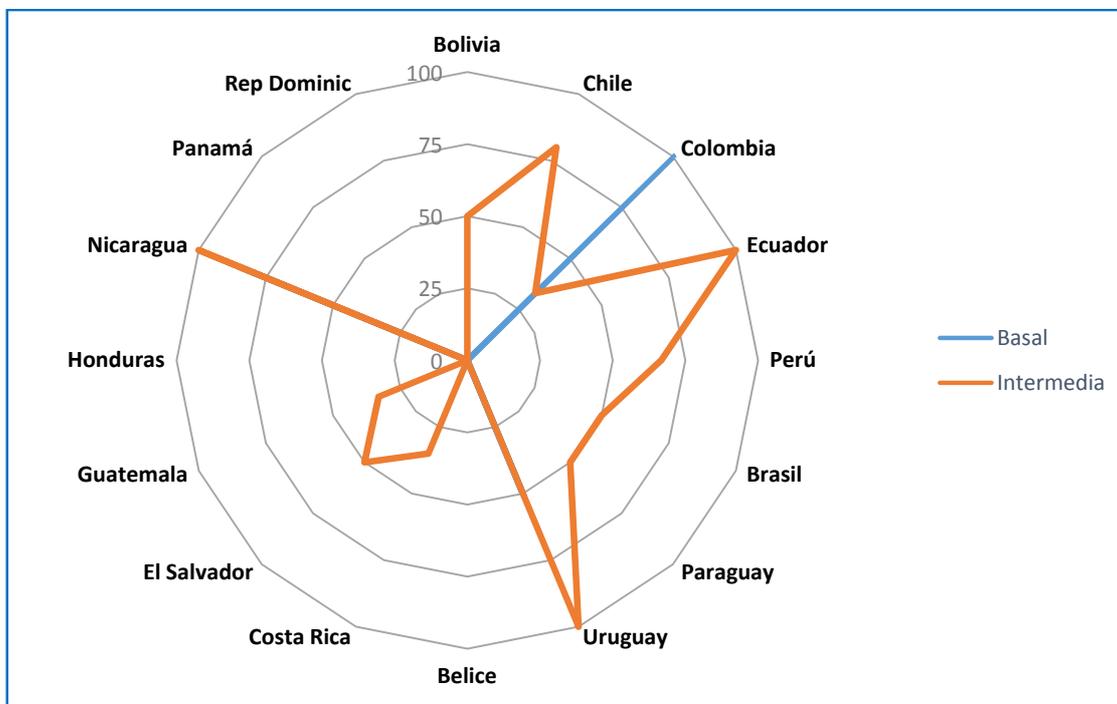
---

<sup>91</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf)

<sup>92</sup> Ver Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf)

## META 11

Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.



**Figura 24.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 11, desagregados por país<sup>93</sup>.

Como se puede observar en la Figura 24, el nivel reportado en la amplia mayoría de los países en la medición inicial basal era prácticamente 0% (ver datos específicos en Página 128), mostrándose un incremento de 21,33% en esta segunda medición.

Una política de autosuficiencia es elemento fundamental para gestionar de manera estratégica la migración de profesionales de la salud. Esto implica no únicamente responsabilidad en el país proveedor de este personal, sino también en el país receptor, que requiere generar en la producción local, la principal fuente de recursos humanos para su sistema de salud. Sin embargo, el avance en esta Meta expresa decisión política que excediendo estrictamente el tema de la migración, está vinculado más directamente con la necesidad de cerrar brecha y retener a los profesionales de la salud con la finalidad de garantizar el logro de los objetivos sanitarios, generando las consiguientes políticas, estrategias, programas e iniciativas.

<sup>93</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

Algunos países refieren una expansión de la formación de recursos humanos que podría contribuir a generar mayores niveles de autosuficiencia; sin embargo, este incremento suele ser producto de la dinámica del propio sector educativo, más que de una política estructurada del propio sector salud<sup>94</sup>.

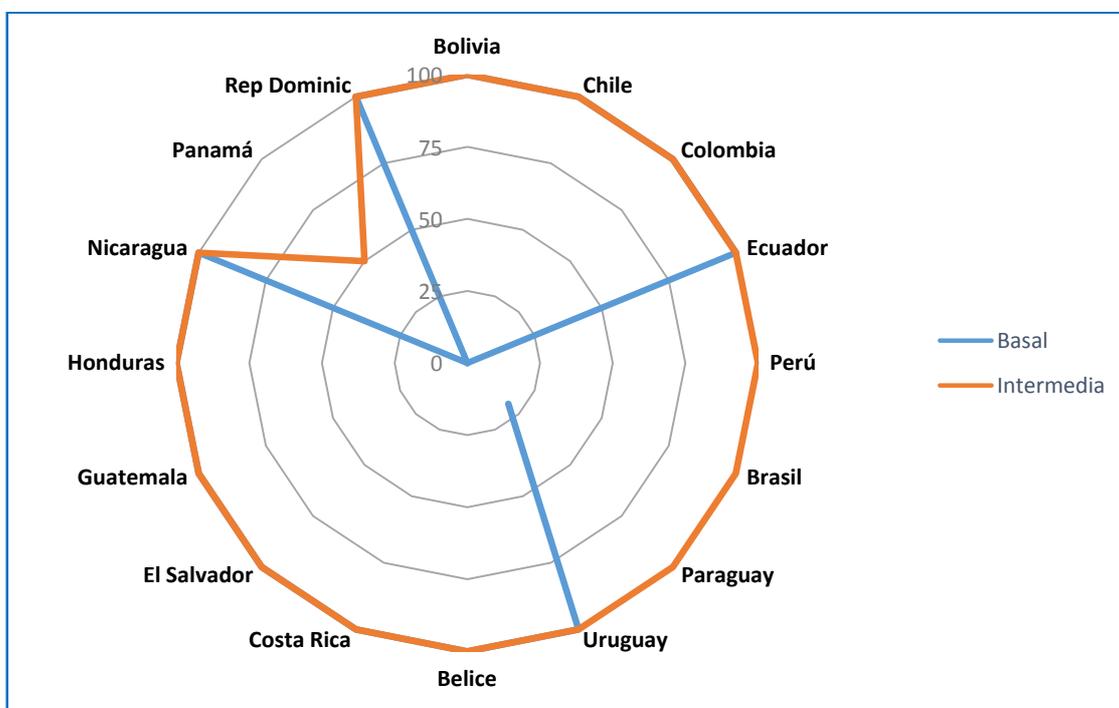
Así puede verificarse en la Figura 24 que la mayoría de los países no han logrado avanzar significativamente, expresando en gran medida las aun importantes dificultades que existen para incorporar la planificación estratégica de recursos humanos como componentes esenciales de las políticas de salud.

---

<sup>94</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf))

## META 12

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



**Figura 25.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 12, desagregados por país<sup>95</sup>.

Como se observa en la Figura 25, prácticamente todos los países declaran cumplir con esta meta, a diferencia de lo encontrado en la primera medición, lo que parece suponer en gran medida una mayor comprensión de la metodología de medición de esta meta.

Analizando el caso específico de Centroamérica y República Dominicana, por un lado Belice es miembro de la CARICOM y la CSME, que han establecido un acuerdo regional de libre circulación de los profesionales de la salud. Aquellos profesionales formados en otros países deben aprobar los exámenes regionales de la CARICOM antes de obtener la licencia, el cual al ser desarrollado en inglés se constituye en una barrera en el acceso<sup>96</sup>.

El sistema ARCU-SUR (ver página 102), permite el reconocimiento regional de los títulos bajo el supuesto de razonable equivalencia de la formación

<sup>95</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>96</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

impartida<sup>97</sup>, aun cuando el proceso efectivo aún está por desarrollarse. Actualmente integran este sistema Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia, Chile, Colombia y Venezuela.

Asimismo los países han establecido acuerdos bilaterales para el reconocimiento de títulos, como el suscrito entre Chile y Uruguay y vigente desde 1918. Uno particularmente relevante es el suscrito entre Uruguay y Portugal en el año 2007 como parte del Plan de Acción “Desarrollo profesional e inserción temporaria de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud Portugués y en el Sistema Nacional de Salud Uruguay”. Mediante este acuerdo, Uruguay se comprometió a convocar médicos uruguayos para el trabajo temporal en el Sistema de Emergencia Público de Portugal (14 médicos reclutados por 3 años), mientras que Portugal realizó la Capacitación y Certificación en Emergencia, así como en el área de trasplante hepático y renal a equipos de profesionales uruguayos del sub-sector público<sup>98</sup>. Esta experiencia, que se extendió hasta el año 2012, evidencia algunas de las posibilidades de cooperación que existen entre los países.

Este tema es analizado en profundidad por Jorge Castellanos quien encuentra un importante interés, así como un alto potencial para avanzar en la convergencia de los países en este tema<sup>99</sup>. Evidentemente el reconocimiento está directamente influenciado por los marcos legales específicos de cada país. Por ejemplo, Chile refiere la exigencia para todos los profesionales de la salud, de un examen de revalidación de los títulos obtenidos en el extranjero o convalidación en el caso de títulos obtenidos en países con convenio vigente - tratados bilaterales de reconocimiento y equivalencia de títulos (actualmente: Uruguay, Brasil, Ecuador y Colombia). El examen de revalidación consiste en una evaluación teórico práctica, realizada por la Universidad de Chile. Desde el año 2009, Chile exige la aprobación del Examen Único Nacional de Conocimientos de la Medicina (EUNACOM), para efectos de la habilitación para el ejercicio profesional en el sector público y el acceso al financiamiento estatal para la formación de especialista<sup>100</sup>.

Por otro lado, es importante reconocer la diferencia de este reconocimiento de títulos con la habilitación para el ejercicio profesional. Por ejemplo, el Convenio

---

<sup>97</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>98</sup> idem

<sup>99</sup> OPS (2013). Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos en los países de la región andina.

<sup>100</sup> Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf)).

Andrés Bello<sup>101</sup>, nominado en extenso: *Organización del Convenio Andrés Bello de integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural*, del cual forman parte Bolivia, Chile, Colombia, Cuba, Ecuador, España, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela, estando Argentina en proceso de adhesión, señala de manera explícita en su 5º artículo:

*“Los Estados miembros reconocerán los diplomas, grados o títulos que acrediten estudios académicos y profesionales expedidos por instituciones de educación superior de cada uno de ellos, a los solos efectos del ingreso a estudios de postgrado (especialización, magister y doctorado). Estos últimos no implican derecho al ejercicio profesional en el país donde se realicen.”*

De esta manera, aun cuando se reporta un importante avance y de hecho en gran medida un cumplimiento pleno de la meta, existen especificidades propias de cada país, y de los propios convenios que sustentan estos reconocimientos, que es importante considerar.

---

<sup>101</sup> Convenio Andrés Bello (1990). Tratado de la Organización del Convenio Andrés Bello de Integración Educativa, Científica, Tecnológica y Cultural.

## Desafío 4

### META 13

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

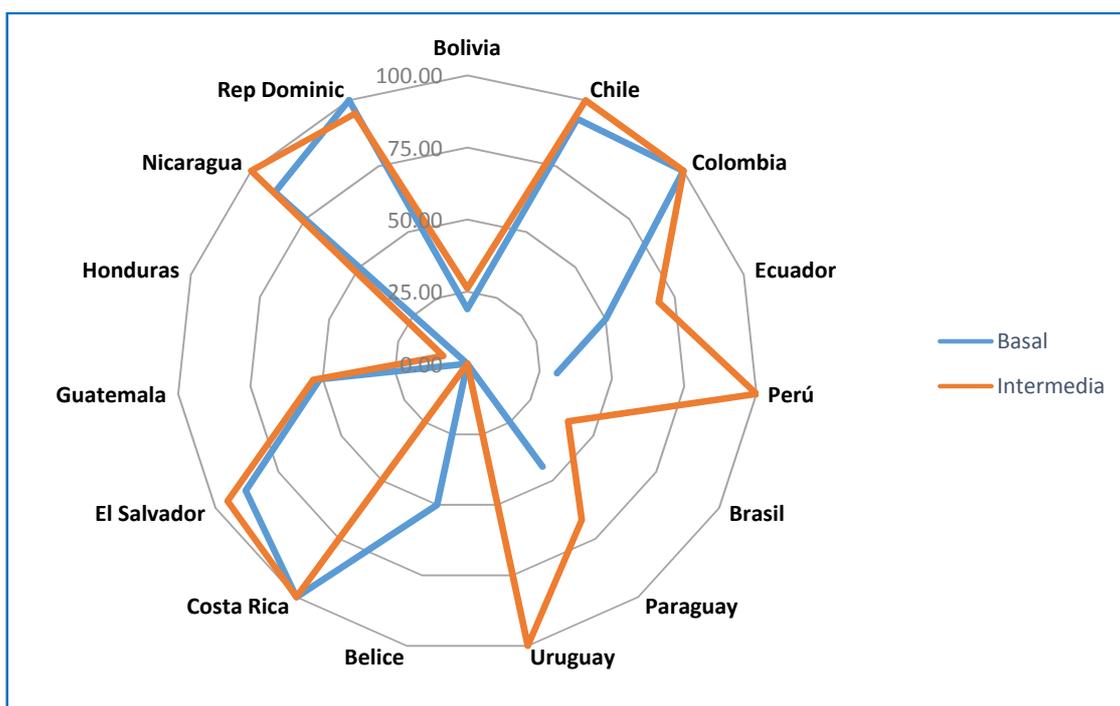


Figura 26. Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 13, desagregados por país<sup>102</sup>.

De acuerdo al Manual de Medición, se entiende como empleo precario aquel que no incluye como mínimo seguro de salud, pensiones y licencia por enfermedad/embarazo<sup>103</sup>.

La Figura 26 muestra que el avance ha sido limitado, aun cuando en algunos países significativos, y en términos regionales aún hay un importante terreno por el cual avanzar. El promedio regional ha variado entre 57,57% y 73,62%, en la primera y segunda medición (Anexo 4, página 129).

<sup>102</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>103</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2013.

Es importante señalar que la meta no determina, ni por lo tanto los resultados estiman, si existe o no empleo precario, sino si este ha sido reducido a la mitad. Así, el hecho de alcanzar el 100% de la meta expresa una reducción del 50% de este empleo precario con relación a la primera medición, lo cual siendo evidentemente importante, aún puede coexistir en algunos países con importantes franjas de la fuerza laboral que se encuentran en una condición precaria desde el punto de vista laboral.

Asimismo un elemento a considerar es que si bien la meta apunta a desprecariar el empleo, esto no es discordante con el hecho de que varios países explicitan la importancia de generar mecanismos más flexibles, no precarios, en la relación laboral, por ejemplo en situaciones en que existen serias dificultades para atender poblaciones rurales, dispersas o de difícil acceso<sup>104</sup>.

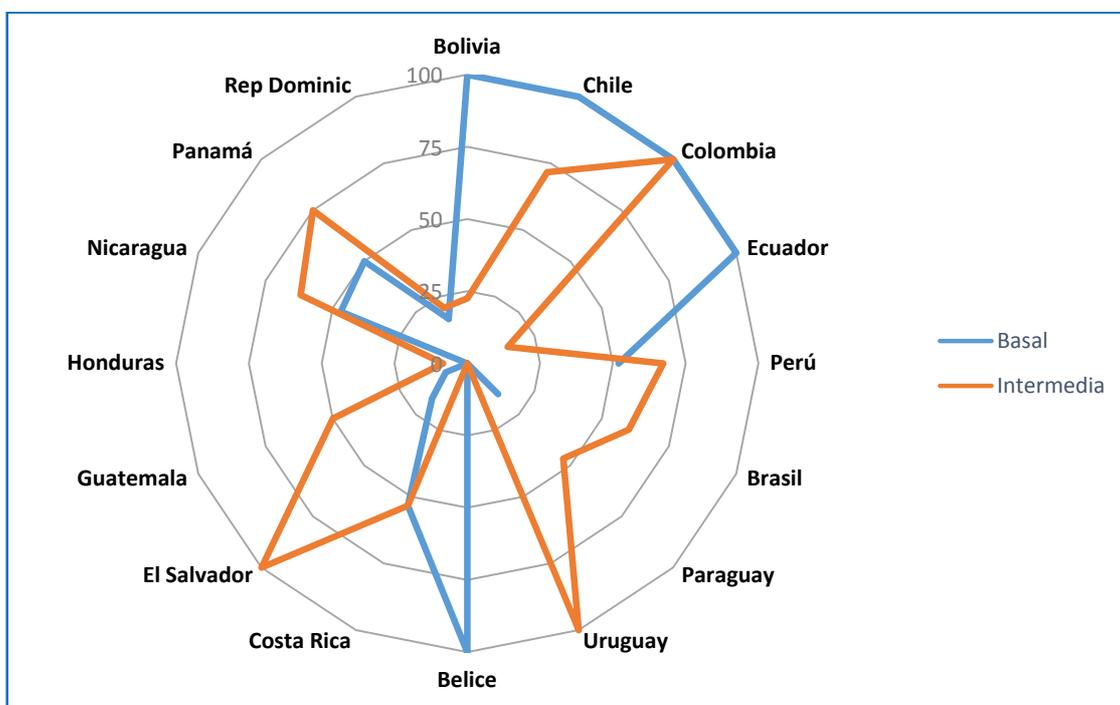
Así, en gran medida esta meta expresa la existencia de los marcos legales para cautelar los derechos y proteger al trabajador. Sin embargo, también es importante considerar que en los países existiendo estos marcos legales, la implementación de los mismos, especialmente en el sector privado, puede no ser la adecuada, o al menos desconocerse la situación por la debilidad de los sistemas de información para registrar datos, incluyendo aquellos referidos a subempleo y pluri-empleo. En esta línea, es necesario considerar como debilidad para una visión sistémica en el tema, el que la amplia mayoría de los países reporta no contar con información sobre la situación de precariedad laboral en el sector privado.

---

<sup>104</sup> OPS (2013), Resolución CD52.R13, Recursos humanos para la salud: aumentar el Acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. 52.º Consejo Directivo - Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

## META 14

Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.



**Figura 27.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 14, desagregados por país<sup>105</sup>.

El Manual de Medición establece como definición operativa de Políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud aquellas que incluyen medidas proporcionadas para asegurar la calidad y seguridad del lugar de trabajo de los servicios de la salud, tales como: equipo actualizado y reparado, entornos limpios, áreas estructuralmente seguras, la provisión de entrenamiento de seguridad, cobertura de seguro de salud y la provisión de servicios de la salud<sup>106</sup>.

Los trabajadores, pero en particular aquellos de salud, se encuentran en su gran mayoría en posiciones vulnerables que los exponen a diversos daños y que comprometen su integridad. Ante esto, los datos mostrados apuntan a que el desarrollo ha sido desigual en la región, como se aprecia en la Figura 27. De

<sup>105</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>106</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2013

hecho el promedio de avance a nivel de los países de la región que participaron en ambas mediciones ha sido prácticamente mínimo (ver

Tabla 2 - página 30 y Anexo 4 - página 126), constituyéndose en la meta que mostró de manera general un menor avance (2,24%, ver Tabla 2) entre las 20 metas medidas; más aún en la amplia mayoría de los casos aún insuficiente, inclusive en términos formales.

En algunos casos se encuentra un importante avance, como en El Salvador en que se describe que se ha conformado y acreditado por el Ministerio de Trabajo 190 Comités de Salud y Seguridad Ocupacional en establecimientos del MINSAL con el despliegue a la vez de acciones de monitoreo del cumplimiento de las normas al respecto<sup>107</sup>.

En la misma línea, otros países reportan esfuerzos iniciales, pero que aún no logran concretarse en un marco jurídico que permita la implementación de políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud<sup>108</sup>.

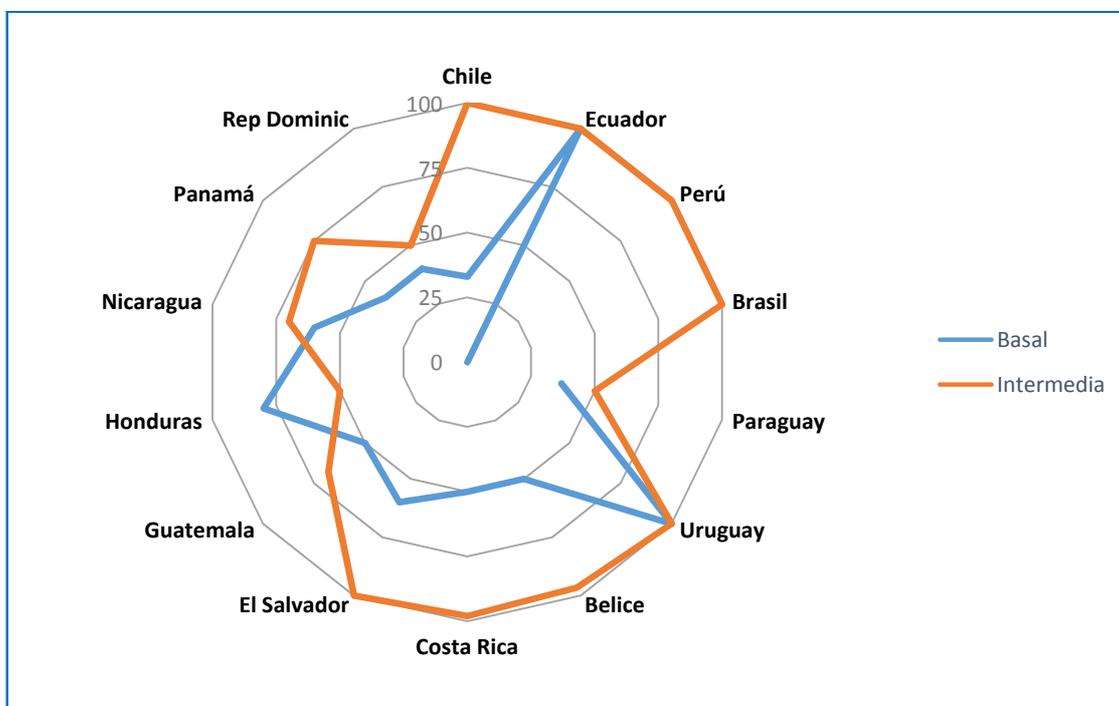
---

<sup>107</sup> Ver Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2\\_013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2_013_els.pdf)

<sup>108</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

## META 15

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



**Figura 28.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 15, desagregados por país<sup>109</sup>.

El cumplimiento de la Meta es evaluado a través de dos criterios: la existencia de requerimientos de certificación en gerencia para quienes dirigen servicios y programas de salud, y el que el Estado tenga programas permanentes de capacitación en gerencia para el personal directivo<sup>110</sup>.

En términos generales se muestra un avance (27,51%) en esta meta, aun cuando en diversos grados según los países y el punto de partida, como se desprende de los datos mostrados en la

Tabla 2 – página 30 y en el Anexo 4 – página 129.

Es importante resaltar el esfuerzo que los países vienen desplegando a través de programas nacionales para fortalecer las competencias en gestión y salud pública, en un trabajo coordinado con las universidades, y alineadas

<sup>109</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>110</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2013.

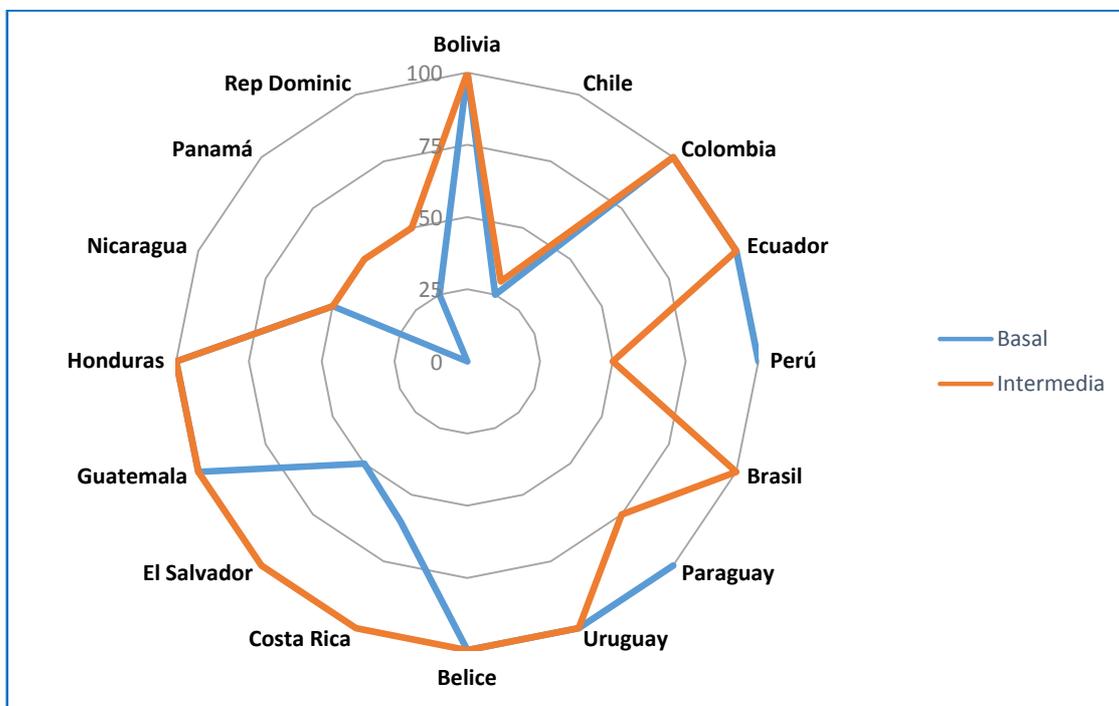
fundamentalmente a un proceso de fortalecimiento de la capacidad de conducción del Ministerio de Salud y las instancias descentralizadas<sup>111</sup>

---

<sup>111</sup> Ver por ejemplo los Informes de El Salvador en Ministerio de Salud de El Salvador - Informe de Labores 2012 – 2013 (Capítulo 6), disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_de\\_labores\\_2012\\_2013\\_els.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_de_labores_2012_2013_els.pdf); y Perú en Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

## META 16

El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.



**Figura 29.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 16, desagregados por país<sup>112</sup>.

Estudios previos han descrito un alto nivel de conflictividad en la región. Esta meta explora en qué medida los países están instrumentados con un marco legal que preserve la provisión de servicios de salud a la comunidad, en particular aquellos considerados esenciales. Los resultados de esta medición dan cuenta que en la mayoría de los países este marco legal está estructurado, no sin algunos países que requieren aun avanzar más, existiendo países que habrían alcanzado esta meta desde la primera medición.

La naturaleza de este marco legal es diversa, desde las *Essential Services Act y Settlement of Disputes Act* de Belice<sup>113</sup> o la Constitución de la República como en el caso de Uruguay<sup>114</sup>.

<sup>112</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>113</sup> Status Report on Indicators, 20 goals for a decade in HRH, Belize 2012.

<sup>114</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

Los países han diseñado diversos mecanismos e instancias de negociación; por ejemplo, en Uruguay se cuenta con tres niveles de participación: El Consejo Superior de Negociación Colectiva del Sector Público, las mesas de negociación por rama o sector y las mesas por organismo o inciso<sup>115</sup>.

Sin embargo es necesario considerar que el resultado en la meta se basa en dos aspectos<sup>116</sup>:

- a. ¿En el país existe legislación que penalice la suspensión de actividades del personal de salud en los servicios esenciales de salud?
- b. En el país existen mecanismos formales de negociación para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de conflictos laborales

En tal sentido, la existencia de este marco normativo, aun cuando instrumenta a los gestores con una herramienta para cautelar los servicios esenciales, no necesariamente va de la mano con la aplicación del mismo. Por otra parte, la gestión del conflicto en varios casos involucra de manera importante a los Ministerios de Trabajo o equivalentes, como en el caso de Panamá<sup>117</sup>.

---

<sup>115</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

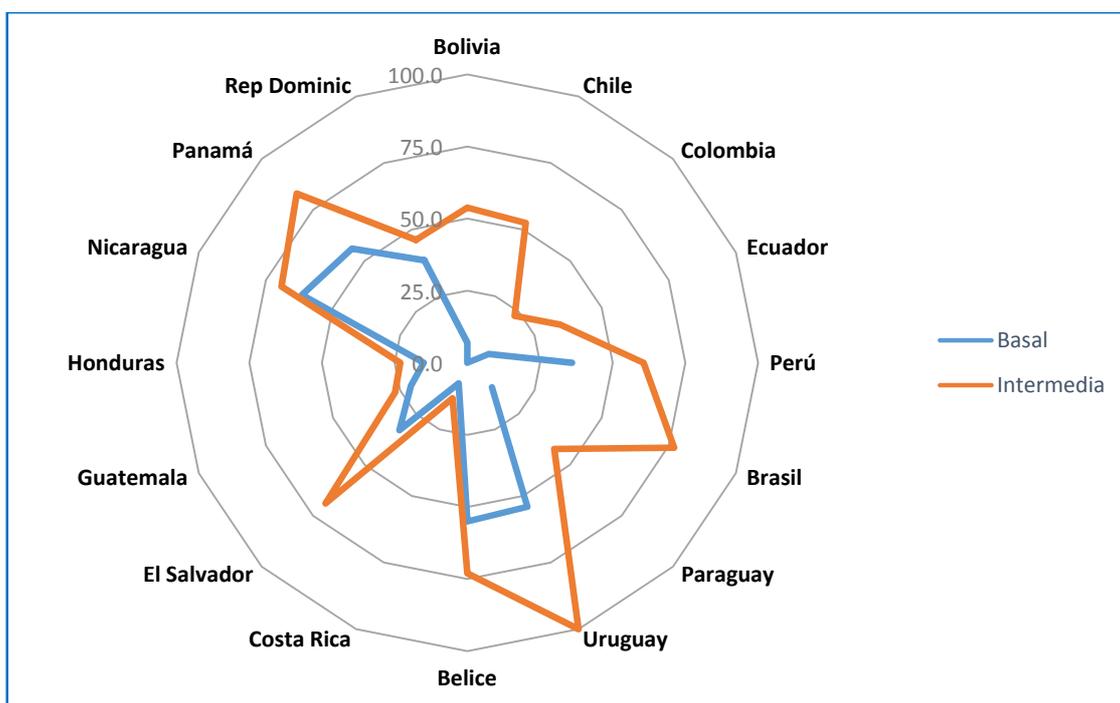
<sup>116</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud - Segunda Medición 2013 para los países de las Américas, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual\\_medicion\\_v2013.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/manual_medicion_v2013.pdf)

<sup>117</sup> Panamá - Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_pan.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf)

## Desafío 5

### META 17

El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.



**Figura 30.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 17, desagregados por país<sup>118</sup>.

La meta llama la atención sobre la importancia de integrar, en primer lugar, la APS y la pertinencia social en la formación de los profesionales de la salud y en la formación interprofesional, como estrategia formativa que incorpore tempranamente, desde la universidad, el concepto y la práctica de un equipo multidisciplinario. Como se aprecia en la Figura 30, los países reportan avances en este terreno, aun cuando aún muy limitados; de hecho, los logros en la primera (24,94%) y segunda medición (49,10%) están entre los más bajos de las 20 metas medidas, como se aprecia en el Anexo 5 (página 130).

<sup>118</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

En general, los países reportan un énfasis mayor en la formación con enfoque familiar y comunitario en las carreras de enfermería y obstetricia, y en menor medida medicina, en donde está más presente el enfoque biólogo – hospitalario.

Por otro lado, el análisis de los informes revela que cuando se revisa los criterios para evaluar el logro en esta meta, tiende a existir avances en la formación inter-profesional<sup>119</sup>, pero no en el ítem correspondiente al soporte financiero de estas experiencias, conforme lo prescrito en el Manual<sup>120</sup>.

Por otra parte, es importante destacar la existencia de espacios de diálogo y coordinación entre los actores, incluyendo las instituciones formadoras, como es el caso de Bolivia<sup>121</sup>, Guatemala<sup>122</sup> y Perú<sup>123</sup>, con diversos grados de empoderamiento.

La experiencia que viene desarrollando Uruguay es particularmente relevante: el nuevo Plan de Estudios de la Carrera de doctor en Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR) privilegia la formación de un médico con la capacidad de promoción, prevención y cuidado integral de la salud. La carrera se organiza en tres etapas, las dos primeras de tres años cada una y la tercera de un año. El primer trienio establece las Bases de la Medicina Comunitaria. El segundo trienio se identifica con la Medicina General Integral en perspectiva de la persona enferma para su restitución a la sociedad. La tercera y última etapa de un año corresponde al internado, en que se procura consolidar los rasgos del ejercicio pre profesional supervisado”. Más aún, se creó una titulación intermedia que otorga a los 4 años de la carrera el título de Técnico en Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades<sup>124</sup>. Esto se constituye en

---

<sup>119</sup> En el caso de Chile, por ejemplo, se concreta a través del desarrollo de campos de formación comunes en Centros de APS, ver Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf).

<sup>120</sup> Manual de Medición de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2013.

<sup>121</sup> En Bolivia existe el *Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación* (CNIDAI) – ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>.

<sup>122</sup> En Guatemala se ha constituido el Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas entre el Sector Académico y de Salud, habiendo adoptado acuerdos sobre acciones e intervenciones críticas vinculadas a la calidad, aceptabilidad y disponibilidad del personal de salud, ver Informe Final Guatemala - Segunda Medición de Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud (Desafíos de Toronto). Informe del País [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_gu\\_a.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_gu_a.pdf)

<sup>123</sup> El Comité de Pregrado en Salud, ver Informe Perú: Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 – 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

<sup>124</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

un esfuerzo de la mayor importancia para la región, que no está exento de desafíos, pero que apunta a empatar el rol de la universidad con una visión integral de la salud, pertinente a su entorno social.

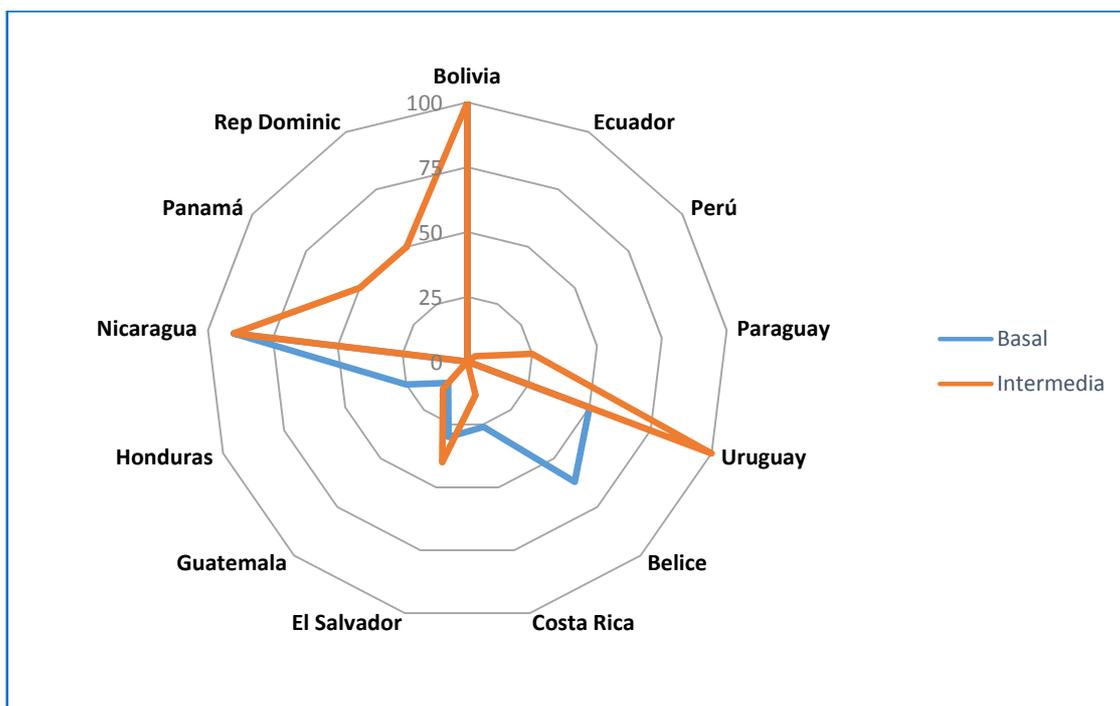
Se recoge además de los informes importantes esfuerzos que se vienen desplegando en los países por establecer programas para desarrollar la salud y la medicina familiar en el sistema de salud, así como expandir consecuentemente la formación de médicos especialistas en medicina familiar<sup>125</sup>.

---

<sup>125</sup> Ver por ejemplo los informes de Bolivia: Documento Técnico - Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_bol.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_bol.pdf); Colombia en Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf); y Perú en Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos para la Salud. Perú 2007 - 2015, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_per.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_per.pdf)

## META 18

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



**Figura 31.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 18, desagregados por país<sup>126</sup>.

El logro de esta meta está estrechamente vinculada al marco legal que existe en cada país al respecto. Como se aprecia en la Figura 31, el logro a nivel regional es muy bajo, salvo excepciones puntuales. En algunos países existen estrategias o programas de reclutamiento orientados a atraer deportistas calificados o de alto rendimiento académico, pero muy pocos países indicaron la existencia de programas específicos conducentes a la atracción de estudiantes de poblaciones sub-atendidas. Una variante de avance en el logro de esta Meta es aquella vinculada a la existencia de programas de becas, generalmente a cargo del Estado o la propia universidad<sup>127</sup>, que se orientan con criterios económicos o geográficos, y cuya naturaleza y fortaleza varía entre los diferentes países.

<sup>126</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

<sup>127</sup> Ver Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>

Esta meta está conceptualmente vinculada a la Meta 8 (ver página 77), referida al reclutamiento de personal de salud, en los entornos de atención primaria, de las propias comunidades con la finalidad de garantizar, o al menos promover, una mayor capacidad de reclutamiento y retención del personal de salud, especialmente en las áreas rurales; y por otro lado el poder fortalecer el enfoque intercultural, en la atención de salud. Así, los bajos resultados en las Metas 9 y 18 son consistentes con que el enfoque del reclutamiento local está en gran medida ausente tanto en la formación como en los sistemas de salud.

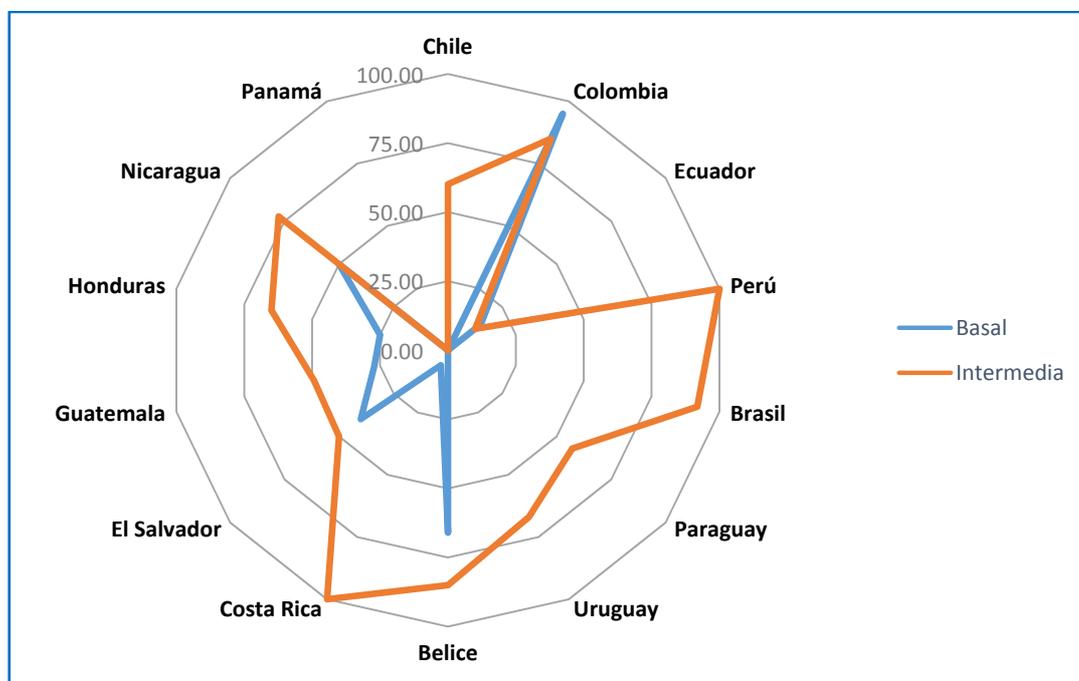
En varios casos no fue posible realizar la medición del avance en la meta, por falta de información, muestras no representativas o una interpretación de las instituciones formadoras disímil con respecto al indicador, lo que restaba confianza en el resultado<sup>128</sup>.

---

<sup>128</sup> Ver por ejemplo Informe 2ª medición metas regionales de recursos humanos en salud de la OPS – Plan 2006-2015 Chile, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_chi.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_chi.pdf))

## META 19

Porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.



**Figura 32.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 19, desagregados por país<sup>129</sup>.

Los países muestran un logro intermedio y desigual en esta meta, la cual está vinculada en gran medida con las características de los sistemas educativos universitarios en cada país, y en particular con la presencia de la universidad privada, en varios casos con tasas educativas elevadas, con los programas de becas existentes en cada país, la duración de los estudios, y con la calidad de los procesos educativos existentes.

Vinculado a lo anteriormente señalado se muestra un escenario en la región lo que obliga a un análisis en profundidad en cada país, procurando identificar y profundizar en los factores, magnitud e impacto que la deserción tiene, especialmente de la generación de la fuerza laboral que el sistema de salud requiere.

<sup>129</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

Una consideración importante que emerge de los Informes país es que en al menos algunos casos, puede encontrarse notables diferencias si se analizan separadamente a las universidades públicas de aquellas privadas<sup>130</sup>.

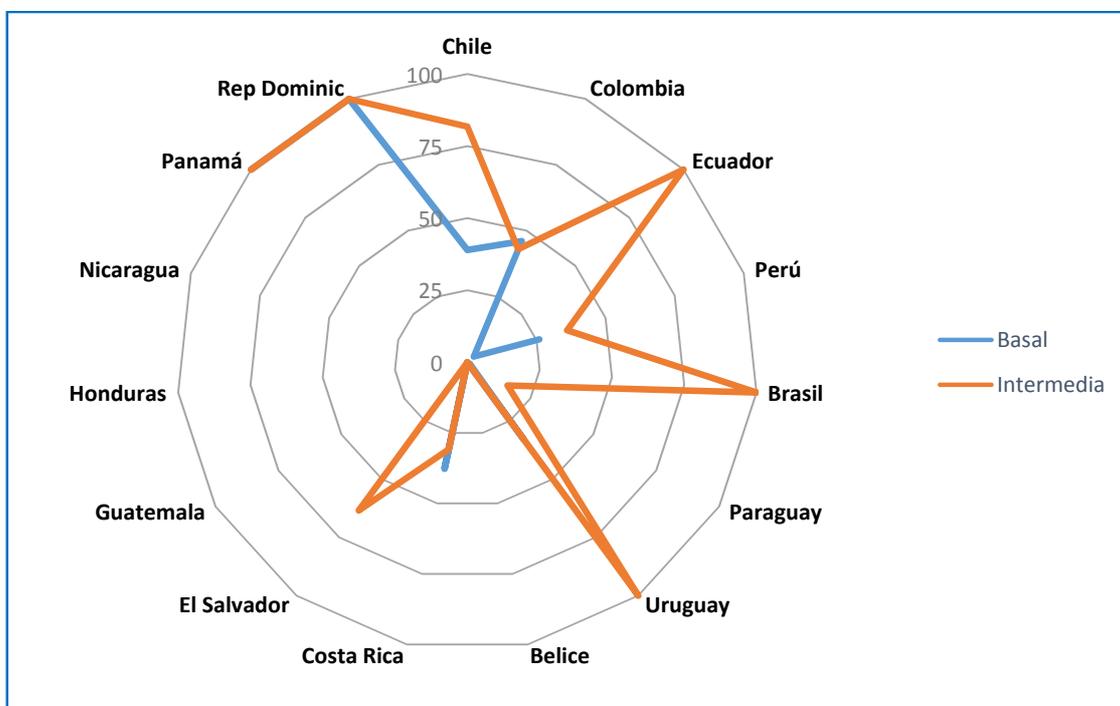
Finalmente, es necesario considerar, que en varios casos el dato estuvo ausente registrándose como “SD”, al no contar con sistemas de información que recopilen este dato.

---

<sup>130</sup> Como por ejemplo en el caso de Panamá, ver Panamá - Síntesis del proceso de la II Medición de las Metas Regionales Recursos Humanos de Salud, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe\\_metas\\_2013\\_pan.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/informe_metas_2013_pan.pdf)

## META 20

El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.



**Figura 33.** Resultados de la Primera y Segunda Medición en la Meta 20, desagregados por país<sup>131</sup>.

Esta meta está directamente vinculada a la calidad de las instituciones formadoras de profesionales de la salud. El resultado que encontramos en la Figura 33 es disímil, mostrando que aún existe un largo trabajo pendiente en este campo. En varios países, no existe un marco legal y por consiguiente estructuras institucionales encargadas de acreditar a las universidades, aun cuando varias de ellas hacen notar que se encuentra en curso la estructuración del marco legal correspondiente.

Una experiencia importante de abordaje subregional del tema es el Sistema de Acreditación Regional de Carreras Universitarias para el MERCOSUR (ARCUSUR), un sistema de acreditación de la calidad de la formación de nivel universitario que está orientado a obtener una mejora permanente en la formación de las personas, siguiendo patrones de calidad requeridos para la promoción del desarrollo económico, social, político y cultural de la zona del MERCOSUR. Este sistema tiene como antecesor al Mecanismo Experimental de

<sup>131</sup> Se excluye a los países que no registraron segunda medición.

Acreditación (MECA), en el que ya participaron Argentina, Brasil, Paraguay, Uruguay, Bolivia y Chile. En él se acreditaron 62 carreras: 19 de Agronomía, 29 de Ingeniería y 14 de Medicina<sup>132</sup>. Las bases orientadoras para la constitución del Sistema ARCU-SUR fueron definidas en el *“Memorándum de entendimiento para la creación e implementación de un sistema de acreditación de carreras universitarias, para el reconocimiento de las respectivas titulaciones, en el MERCOSUR y estados asociados”*, que fue aprobado en la XXXIII Reunión de Ministros de Educación, realizada el 9 de Noviembre de 2007 en Montevideo, Uruguay<sup>133</sup>.

Por otra parte, algunos países, especialmente con una importante tradición en este tema, exigen al 100% de las instituciones que ofrecen programas de formación cumplan con las condiciones de calidad establecidas, existiendo para el efecto una entidad acreditadora<sup>134</sup>.

---

<sup>132</sup> Informe Uruguay: Los desafíos de Toronto Medición de las Metas Regionales de recursos humanos para la salud 2007 – 2015.

<sup>133</sup> ARCU-SUR, <http://arcusul.mec.gov.br/index.php/es/historia-es>

<sup>134</sup> Por ejemplo el caso de Colombia, ver Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud 2013, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud - Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, disponible en [http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda\\_medicion\\_metas\\_col.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf)

## **VI. EL PROCESO DE MEDICIÓN COMO EJERCICIO DE RECTORÍA Y CONSTRUCCIÓN DE CAPACIDADES**

## La medición en un contexto de Reforma

Los recursos humanos son parte esencial de los sistemas de salud, juegan un rol protagónico y en gran medida determinan los resultados que estos sistemas alcanzan. Sin embargo, a su vez, los determinantes de los resultados en la agenda de recursos humanos se encuentran en gran medida por fuera del campo de los recursos humanos.

En este sentido, un primer punto a considerar es que este Informe da cuenta a través de los resultados (por ejemplo Meta 1) de una creciente, aun cuando en algunos casos insuficientes, recuperación del papel rector del Estado. Vinculado a esto, una consideración a analizar con mayor profundidad, es que la primera medición estuvo en gran medida impregnada de la necesidad de sostener la estrategia de atención primaria, y esta segunda medición se da en un contexto en que además se reafirma con vigor a la cobertura universal como estrategia, con la finalidad de garantizar plenamente el derecho a la salud para todos los ciudadanos.

La pregunta de ayer que podría haberse planteado: ¿Es posible una reforma en la gestión y el desarrollo de los recursos humanos orientada hacia la APS sin una reforma en salud? Deja de tener sentido, para invertirse: ¿Es posible una reforma en salud hacia la APS, sin reforma en la gestión y el desarrollo de los recursos humanos?, en la medida en que en la amplia mayoría de los países los procesos de reforma avanzan con decisión, y más bien los datos encontrados en esta segunda medición apuntan a que no siempre los procesos de cambio en el campo de los recursos humanos siguen el mismo paso, comprometiendo el éxito del conjunto de los esfuerzos (véase Metas 6 y 18, por ejemplo). Por lo tanto, el nivel de avance alcanzado, y particularmente en algunas metas (por ejemplo con las metas 1, 7 y 8) confirmaría que en gran medida los avances en recursos humanos son catalizados por la reforma del sistema de salud. Investigaciones adicionales en profundidad podrían aclarar este punto. Una pregunta mayor sería si hemos avanzado, ¿Por qué?, y ¿Por qué no hemos avanzado más?, en medio de una reforma.

Así por ejemplo, los resultados parecen sugerir que por un lado se han fortalecido significativamente las unidades estratégicas de recursos humanos, pero a la vez aún no se logran desplegar plenamente políticas y estrategias en este campo (por ejemplo comparando los resultados entre las Metas 5 y 11).

## Metas y Cobertura Universal de Salud

La Cobertura Universal en Salud es hoy un camino por el que transitan los países de las Américas con la finalidad de garantizar el derecho a la salud para todos sus ciudadanos, con base en sus principios de equidad y justicia social.

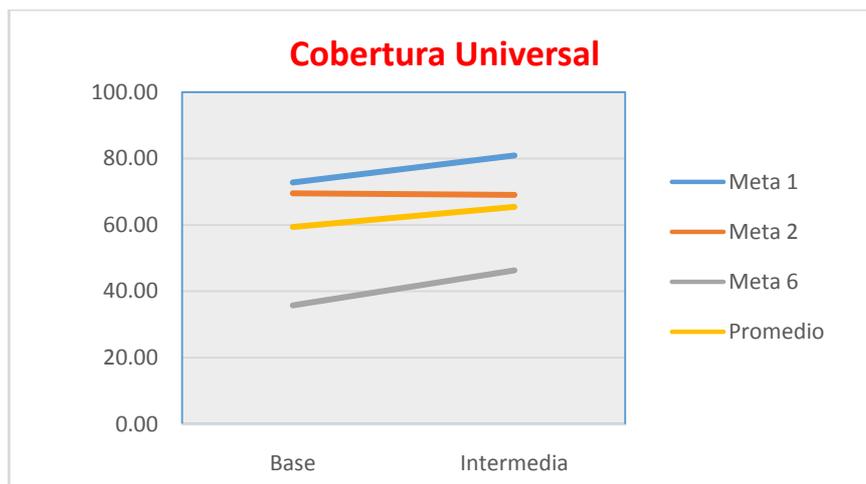
En esta línea, el extender los servicios a un mayor porcentaje de la población, requiere una fuerza laboral suficiente que va más allá de aquella necesaria para garantizar intervenciones esenciales en salud (p.e. atención de parto por personal calificado). Sin embargo una mayor cantidad de personal no necesariamente garantiza el acceso de poblaciones sub-atendidas, ni la capacidad resolutive requerida.

La Tabla 1 y la Figura 34 muestran una selección de 3 metas que directamente se encuentran vinculadas a la cobertura universal en salud, entendiendo sin embargo que todas se encuentran vinculadas en mayor o menor medida.

**Tabla 4.** Cumplimiento en una selección de Metas vinculadas directamente a cobertura de salud<sup>135</sup>

	Base	Intermedia
Meta 1	72,80	83,67
Meta 2	69,50	69,04
Meta 6	35,75	46,31
Promedio	59,35	66,34

<sup>135</sup> **Meta 1:** Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10,000 habitantes; **Meta 2:** La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total; **Meta 6:** La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.



**Figura 34.** Nivel de avance en el cumplimiento de las Metas en Recursos Humanos en una selección de Metas vinculadas directamente a cobertura universal de salud<sup>136</sup> en los países que participaron en ambas mediciones.

Se hace evidente el leve incremento en los valores alcanzados entre ambas mediciones, con un nivel en la segunda medición mayor en la meta vinculada a dotación de personal (meta 1), sin incremento significativo en la meta 2 vinculada a presencia de médicos de atención primaria. Sin embargo, y reviste particular importancia la meta 6 que da cuenta del grado en que se ha disminuido la inequidad en la distribución de recursos humanos, aun cuando muestra avance, presenta un nivel de logro sumamente bajo en la segunda medición, situación ya encontrada en la medición basal.

Estos resultados visibilizan por un lado, un importante nivel de logro en la dotación, lo que sugiere niveles de inversión crecientes en la región en este punto, pero a la vez la persistencia de severos niveles de inequidad, que comprometen el logro efectivo de la cobertura universal, constituyéndose desde esta mirada en la principal limitación. Es evidente que son diversos los determinantes en este caso, pero los datos encontrados han de llamar la atención sobre esta debilidad, planteando la necesidades de prestarle especial prioridad, así como desarrollar conceptual y metodológicamente un abordaje en profundidad en el tema.

<sup>136</sup> **Meta 1:** Razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10,000 habitantes; **Meta 2:** La proporción de médicos de atención primaria excederán el 40% de la fuerza laboral médica total; **Meta 6:** La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en el 2015.

Consideración especial requieren los datos sobre densidad de recursos humanos, al estar vinculado el valor de 25 profesionales por 10,000 habitantes a la cobertura de intervenciones esenciales, y no a las necesidades mucho más amplias y complejas de la cobertura universal, que impondrían un nivel mayor de requerimiento. Los países vienen en tal sentido desarrollando herramientas para determinar estas necesidades, encarando de manera integral la prestación de salud, acorde al objetivo de brindar cobertura universal en salud. Este es un tema específico que ha de requerir mayor análisis e investigación.

Se constata asimismo que la capacidad resolutive en el segundo y tercer nivel, e inclusive en el primer nivel con médicos especialistas (salvo en cierta medida los de medicina familiar) no es evaluada en esta medición, punto a considerar en una revisión de las metas establecidas, en la perspectiva de una cobertura en salud que involucre las 3 dimensiones señaladas por la OMS.

## Metas y Atención Primaria de Salud

Los datos mostrados en Tabla 5 y en la Figura 35 presentan los resultados de 4 metas directamente vinculadas a la atención primaria<sup>137</sup>, mostrando el nivel de avance de estas y en donde se encuentran por tanto las mayores dificultades.

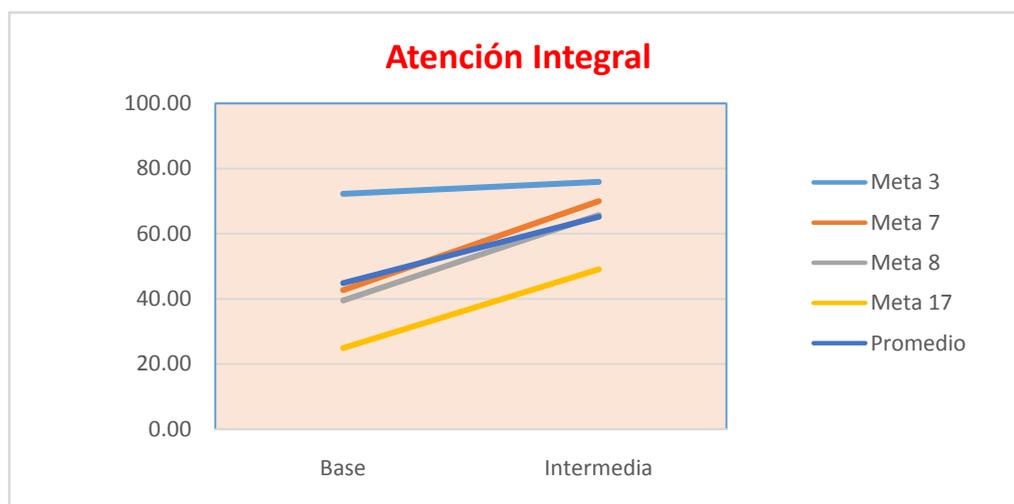
Así, se verifica que aquella meta vinculada a la constitución de los equipos de salud (meta 3) presenta un alto nivel de logro, aun cuando un menor avance entre ambas mediciones; igualmente aquellas metas vinculadas a las competencias del equipo de salud (metas 7 y 8) muestran un logro importante, aun cuando menor al de la meta 3, expresando en muchos casos las inversiones desarrolladas por los países, en mayor o menor medida, en estos años. Comentario aparte es el referido a la reorientación de la formación hacia la APS (meta 17) que es la que muestra el menor desempeño, y un importante desfase con respecto a las otras metas, a pesar de que se registra un avance con respecto a la primera medición<sup>138</sup>.

**Tabla 5.** Cumplimiento en una selección de Metas vinculadas directamente a Atención Primaria.

	Base	Intermedia
Meta 3	72,25	75,90
Meta 7	42,72	70,00
Meta 8	39,50	65,71
Meta 17	24,94	49,10
Promedio	44,85	65,18

<sup>137</sup> Aun cuando entendemos que dado el carácter integral de la agenda de recursos humanos las metas están estrechamente vinculadas entre ellas.

<sup>138</sup> Léase el comentario específico a la Meta 17 (página 89) referido a las precauciones a considerar en el estimado de avance en la meta.



**Figura 35.** Nivel de avance en el cumplimiento de las Metas en Recursos Humanos en una selección de Metas<sup>139</sup> vinculadas directamente a Atención Primaria de Salud en los países que participaron en ambas mediciones.

La Organización Panamericana de la Salud ha establecido el marco y contenido conceptual del enfoque de salud familiar y comunitario (Organización Panamericana de la Salud - 49º Consejo Directivo 2009). Así, la atención primaria<sup>140</sup> es un componente fundamental y esencial de un sistema de salud eficiente<sup>141</sup> (Organización Panamericana de la Salud 2007). Más aun esta ha mostrado la riqueza que puede aportar al ser capaz de adaptarse a diversos contextos, como los existentes en las américas, particularmente al verse renovada. De esta manera, la incorporación de la atención primaria como estrategia central de nuestros sistemas de salud, permite dotar de orientación estratégica a las acciones, constituyéndose en referente fundamental para la acción política en recursos humanos al requerir incorporar consideraciones en el

<sup>139</sup> **Meta 3:** Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad; **Meta 7:** Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables; **Meta 8:** 70% de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones; **Meta 17:** El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

<sup>140</sup> Nota en Artaza Barrios, y otros 2004: "El Dr. David Tejada, ex Ministro de Salud del Perú y protagonista de aquella conferencia, sentencia que el concepto de Atención Primaria fue luego desvirtuado a «servicios básicos o primitivos para pobres». Seminario Reformas del sector salud en el camino de la integración «Aprendizaje y Perspectivas». Organismo Andino de la Salud. Lima Octubre 2003."

<sup>141</sup> Ver OPS, *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* (Washington, D.C.: OPS, 2007); OPS, «Salud Familiar y Comunitaria - Documento Conceptual», CD49/20 (Esp.), 2009.

número y distribución de trabajadores de salud, las condiciones de trabajo, las competencias a desarrollar, la organización y funcionamiento del equipo de salud, la articulación con el espacio de la formación, etc.

Más aun, la atención primaria de la salud, por los sellos de equidad y justicia social que tiene a su interior, tiene la capacidad de motivar al personal, especialmente en el campo de acción, articulando conciencia, visión y pasión en el esfuerzo a desarrollar. Así la atención primaria se constituye en un llamado a la acción para los trabajadores de salud, que enfrentan en el trabajo rutinario y la ausencia de un propósito en este, un lastre a superar.

En esta línea, la atención primaria permite incorporar una visión amplia de la salud, conminando a los trabajadores de salud a atender los servicios, pero incorporar también acciones a nivel de los determinantes de la salud, desafiando la organización del trabajo tradicional, y exigiendo de los gestores nuevas formas de organización y funcionamiento de los servicios.

Por ello la vinculación de una política en recursos humanos vinculada a la atención primaria tiene implícita en ella, una capacidad transformadora, conminando al conjunto de los actores a hacer realidad el derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible. Este cambio en los recursos humanos se cimenta en una atención integral, integrada y apropiada con énfasis en la prevención y la promoción tomando a las familias y comunidades (Organización Panamericana de la Salud 2007), como base para la planificación y la acción de los recursos humanos, enfoque que requiere de recursos humanos en número suficiente, adecuadamente distribuidos, competentes y comprometidos con su trabajo. Este enfoque brinda a la vez norte y trayectoria a las estrategias en recursos humanos.

Pero otro punto, que excede a los alcances de este informe, es el concepto de equipo de salud que estamos considerando, el de un equipo básico enfocado en atenciones esenciales, o un equipo de APS o multidisciplinario<sup>142</sup> enfocado en una cobertura universal y una atención integral. Los indicadores, a partir de esta definición, requerirían ser revisados.

Así, el desarrollo de capacidades para la APS ha sido preocupación central de los Ministerios de Salud, visibilizado en los resultados encontrados. Se requiere investigación en profundidad que analice estos resultados, explorando en cada caso las áreas priorizadas, las estrategias desarrolladas y los éxitos alcanzados. En gran medida esta evaluación, que ha de permitir el desarrollar un aprendizaje colectivo en la región está ausente.

---

<sup>142</sup> Término empleado por Bolivia en el Documento Técnico – Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud, Bolivia, disponible en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/536>

Por otra parte, los resultados encontrados nos obligan a revisar con la universidad el desarrollo de una agenda conjunta, en particular el revisar el enfoque formativo centrado en los campos clínicos de formación, pasando a un enfoque territorial centrado en redes integradas de servicios de salud que incorporen los espacios comunitarios y los establecimientos del primer nivel como espacios formativos, en donde es posible desarrollar plenamente competencias por parte de los profesionales en formación<sup>143</sup>. Estos resultados en tal sentido son en sí mismos un llamado a la acción.

Por lo tanto, la medición que realizamos en esta sección tiene implicancias directas para todo el sistema de salud, repercute directamente en todas las esferas de la gestión y el desarrollo del personal, en la sostenibilidad del modelo de atención y en última instancia en el éxito de las políticas trazadas. Los resultados son un llamado a revisar las estrategias trazadas, y en particular reforzar el diálogo con la universidad.

---

<sup>143</sup> En el Examen Nacional de Medicina aplicado en el Perú, las 4 facultades de medicina que desarrollan importantes experiencias de formación vinculadas a la APS, estuvieron entre las primeras 6 universidades, de 25, en la prueba nacional.

## La medición como un instrumento para promover una cultura de autoevaluación y transparencia

Esta segunda medición requiere ser analizada a la vez desde la perspectiva de transparencia en el sector salud y el desarrollo de una cultura de rendición de cuentas. Son diferentes las formas de acercarse a estos temas, uno de ellos por ejemplo el de la atención primaria, en el cual los ciudadanos son partícipes de los procesos de construcción de la salud desde un doble rol, el de protagonistas del sistema de salud y el de sujetos activos desde la vigilancia ciudadana.

Este doble rol de la ciudadanía, incluyendo aquella organizada, requiere un liderazgo de los Ministerios que es puesto a prueba en procesos como los desarrollados con esta segunda medición, pero que excede ampliamente el campo de los recursos humanos, y se da fundamentalmente en el campo de las políticas públicas.

A la vez, el propio ejercicio de rectoría ha implicado en muchos casos el desarrollo de acciones que han de entenderse como parte de la construcción de un liderazgo participativo, de una cultura de autoevaluación y el desarrollo efectivo de mecanismos de transparencia en el desempeño del sistema. El nivel de participación de gremios, colegios profesionales, instituciones formadoras, diferentes entidades del Estado, instituciones cooperantes ha sido disímil en las experiencias nacionales, pero representan un importante ejercicio y demostración palpable de que es posible el avanzar en este camino.

Un comentario especial es el los procesos de aseguramiento de la calidad de las entidades formadoras a través de los procesos de acreditación (Meta 20), proceso que como se señala en la página 102, muestra que aún existe un amplio trabajo por promover en este campo, incluyendo la revisión de la pertinencia social en los indicadores aplicados en los procesos de evaluación. En gran medida, la meta expresa la presencia nacional de una rendición de cuentas, además del aseguramiento de la calidad educativa, en el espacio de la educación superior.

El trabajo por desarrollar y fortalecer esta cultura es catalizado por los acuerdos y compromisos asumidos por las Ministras y Ministros de Salud, en el espacio regional y los espacios subregionales, respaldando este trabajo, y reconociendo en última instancia la importancia de tener una visión reflexiva, objetiva y autocrítica de la situación en el campo de los recursos humanos, como parte del fortalecimiento de la democracia en nuestros países.

## La medición y el papel de los espacios de integración y cooperación regionales y subregionales

Los procesos de integración y cooperación han jugado un papel fundamental en esta segunda medición. No solo han promovido el proceso, sino se han fortalecido con en el trabajo conjunto.

Así, el papel del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) incluyendo a la Comisión Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos; el Organismo Andino de Salud (ORAS – CONHU) y su correspondiente Grupo Técnico de Recursos Humanos; la Unión de Naciones Suramericanas, incluyendo al Grupo Técnico de Recursos Humanos y la propia Organización Panamericana de la Salud, han sido participantes activos de este proceso. En particular, es necesario reconocer el papel protagónico que ha correspondido a los espacios subregionales, que permiten reafirmar el alto potencial de estos organismos para el desarrollo de acciones conjuntas.

En gran medida el trabajo convergente ha sido acicate para el trabajo desarrollado. Un elemento fundamental en este caso ha sido por ejemplo en el caso del Organismo Andino de Salud, la incorporación de esta segunda medición en la Política Andina de Recursos Humanos, y en particular en el Plan de Acción correspondiente.

Queda a la vez la necesidad de reflexionar sobre el papel que podrían jugar otros espacios de integración y cooperación, por ejemplo MERCOSUR y la Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud.

En suma, los espacios de integración brindan fundamentalmente el soporte y respaldo político al proceso de medición. Los espacios de cooperación han permitido canalizar el apoyo técnico a los esfuerzos nacionales.

## La medición y el papel de los Observatorios de Recursos Humanos – La importancia creciente de lo virtual

En esta segunda medición, los Observatorios Nacionales de Recursos Humanos jugaron un rol más o menos preponderante, dependiendo del avance que habían alcanzado. Sin embargo, en varios países esta segunda medición permitió un reimpulso de los Observatorios que requiere ser mantenido y desarrollado.

A la vez, es necesario señalar que los Observatorios de Recursos Humanos entendidos como espacios participativos en la generación, análisis y difusión de información estratégica sobre los recursos humanos en el contexto de los sistemas salud, tienen un disímil nivel de desarrollo. En varios casos, pudo evidenciarse la falta de estos, o el hecho de que estas funciones estaban desvinculadas entre sí, o inclusive ausentes en la organización del sistema de salud. La evaluación correspondiente en profundidad excede los alcances de este Informe, pero plantea la necesidad de revisar y fortalecer los sistemas participativos de información estratégica de recursos humanos en los países.

Como parte de este análisis es necesario reconocer el papel central que ha jugado lo virtual en esta segunda medición, incluyendo el desarrollo técnico de las páginas Web e integración de los Observatorios Regional, Subregionales y Nacionales como repositorios y canales de registro y difusión de los instrumentos y avances desarrollados en esta segunda medición. Más aun, gran parte de las reuniones y coordinaciones se hicieron usando herramientas virtuales, lo que evidencia la importancia creciente de lo virtual en el trabajo colaborativo. En gran parte, se podría afirmar que existen condiciones para un uso más intensivo de herramientas de mayor versatilidad que brinden mayor eficiencia y efectividad a este trabajo, como formularios en línea, trabajo colaborativo en tiempo real, empleo de la “nube” como sitio de repositorio de los documentos generados, video streaming, etc. El empleo del Tablero de Mando en esta medición se ubica en esta línea de desarrollo.

La siguiente figura presenta la página Web empleada con estos fines:



Figura 36. Página Web de las Metas Regionales de Recursos Humanos<sup>144</sup>



Figura 37. Página Web del Sistema de Medición y Monitoreo de las Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud<sup>145</sup>

<sup>144</sup> Consultar en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/464>

<sup>145</sup> Consultar en <http://www.observatoriorh.org/?q=node/368>

# ANEXOS

## Desafíos y Metas

### PRIMER DESAFÍO:

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

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

**Racionalidad de la Meta:** El sentido de esta meta es demostrar cuál es la relación entre la población de un país y el número de recursos humanos en salud con el fin de llamar la atención sobre los posibles déficits o sobreproducción de estos recursos. Estudios globales muestran que por debajo de 25 profesionales por 10.000 habitantes, muy pocos países consiguen alcanzar metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

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

**Racionalidad de la Meta:** Con el fin de mejorar la salud de la población muchos países están concentrándose en el concepto renovado de sistemas de atención primaria de salud y en fortalecer la infraestructura general de salud pública. La característica clave de la reforma de atención primaria en salud es un cambio de dirección de la práctica individual, centrada en el hospital, hacia equipos de profesionales de la comunidad quienes son responsables de brindarles servicios de salud integrales y coordinados a sus pacientes. Por tanto, resulta indispensable que la fuerza de trabajo esté apropiadamente preparada para encarar los cambios esperados en el sistema de salud y apoyar la atención primaria en salud. Dado que generalmente los médicos de atención primaria en salud solo representan el 25% de la fuerza de trabajo total de la Región, deberá ser necesario incrementar significativamente la cantidad de médicos dentro del equipo de atención primaria en salud. Al fortalecer el componente médico se mejora la capacidad del equipo de atención primaria en salud para su desarrollo conjunto, despliegue innovador, liderazgo compartido y capacidad de respuesta más amplia, flexible y efectiva frente al universo entero de necesidades y prioridades de la comunidad.

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

**Racionalidad de la Meta:** El Equipo de Atención Primaria en Salud se refiere al grupo de profesionales que entregan servicios de salud a la comunidad en puntos de primer contacto entre el ciudadano y el sistema de salud. Los miembros de los equipos de atención primaria en salud pueden variar y generalmente reflejan las necesidades de salud particulares de la comunidad local que atienden. La eficiencia del equipo está relacionada con su habilidad para

llevar a cabo su trabajo y manejarse como un equipo de entrega de salud independiente, coordinada y auto-suficiente.

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

**Racionalidad de la meta:** El sentido de esta meta es demostrar cuál es la desproporción que existe entre la producción del personal médico y de enfermería que podría afectar la composición de habilidades del equipo de salud. En algunos países se espera que por cada médico existan por lo menos 4 enfermeras en un país, pero la meta mínima en este caso ha sido referida a 1 médico y una enfermera. La meta espera llamar la atención sobre los déficits o sobre producción de estos recursos.

**META 5:** Todos los países de la Región habrán establecido una unidad o dirección de recursos humanos para la salud responsable por el desarrollo de políticas y planes de recursos humanos, la definición de la dirección estratégica y la negociación con otros sectores.

**Racionalidad de la meta:** El sentido de esta meta es llamar la atención sobre la importancia que los tomadores de decisión del más alto nivel, asignan al recurso humano en salud. Este compromiso se concretiza en la existencia de una unidad institucional específica de recursos humanos que marca la dirección estratégica del tema para todo el sector salud y que, además, ha transformado su papel de administrador de personal al de gestor de políticas de recursos humanos.

## DESAFÍO 2:

Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.

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

**Racionalidad de la Meta:** En los pasados veinte años la tasa de crecimiento de la población para muchas áreas urbanas de la Región ha duplicado la de las áreas rurales. Igualmente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo a que exista un mayor desequilibrio en la distribución urbana-rural de la fuerza de trabajo de la salud. Mientras las razones de médicos con respecto a la población pueden ser hasta cuatro veces mayor en las áreas urbanas que en el país como un todo, las razones de médicos con respecto a la población rural pueden ser ocho veces menor. Esto refleja que las comunidades rurales continúan teniendo un acceso muy limitado a los servicios de la salud que ellas requieren, comparados con los que tienen sus contrapartes urbanas. Alcanzar una distribución geográfica más equitativa de profesionales de la salud en la Región – particularmente dentro del contexto de equipos extendidos basados en la comunidad que operen la estrategia de atención primaria de la salud – puede mejorar el acceso de la población del campo a los servicios de salud y por tanto, mejorar los resultados y el estatus de salud general de la comunidad.

**META 7:** Al menos 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comparables.

**Racionalidad de la meta:** La eficiencia del equipo de Atención Primaria de la Salud depende en gran parte de que los miembros posean las habilidades clínicas necesarias, conocimiento de salud pública y competencias interculturales para diagnosticar a los pacientes, administrar el tratamiento y monitorear los resultados, que sean apropiados y reflejen las necesidades de salud de las diferentes comunidades (étnicas, lingüísticas, religiosas, socio-económicas, etc.). Las competencias de salud pública de los profesionales de la salud deben lograr proporcionar atención integral que incluyen habilidades dirigidas a prevenir la enfermedad, prolongar la vida, promover y mantener la salud por medio de la vigilancia de la población y la práctica de hábitos saludables.

Las estrategias de salud pública deben ser sensibles a los contextos culturales en que se llevan a cabo con el fin de hacerlas parte de las prácticas saludables. Además de incrementar el tamaño de la fuerza de trabajo, realizando las competencias interculturales de los trabajadores de salud que estarán brindando los servicios, se ampliará el acceso de los diferentes grupos culturales al sistema de salud.

**META 8:** Setenta por ciento de las enfermeras, las auxiliares de enfermería, los técnicos de salud y los agentes sanitarios de la comunidad habrán perfeccionado sus aptitudes y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.

**Racionalidad de la meta:** Además de brindar el primer punto de entrada a los sistemas de salud y proporcionar la función coordinadora para otros servicios de salud y comunitarios, la atención primaria de salud reconoce los determinantes más amplios de la salud. Esto incluye coordinar, integrar y expandir los sistemas de salud y servicios para mejorar la salud de la población, evitar la enfermedad y promover la salud.

Fomenta el mejor uso de todos los proveedores de la salud, por medio de los enfoques que profundicen en la práctica, relaciones de trabajo cambiantes y posibilite nuevos roles dentro de equipos multi-disciplinarios, para maximizar el potencial de todos los recursos humanos. Es importante que todos los miembros del equipo de atención primaria de salud tengan las habilidades apropiadas y trabajen en niveles de competencia dentro de entornos multidisciplinarios para responder a las necesidades de las comunidades y los requisitos técnicos de los sistemas cambiantes de entrega de la salud. La intención de la meta es registrar si estos grupos de trabajadores: enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de salud y agentes sanitarios tienen acceso a un programa permanente de educación en el trabajo que garantice su perfeccionamiento de competencias y de aptitudes.

**META 9:** El treinta por ciento del personal sanitario en los entornos de atención primaria se habrá reclutado de sus propias comunidades.

**Racionalidad de la meta:** Históricamente, el crecimiento en el número de profesionales de la salud se ha concentrado en las áreas urbanas, contribuyendo al continuo desequilibrio en la distribución geográfica de la fuerza de trabajo de la salud como fue mencionado en la Meta 6.

La razón urbana de médico/población para algunos países de la Región es más de ocho veces mayor que el número de médicos en las áreas rurales. Muchos países han adoptado incentivos para atraer los profesionales de la salud a las áreas rurales, pero la mayoría solo ha alcanzado logros modestos o de corto plazo. Aunque salarios apropiados y entornos de trabajo estable y seguro son consideraciones claves para atraer a los trabajadores de la salud a las áreas rurales, colocar al individuo idóneo en el lugar apropiado parece ser igual de importante. Los trabajadores de la salud que son reclutados de sus propias comunidades tienen más posibilidades de volver y permanecer en sus comunidades para trabajar después de completar su entrenamiento que aquellos que son reclutados externamente. El reclutamiento local fomenta mucho más al equipo de atención primaria de salud al tener un individuo que ya posee las sensibilidades culturales requeridas y el conocimiento de redes comunitarias, contactos y necesidades.

### DESAFÍO 3:

Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.

**META 10:** Todos los países de la Región habrán adoptado un Código Internacional de Práctica o desarrollado normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud.

**Racionalidad de la meta:** Para construir la meta regional es necesario evaluar en primer lugar lo que sucede en el nivel nacional. En vista del déficit global que existe de trabajadores de la salud en el treinta por ciento de los países, se prevén incrementos substanciales en la demanda de los trabajadores de la salud en los países desarrollados en el futuro cercano. La migración cada vez más competitiva de trabajadores de la salud tendrá un impacto significativo en la fuerza de trabajo de los países de menores ingresos.

La Organización Mundial de la Salud propone un Código Global de práctica ética para el reclutamiento internacional del personal de la salud. Se alienta a los países desarrollados a adoptar códigos de conducta sobre las prácticas éticas de reclutamiento para compensar a los países desde donde son reclutados los profesionales de la salud y comprometerlos a políticas oficiales de autosuficiencia de la fuerza de trabajo a nivel del país.

Se visualiza que la emigración de los profesionales de la salud en las Américas es un serio problema para muchos de los países de la Región. Las inequidades en la producción de recursos humanos de salud no solo varían a través de la Región, sino que la brecha entre los países con altas y bajas densidades de trabajadores de la salud continúa creciendo. La adopción de un Código de Ética sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud podría ser un importante primer paso para desarrollar políticas amplias, que colaboren en estabilizar y manejar la fuerza de trabajo de salud de la Región.

**META 11:** Todos los países de la Región tendrán una política de auto-suficiencia para satisfacer sus propias necesidades de recursos humanos de salud.

**Racionalidad de la meta:** Generalmente se ha convenido que cualquier estrategia a largo-plazo para la sostenibilidad de recursos humanos está directamente relacionada con la capacidad de planificación estratégica de los RHUS y la existencia de un potente sistema de información que

dé cuenta de la dotación de RHUS del país y las necesidades del mismo a mediano y largo plazo para garantizar la operación plena del sistema de salud. Los países de origen necesitarán trabajar en reducir los factores de expulsión con respecto a la emigración de los trabajadores de la salud. Los países de destino deberán tratar de ser autosuficiente para responder las demandas de la población.

**META 12:** Todas las subregiones habrán formulado acuerdo mutuo e implantado mecanismos para el reconocimiento de los profesionales capacitados en el extranjero.

**Racionalidad de la meta:** Es importante incrementar el talento y las habilidades de la Región al asegurar la integración adecuada de los nuevos inmigrantes a la economía y a sus comunidades. La introducción de normas comunes y mecanismos para la evaluación de credenciales y competencias de trabajadores de la salud extranjeros quienes buscan certificarse puede asegurar el reconocimiento más acelerado de credenciales extranjeras y experiencia de trabajo previa y facilitar la asimilación de trabajadores de la salud inmigrantes a la fuerza de trabajo. Este enfoque puede fortalecer la capacidad de los recursos humanos para entregar servicios de salud al asegurar que los trabajadores migrantes sean aceptados a la fuerza de trabajo tan pronto como sea posible y al permitirles trabajar a sus mayores niveles de competencia. Un enfoque estandarizado que apoya el reconocimiento de credenciales extranjeras ayuda a estabilizar la fuerza de trabajo al mejorar el despliegue y retención a largo plazo de los trabajadores de salud inmigrantes.

#### DESAFÍO 4:

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

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

**Racionalidad de la meta:** Un sistema de servicios de salud efectivo y funcional es uno de los muchos factores que determinan la salud de la población. Como tal, promover condiciones seguras y saludables para todos los proveedores de la salud es una importante estrategia para mejorar la salud de la población. Trabajadores con empleo precario, tales como empleados a medio-tiempo y personas trabajando en puestos de bajo pago con prospectos inciertos para el futuro, enfrentan altos niveles de inseguridad laboral y empleo de corto plazo. Condiciones de trabajo inseguras con riesgo de heridas, sobrecarga de trabajo y estrés son comunes en muchos sectores de atención de salud.

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

**META 14:** Ochenta por ciento de los países en la Región habrán implementado políticas de salud y seguridad para los trabajadores de la salud, incluyendo el apoyo a programas para reducir enfermedades y accidentes ocupacionales.

**Racionalidad de la meta:** Deben ser desarrollados e implementados los programas de salud y seguridad de trabajadores de salud, políticas y legislación para proporcionar garantías formales de protección consistente, protección de empleo a largo-plazo para todos los trabajadores de la salud con respecto a las condiciones generales de trabajo y seguridad del lugar de trabajo. Los programas de Salud y Seguridad deben ser desarrollados de acuerdo a las demandas específicas de los lugares de trabajo individuales. Programas formales incrementaran la seguridad en los lugares de empleo, resultando en mayor satisfacción del trabajador, mejor desempeño y mayor estabilidad por medio de menores tasas de absentismo, rotación y abandono del trabajo en general.

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

**Racionalidad de la meta:** El sentido de esta meta es profesionalizar la conducción de los servicios de salud en miras a lograr mayor eficiencia en la gestión junto a una gran capacidad de entrega y mística por el trabajo. Se espera poder demostrar cuántos gerentes cuentan con certificación formal (Diplomados, cursos de especialización, maestrías o doctorados) sea universitaria o en servicios que acredite esta profesionalización. Profesionalizar no es sinónimo de título universitario sino que también se lo entiende como entrenamiento en servicio.

**META 16:** El 100% de los países de la Región contarán con mecanismos de negociación y legislaciones efectivas para prevenir, mitigar o resolver los conflictos de trabajo y garantizar la prestación de los servicios esenciales, toda vez que se presenten.

**Racionalidad de la meta:** La entrega de servicios esenciales de salud debe ser considerada un derecho de la población. Como tal, legislación efectiva y mecanismos de negociación laboral deben ser creados para resolver conflictos de trabajo y garantizar que no exista una interrupción de esos servicios de salud que son considerados necesarios para sostener la vida. El propósito de la iniciativa no es minimizar los temas laborales sino garantizar que el diálogo con las organizaciones de trabajadores permita la entrega de servicios esenciales de la salud que pueden ser necesarios mientras el conflicto laboral sea resuelto. Este mecanismo protegería los derechos de los trabajadores, de acuerdo con las leyes locales laborales y prácticas sindicalistas, y garantizaría a la población acceso a servicios de salud críticos. Los mecanismos de negociación deben ser definidos, incluyendo la opción de arbitraje forzoso que equilibre los intereses de la gerencia y los de los trabajadores pero sin obviar que la prioridad es el cumplimiento de las necesidades críticas de atención a la salud de la comunidad.

## DESAFÍO 5

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

**META 17:** El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria, y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

**Racionalidad de la meta:** Esta meta se inserta en el concepto renovado de atención primaria que busca fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades sociales. Por tanto, parte del concepto de salud como derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel que en este cambio y reafirmación de paradigmas juegan los recursos humanos en salud. Por tanto, la formación del personal en los espacios universitarios con este enfoque cobra una nueva e importante dimensión.

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

**Racionalidad de la meta:** Esta meta pretende indagar si las Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud han extendido su oferta educativa a otras áreas donde exista población que tradicionalmente no ha accedido a servicios sociales, entre ellos la posibilidad de estudiar alguna carrera de ciencias de la salud. El concepto renovado de atención primaria de salud se inserta en una dimensión filosófica que parte de los derechos humanos y por tanto, las condiciones que reducen las posibilidades de garantizarlos, son motivo de atención para poder resolver estas exclusiones.

**META 19:** Porcentaje de estudiantes de las escuelas de medicina y enfermería que inician y no terminan las carreras en los años esperados no pasarán del 20%.

**Racionalidad de la meta:** Esta meta pretende demostrar cuál es la magnitud de la eficiencia del sistema educativo en cuanto al número de estudiantes de medicina y enfermería que ingresan y egresan de las carreras, de conformidad con el número de años estipulados para ser un estudiante regular de estas carreras. Está dirigida a señalar de manera indirecta los costos que implican su formación, su repetición y el número de años que dura en definitiva la formación hasta que logren culminar sus estudios. Algunos estudios de países de la Región de las Américas muestran tasas de abandono de los estudiantes de medicina y enfermería mayores al 50 %, lo que implica un alto fracaso del sistema educativo para retener posibles futuros profesionales de salud, con consecuencias de mal uso de recursos e impactos sobre la calidad de la formación profesional. Porcentaje de alumnos que ingresan y egresan en el tiempo esperado para cada carrera: Se refiere a los estudiantes de las carreras de medicina y

enfermería que en una cohorte de tiempo ingresaron y no egresaron de las carreras en el tiempo previsto para hacerlo. No capta desgranamiento ni repetición.

**META 20:** El 70% de las escuelas de ciencias de la salud y de las escuelas de salud pública estarán acreditadas (en cuanto a su calidad) por una entidad reconocida.

**Racionalidad de la meta:** Esta meta intenta incorporar la dimensión de la calidad de la educación que se imparte en las escuelas de ciencias de la salud y en las escuelas de salud pública y su certificación por parte de una entidad reconocida. La orientación de los servicios hacia la calidad es uno de los principios de los sistemas de salud basados en la APS y son la base para las políticas de salud y formación del personal sanitario.

## Anexo 1 - Medición de metas por país: primer desafío (%)

Meta 1			Meta 2		Meta 3		Meta 4		Meta 5	
	Basal	2013								
Bolivia	36,00	56,40	73,00	83,00	80,00	58,60	60,00	66,00	65,00	63,60
Chile	100,00	100,00	56,00	62,80	97,00	98,60	49,00	71,10	88,00	94,40
Colombia	95,00	100,00	100,00	100,00			49,00	55,00	88,00	88,00
Ecuador	68,00	73,20	76,00	72,50	74,00	52,50	50,00	73,30	72,00	90,00
Perú	68,00	100,00	74,00	92,30	60,00	72,50	100,00	100,00	69,00	90,60
Argentina	100,00		43,00		89,00		21,00		85,00	
Brasil		100,00		76,30		91,40		90,00		93,80
Paraguay	48,00	100,00	4,00	20,42	72,00	81,42	50,00	93,00	71,00	79,40
Uruguay	100,00	100,00	100,00	83,30	0,00	12,90	33,00	33,33	78,00	100,00
Belice	75,00	95,49	100,00	63,80	79,00	87,00	100,00	96,00	54,00	58,30
Costa Rica	100,00	100,00	53,20	76,90	100,00	100,00	100,00	64,90	0,00	87,50
El Salvador	88,00	80,80	100,00	100,00	61,00	81,42	25,00	63,00	81,25	100,00
Guatemala	44,00	50,00	36,00	2,62	67,00	73,50	74,00	66,30	88,00	84,37
Honduras	48,00	55,20	71,00	25,32	77,00	72,85	33,00	32,29	69,00	82,18
Nicaragua	48,00	64,00	100,00	100,00	97,20	98,60	62,00	76,00	83,00	100,00
Panamá	100,00	100,00	50,00	52,70	83,00	97,00	100,00	100,00	75,00	94,00
Rep Dominic	74,00	80,00	49,30	100,00	64,30	75,71	17,90	19,00	75,63	75,00
Promedios	72,80	83,67	69,50	69,04	72,25	75,90	60,19	67,28	70,46	85,82
Avances	10,87		-0,46		3,65		7,09		15,36	

- Para efectos de la estimación de promedios y avances se considera únicamente a los países que han realizado ambas mediciones.

<span style="color: red;">■</span> 0 - ≤ 60%	<span style="color: yellow;">■</span> 60 - ≤ 90%	<span style="color: green;">■</span> >90 - 100%	Prom Basal	69,04%	Prom 2013	76,34%	Avance	7,30%
--	--	---	------------	--------	-----------	--------	--------	-------

## Anexo 2 - Medición de metas por país: segundo desafío (%)

Meta 6			Meta 7		Meta 8		Meta 9	
	Basal	2013	Basal	2013	Basal	2013	Basal	2013
Bolivia	0,00	60,00	27,00	38,80	0,00		0,00	
Chile	0,00		91,00	100,00	85,00	100,00	0,00	
Colombia	0,00		0,00		0,00		0,00	
Ecuador	20,00	3,00	17,00	43,00	0,00	0,00	0,00	
Perú	73,00	85,60	39,00	91,60	28,00	57,00	0,00	30,00
Argentina	25,00		89,00		0,00		0,00	
Brasil		0,00						100,00
Paraguay	0,00	53,58	30,00	66,66	0,00	61,25	0,00	100,00
Uruguay	0,00		0,00		36,00		100,00	100,00
Belice	50,00	0,00	31,00	100,00	0,00	94,00	100,00	
Costa Rica	100,00	100,00	0,00	45,20	75,00	37,30	0,00	100,00
El Salvador	0,00	24,00	44,00	72,00	86,00	90,00	0,00	10,00
Guatemala	4,00	23,00	56,00	88,00	100,00	50,00	100,00	
Honduras	0,00	23,66	56,00	67,00	0,00	100,00	0,00	0,00
Nicaragua	100,00	100,00	77,00	86,70	50,00	69,00	83,30	100,00
Panamá	65,00	65,00	64,00	61,10	0,00	100,00	0,00	
Rep Dominic	17,00	17,00	23,30	50,00	50,00	60,00		
Promedio	35,75	46,31	42,72	70,00	39,50	65,71	26,19	62,86
Avance	10,55		27,29		26,21		36,67	

• Para efectos de la estimación de promedios y avances se considera únicamente a los países que han realizado ambas mediciones.

<span style="color: red;">■</span> 0 - ≤ 60%	<span style="color: yellow;">■</span> 60 - ≤ 90%	<span style="color: green;">■</span> >90 - 100%	Prom Basal	36,04	Prom 2013	61,22	Avance	25,18
--	--	---	------------	-------	-----------	-------	--------	-------

### Anexo 3 - Medición de metas por país: tercer desafío (%)

Meta 10			Meta 11		Meta 12	
	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia
Bolivia	0,00	0,00	0,00	50,00	100,00	100,00
Chile	0,00	40,00	0,00	80,00	100,00	100,00
Colombia	0,00	25,00	100,00	33,00	100,00	100,00
Ecuador	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00
Perú	0,00	55,00	0,00	66,70	0,00	100,00
Argentina	0,00		60,00		100,00	
Brasil		50,00		50,00		100,00
Paraguay	0,00	0,00	0,00	50,00	20,00	100,00
Uruguay	0,00	100,00	50,00	100,00	100,00	100,00
Belice	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Costa Rica	0,00	0,00	0,00	35,00	100,00	100,00
El Salvador	0,00	0,00	0,00	50,00	100,00	100,00
Guatemala	0,00	0,00	0,00	33,00	100,00	100,00
Honduras	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Nicaragua	100,00	100,00	85,00	100,00	100,00	100,00
Panamá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
Rep Dominic	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Promedios	6,68	28,01	15,67	35,55	80,00	96,43
Avances	21,33		19,88		16,43	

• Para efectos de la estimación de promedios y avances se considera únicamente a los países que han realizado ambas mediciones.

<span style="color: red;">■</span> 0 - ≤ 60%	<span style="color: yellow;">■</span> 60 - ≤ 90%	<span style="color: green;">■</span> >90 - 100%	Prom Basal	34,12	Prom 2013	53,33	Avance	19,21
--	--	---	------------	-------	-----------	-------	--------	-------

## Anexo 4 - Medición de metas por país: cuarto desafío (%)

Meta 13			Meta 14		Meta 15		Meta 16	
	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia
Bolivia	19,00	26,20	100,00	22,50	0,00		100,00	100,00
Chile	93,00	100,00	100,00	71,70	33,00	100,00	25,00	30,00
Colombia	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00		100,00	100,00
Ecuador	50,00	69,20	100,00	15,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Perú	31,00	100,00	52,00	67,30	0,00	100,00	100,00	50,00
Argentina	0,00		33,00		50,00		100,00	
Brasil		40,00		60,00		100,00		100,00
Paraguay	44,00	83,08	15,00	46,60	37,00	50,00	100,00	75,00
Uruguay	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Belice	50,00	0,00	100,00	0,00	50,00	96,60	100,00	100,00
Costa Rica	100,00	100,00	53,30	53,30	50,00	98,00	60,00	100,00
El Salvador	88,00	95,20	17,00	100,00	60,00	100,00	50,00	100,00
Guatemala	51,00	53,28	8,00	50,00	50,00	68,00	100,00	100,00
Honduras	0,00	8,74	0,00	8,33	80,00	50,00	100,00	100,00
Nicaragua	80,00	100,00	47,00	62,00	60,00	70,00	50,00	50,00
Panamá	100,00		50,00	75,00	40,00	75,00	0,00	50,00
Rep Dominic	100,00	95,00	16,70	20,83	40,00	50,00	25,00	50,00
	55,57	73,62	50,60	52,84	53,85	81,35	74,00	82,50
	16,05		2,24		27,51		8,50	

• Para efectos de la estimación de promedios y avances se considera únicamente a los países que han realizado ambas mediciones.

<span style="color: red;">■</span> 0 - ≤ 60%	<span style="color: yellow;">■</span> 60 - ≤ 90%	<span style="color: green;">■</span> >90 - 100%	Prom Basal	59,01	Prom 2013	72,58	Avance	13,57
--	--	---	------------	-------	-----------	-------	--------	-------

## Anexo 5 - Medición de metas por país: quinto desafío (%)

Meta 17			Meta 18		Meta 19		Meta 20	
	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia	Basal	Intermedia
Bolivia	7,00	53,80	100,00	100,00	0,00		0,00	
Chile	0,00	52,50	0,00		0,00	60,10	39,00	81,80
Colombia	0,00	23,00	0,00		95,00	85,00	46,00	43,00
Ecuador	8,00	34,60	0,00	0,00	15,00	12,50	3,00	100,00
Perú	36,00	60,60	0,00	3,60	0,00	100,00	26,00	36,10
Argentina	8,00		0,00		0,00		100,00	
Brasil		77,00				91,80		100,00
Paraguay	12,00	42,30	0,00	25,00	0,00	57,05	1,00	16,00
Uruguay	54,00	100,00	50,00	100,00	0,00	67,00	33,00	100,00
Belice	55,00	73,00	62,00	0,00	66,00	85,00	0,00	0,00
Costa Rica	7,70	13,30	26,00	13,30	6,00	100,00	37,70	30,80
El Salvador	33,00	69,00	30,00	40,00	40,00	50,00	0,00	63,48
Guatemala	21,00	26,92	11,00	14,00	27,15	49,30	0,00	0,00
Honduras	15,40	23,07	0,00	0,00	25,00	65,00	0,00	0,00
Nicaragua	61,50	69,20	90,00	90,00	50,00	77,75	0,00	0,00
Panamá	56,00	83,00	0,00	50,00	0,00	0,00	100,00	100,00
Rep Dominic	38,50	46,15	0,00	50,00			100,00	100,00
Promedio	24,94	49,19	28,39	37,28	24,94	63,77	27,55	47,94
Avance	24,17		8,99		38,83		20,39	

• Para efectos de la estimación de promedios y avances se considera únicamente a los países que han realizado ambas mediciones.

<span style="color: red;">■</span> 0 - ≤ 60%	<span style="color: yellow;">■</span> 60 - ≤ 90%	<span style="color: green;">■</span> >90 - 100%	Prom Basal	26,45	Prom 2013	49,55	Avance	23,09
--	--	---	------------	-------	-----------	-------	--------	-------

