



POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD





POLÍTICA ANDINA DE **RECURSOS HUMANOS** EN SALUD 2024-2030



Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

PPOLITICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 2024-2030: ORAS-CONHU; 2023.
46 p.; ilus.tab
SALUD/ RECURSOS HUMANOS EN SALUD/ Políticas públicas/ REGIÓN ANDINA/ Sistemas
de Salud/ Implementación/ Enfoques/ Líneas de Acción/ Gobernanza / Migración

Lima, Perú.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2024-05008

ISBN: 978-612-49377-7-4



Comité Editorial:

Dra. María del Carmen Calle Dávila, Secretaria Ejecutiva ORAS-CONHU

Dra. Marisela Mallqui Osorio, Secretaria Adjunta ORAS-CONHU

Mag. Yadira Salas González, Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud

Lic. Verónica Bustos Flores, Consultora para la actualización de la Política en Recursos Humanos en Salud

Coordinadora de Publicación:

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

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD –CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2024

Av. Paseo de la República N° 3832 – San Isidro. Tercer Piso. Lima - Perú

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

<http://www.orasconhu.org/> contacto@conhu.org.pe

Primera edición impresa, mayo 2024

ISBN: 9786124937774



Atribución-NoComercial-CompartirIgual

CC BY-NC-SA

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) bajo el criterio de Acceso Abierto, e impresa por la Organización Panamericana de Salud OPS/OMS. La obra puede ser reseñada, usada, traducida y reproducida con fines académicos No Comerciales y en todo uso que se haga debe indicarse la fuente.



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Lic. María Renee Castro Cusicanqui

Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia

Dra. Ximena Paz Aguilera Sanhueza

Ministra de Salud de Chile

Dr. Guillermo Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social de Colombia

Dr. Franklin Encalada Calero

Ministro de Salud Pública del Ecuador

Dr. César Vásquez Sánchez

Ministro de Salud del Perú

Abg. Magaly Gutiérrez Viña

Ministra del Poder Popular para la Salud de Venezuela

SECRETARÍA EJECUTIVA

Dra. María del Carmen Calle Dávila

Secretaria Ejecutiva

Dra. Marisela Mallqui Osorio

Secretaria Adjunta



COMITÉ ANDINO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD Y RESPONSABLES DE REVISIONES Y APORTES

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia

Abog. Paola Patricia Monje Alvarado

Dra. Silvia Jimena Cuentas Canaza

Ministerio de Salud de Chile

Dra. Claudia Godoy Cubillos

Dra. Olga Correa Flores

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

Dra. Edith Piedad Rodríguez Orduz

Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Dr. Andrés Molina

Ministerio de Salud del Perú

Dr. Carlos Alberto Espinoza Barreto

Dr. Wuiiam Trigoso Rojas

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

Abg. Ana Cristina Sulbaran Zafra

Dr. Julio Loreto

Organización Panamericana de la Salud

Lic. Hernán Sepúlveda

Asesor Regional de Recursos Humanos en Salud


Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue

Mag. Yadira Salas González

Coordinadora del Comité Andino de Recursos Humanos en Salud

Lic. Verónica Bustos

Consultora responsable de la investigación



Las primeras palabras de la Política Andina de Recursos Humanos en Salud son en memoria de las y los trabajadores de salud que entregaron su vida luchando por el bienestar de nuestras comunidades durante la pandemia por COVID-19, ellas y ellos serán inspiración para las futuras generaciones.

Índice

PRESENTACIÓN	10
ANTECEDENTES	14
EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	18
EL CONTEXTO SOCIO SANITARIO	24
ESTRUCTURA PROPOSITIVA	27
LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	30
1. Línea de Acción I: Rectoría y Gobernanza	
2. Línea de Acción II: Sistemas integrales de planificación y gestión de Recursos Humanos en Salud	
3. Línea de Acción III: Diseño e implementación de estrategias de RHS para la universalización de la salud	
4. Línea de Acción IV: Migración y retención de los equipos de salud para un sistema integral de salud	
5. Línea de Acción V: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal basado en equipos interdisciplinarios de salud.	
Bibliografía	44



Lima, 26 de abril de 2024

Resolución REMSAA Extraordinaria XXXVII/4

POLÍTICA ANDINA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD 2024-2030

Las Ministras y los Ministros de Salud de los países miembros:


Considerando:


1. Que, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS) y el Objetivo 3 "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" establecen la importancia de los recursos humanos para la salud (RHS) para alcanzar la salud universal.
2. Que, la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: "Personal sanitario 2030 de la OMS" y la Política sobre el personal de salud 2030: "Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes de la OPS/OMS" brindan un marco para el desarrollo de políticas nacionales de RHS.
3. Que, la Política Andina de Recursos Humanos en Salud 2018-2022 (PARHS) aprobada en la XXXVII REEMSA ha sido una herramienta valiosa para orientar los esfuerzos de los países andinos en el fortalecimiento de sus RHS, pero se requieren esfuerzos adicionales para abordar los desafíos persistentes.
4. Que, la pandemia de COVID-19 retrasó el progreso y evidenció la necesidad de una fuerza laboral de salud suficiente, respaldada y capacitada. Superada la fase crítica de la pandemia, existe una ventana de oportunidad para abordar los desafíos de salud y bienestar de las personas; como la crisis climática y alimentaria, el desgaste del personal de salud, la migración y los conflictos.
5. Que, en la Resolución REMSAA XL/556 las Ministras y Ministros de Salud encargaron al Comité Andino de Recursos Humanos en Salud la actualización de la Política Andina de Recursos Humanos en Salud.

Resuelven:

1. Aprobar la actualización de la Política Andina de Recursos Humanos en Salud 2024-2030.
2. Encargar al Comité Andino de Recursos Humanos en Salud, la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación del Plan de Implementación de la Política Andina, en un plazo de 90 días.

CERTIFICAMOS: Que el texto de la Resolución que antecede fue aprobado en la XXXVII Reunión Extraordinaria de Ministros de Salud del Área Andina, realizada en modo virtual, el 26 de abril de 2024.


DR. CÉSAR VÁSQUEZ SÁNCHEZ
PRESIDENTE DE LA XL REMSAA
MINISTRO DE SALUD DE PERÚ


DRA. MARÍA DEL CARMEN CALLE DÁVILA
SECRETARIA EJECUTIVA
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE





Presentación ●●●●●

Las y los trabajadores de la salud merecen más que las "Gracias". Merecen educación y capacitación de calidad, merecen condiciones de trabajo seguras, merecen un salario decente, merecen respeto, merecen una vida digna. (OMS-2023)

A 45 años de Alma Ata y a siete años del plazo propuesto por la Agenda 2030 para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), hemos sido testigos de éxitos y frustraciones. El mejoramiento de indicadores sanitarios como la esperanza de vida, la salud materno-infantil o el aumento de la cobertura en vacunación se cuentan dentro de los logros. Sin embargo, al lado de éxitos como los mencionados, siguen existiendo importantes grupos de personas marginadas del derecho a una vida y salud dignas.

El COVID-19 provocó más de cuatro años de retraso en el avance de la erradicación de la pobreza e interrumpió la provisión de importantes servicios esenciales de salud¹, pero también dejó en evidencia que los países que tuvieron mejores niveles de respuesta a la crisis pandémica, fueron aquellos que contaban con una fuerza laboral de salud, suficiente, respaldada y capacitada².

Si bien la situación descrita renovó la preocupación de los Estados sobre los grados de desarrollo de los sistemas de salud, superada la fase más crítica de la crisis sanitaria, existe la percepción de que esta ventana de oportunidad comienza a desdibujarse. Aprovechar este espacio demanda a los propios sistemas de salud capacidad para continuar posicionando

¹ Sachs, J.D., Lafortune, G., Fuller, G., Drumm, E. (2023). Implementing the SDG Stimulus. Sustainable Development Report 2023. París: SDSN, Dublin: Dublin University Press, 2023. 10.25546/102924.

² Working for Health 2022-2030 Action Plan. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>), citando a Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung A-S, Tan M, Wu S et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. Nat Med. 2021;27(6):964-980)

los principales desafíos de manera concreta, creativa y articulada, sobre todo en vistas de nuevos retos con claros efectos sobre la salud y bienestar de las personas, como son la crisis climática y alimentaria, el desgaste post pandémico del personal de salud, la migración y los conflictos derivados de mayores niveles de polarización política y social.

En un sector altamente dependiente de la fuerza laboral, una de las barreras para ampliar el derecho a la salud sigue siendo la inadecuada disponibilidad y distribución de profesionales y técnicos, así como, el desajuste entre los perfiles disponibles y los requeridos en sistemas de salud en transformación hacia modelos de atención centrados en la persona y la comunidad, que buscan avanzar en cobertura y acceso a servicios de calidad.

Existe suficiente evidencia de que promover estrategias de fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud (RHS) acompañadas de la inversión necesaria para su implementación, acelera el progreso de los países permitiendo avanzar no sólo en la resiliencia de los sistemas sanitarios, sino también en el reconocimiento de derechos, equidad, prosperidad económica y paz social de las naciones^{3 4}. Abordar los desafíos propios del sector, excede por lejos el valor social de la salud, irradiando sus efectos a otros objetivos de la Agenda 2030, tales como, el fin de la pobreza (ODS 1), la educación de calidad (ODS 4), la igualdad de género (ODS 5), el trabajo decente y el crecimiento económico (ODS 8), entre otros.

En una subregión en la que el promedio del gasto total en salud como porcentaje del PIB no supera el 6%⁵, los países han logrado importantes avances, aunque no suficientes, respecto de la disponibilidad de personal sanitario, la generación de mejores condiciones de empleo y el desarrollo de unidades especializadas en gestión de RHS. Sin embargo, persisten problemas de escasez y distribución de personal calificado, migración, existencia de desempleo o empleo precario, desajuste entre los perfiles de formación y ocupacionales, además de importantes inequidades de género que afectan prioritariamente a pobres, indígenas, población rural y mujeres.

En este contexto, la Política Andina de Recursos Humanos en Salud 2030 (PARHS) busca ser un marco orientador para el desarrollo de políticas locales y un respaldo político-técnico para

³ Working for Health 2022-2030 Action Plan. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

⁴ Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016

⁵ Consulta hecha el 11 de julio de 2023 OCDE iLibrary en el siguiente enlace: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b01ad37f-es/index.html?itemId=/content/component/b01ad37f-es#indicator-d1e25098>

las Direcciones Nacionales de RHS, sumándose a los llamados que buscan el reconocimiento del personal sanitario a través de medidas concretas, como el aumento de la inversión en salud. La política se construye sobre la base del trabajo realizado durante el período 2018-2022, conserva los elementos de carácter estratégico y actualiza aquellos más sensibles a los cambios del entorno.

En suma, se busca contribuir al efectivo ejercicio del derecho a la salud de los habitantes de la región andina a través del fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud centrada en las personas y la comunidad, para generar mejores condiciones de acceso, cobertura, capacidad resolutiva, adecuación cultural y calidad de los servicios de salud a través de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en formación continua, comprometida con la calidad, y pertinencia de los servicios de salud.

Dra. María del Carmen Calle Dávila
Secretaria Ejecutiva del ORAS CONHU





Antecedentes ●●●●●

1.

La presentación en el año 2015 de los Objetivos de Desarrollo Sustentables (ODS)⁶, resulta especialmente significativa para analizar la problemática de RHS. Destaca el Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". En sinergia con otros objetivos, como el Objetivo 1: "Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes"; el Objetivo 4: "Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos"; el Objetivo 5: "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas"; y el Objetivo 8: "Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos".

2.

La acción conjunta en procesos para el logro de estos objetivos fue retomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en el año 2017⁷. La OMS⁸, en su Asamblea de mayo de 2016, adopta la "Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030" como catalizador de procesos para lograr la accesibilidad y la cobertura universal de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

⁶ Naciones Unidas – Aprobación del Documento: Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Doc. 70/1 aprobado por la Asamblea General, octubre 2015.

⁷ Organización Mundial de la Salud, 70.^a Asamblea Mundial de la Salud – Documento A 70/18: Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas. Mayo 2017

⁸ Organización Mundial de la Salud, 69.^a Asamblea Mundial de la Salud – Documento WHA 69.19: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, Ginebra, Mayo 2016

3.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la 29a Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en septiembre de 2017, aprobó la "Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud" y, posteriormente, en 2018 el "Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023", y en el 60° Consejo Directivo realizado en septiembre de 2023 la "Política sobre el personal de salud 2030: Fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes" .

4.

En esta misma línea, la Política y el Plan Andino de Recursos Humanos en Salud, aprobada en la XXXVII REMSAA, planteó una serie de compromisos orientados a lograr avances en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la salud universal, con competencias en articulaciones institucionales y facilitación de procesos participativos, comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve .

5.

Concluido el período de vigencia de la PARHS 2018-2022, los países andinos evaluaron positivamente su aplicación. Destacan su contribución como un marco orientador de nivel estratégico que, reconociendo los avances conseguidos, se hace cargo de los principales retos en el ámbito de los RHS y propone opciones para su abordaje. Sin embargo, somos testigos de que los procesos de cambios requeridos no han llegado o si han llegado lo han hecho de manera lenta y acotada. La pandemia por COVID 19 sirvió para poner aún más en evidencia lo señalado.

⁹ <https://www.paho.org/es/documentos/ce17214-politica-sobre-personal-salud-2030-fortalecimiento-recursos-humanos-para-salud>

¹⁰ Resolución REMSAA XXXVII/530 del 6 de noviembre de 2018.

6.

Este contexto requiere, junto con renovar esfuerzos, focalizarlos en un número priorizado de objetivos, profundizar la articulación con otros mecanismos de integración que comparten propósitos similares en torno a líneas de acción que han sido desafíos permanentes para el desarrollo de los RHS, a saber:

- Fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de los RHS para lograr políticas públicas sólidas y respaldadas que permitan abordar los desafíos del campo de los RHS.
- Mejorar la disponibilidad y distribución de los RHS por territorio, subsectores, niveles de atención y segmentos sociales, desarrollando mecanismos regulatorios para el ejercicio y la redistribución de tareas en los equipos de salud.
- Reorientar la formación profesional de los RHS con énfasis en la Atención Primaria de Salud, equipos interprofesionales y criterios de competencias sociales.
- Optimizar la gestión del empleo y trabajo, con perspectiva de trabajo decente, protección física y mental, equidad de género y generación de condiciones de empleo dignas para la atracción de los RHS en las zonas donde sean requeridos.
- Fortalecer las capacidades del personal de salud para la preparación y respuesta frente a las emergencias de salud pública.

La pandemia por COVID 19 ha visibilizado nuevos desafíos que también deben tener un espacio central. Cabe destacar la salud mental de las y los trabajadores, las condiciones de seguridad en el trabajo y el bienestar de los equipos de salud. Los llamados de la OPS/OMS se vinculan directamente con estos desafíos. Se insta a los Estados a redoblar esfuerzos orientados a proteger a los trabajadores sanitarios y asistenciales, invirtiendo en educación, empleo, trabajo decente y equidad de género.



El campo de los recursos humanos en salud ●●●●●

El denominado campo de recursos humanos o fuerza laboral en salud suele ser considerado habitualmente dentro de las diversas áreas de intervención en el sector, pero no siempre se reflexiona sobre sus principales características:

- 1. Esencialidad:** Dada la naturaleza de las prestaciones en el sector salud, éste puede caracterizarse básicamente como un área de "servicio de personas para personas" en un contexto socialmente determinado.
- 2. Centralidad:** Una de las especificidades de este "componente" es que resulta clave para viabilizar la mayoría de las políticas, programas y servicios que se implementan en el sector.
- 3. Protagonismo:** El campo reflexiona sobre un "objeto" que deviene en "sujeto" activo cuando se piensa tanto en la estabilidad como en el cambio, en las renuencias o en las transformaciones que el sector requiere periódicamente.
- 4. Intersectorialidad:** El curso de vida profesional es afectado de diversas maneras por decisiones, regulaciones e intervenciones que no siempre provienen de forma sistémica y articulada desde el sector Educación, el sector Trabajo, el sector Ciencia y Técnica y, obviamente, del propio sector Salud.
- 5. Aprendizaje continuo:** Las dinámicas y profundas modificaciones en la morbilidad, en el desarrollo tecnológico, en la organización de los servicios de salud y en los procesos de determinación sobre cómo estos factores interactúan, solo pueden ser abordadas por una fuerza laboral que se encuentra en un estado de educación permanente.
- 6. Movilidad profesional:** Se trata de mercados de trabajo con muchas externalidades, exacerbadas en épocas de globalización, por lo que requiere incorporar una mirada de las relaciones internacionales ya que los modelos de formación, los patrones de

profesionalización y de especialización, los organismos internacionales, las asociaciones científicas y hasta el mismo fenómeno de las migraciones muestran que no es posible pensar el campo de recursos humanos como un sistema cerrado.

- 7.** El trabajo en salud constituye un servicio público y una responsabilidad social: El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y las responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que reciben la atención en el marco del derecho a la salud.
- 8.** Los recursos humanos son la base del sistema de salud, conforman la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. La contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la capacidad del sistema para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población.
- 9.** El proceso de desarrollo de los RHS es un proceso social (no exclusivamente técnico): Se orienta a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza laboral que se encuentre bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus principales protagonistas a los propios trabajadores de salud.

La Subregión Andina presenta dentro del conjunto de países de América Latina varios rasgos característicos e identitarios. Desde el punto de vista de la política exterior ha sido una de las regiones con mayor experiencia e historia de integración, lo que ha dado origen a un denso plexo de instituciones, entre ellas el propio ORAS-CONHU, probablemente, porque a pesar de configurar un territorio de enorme diversidad social, política y ecológica con riquezas naturales, algunas únicas en el mundo, el adjetivo andino le provee una identidad que excede lo geográfico para extenderse a lo histórico y a lo cultural.

Los seis países que constituyen la Subregión Andina cuentan con sistemas de salud mixtos, con coberturas poblacionales y nivel de financiamiento que se combinan en diferentes proporciones entre los subsectores público, seguridad social y privado, los cuales constituyen a su vez, un diversificado y heterogéneo “polo empleador” de la fuerza laboral en salud.

En casi todos los países existe una presencia sostenida, en mayor o menor grado, de medicinas tradicionales, que cuentan con diverso grado de adherencia poblacional y de reconocimiento, complementariedad o diálogo con el sistema formal de salud. Estas combinaciones o proporciones repercuten entre otros factores en la demanda, la calidad y las condiciones del empleo que se plasma en mercados de trabajo, en algunos casos locales, en otros nacionales y hasta internacionalizados para algunas categorías profesionales; un mercado de trabajo que, con frecuencia, incide más que las políticas públicas sobre las opciones de inserción de la fuerza laboral en la Subregión.

El ingreso al mercado de trabajo en salud requiere estudios previos de diferente duración y complejidad, configurando un espectro de profesiones técnicas y universitarias que se forman en múltiples instituciones públicas y privadas de toda la Subregión. Los tramos laborales parten de auxiliares y personal comunitario, pasando por una amplia variedad de técnicos y más de 10 profesiones universitarias entre las que se destacan por su peso relativo la enfermería y la medicina, que suelen ser profesiones vistas como paradigmáticas del campo de recursos humanos en salud.

La homogeneización de formaciones centradas en un enfoque biomédico de profesionales de salud ha dificultado el trabajo interdisciplinario e intersectorial, resultando profundamente insuficiente e inadecuado para el abordaje en todos los niveles de atención de problemáticas complejas y cotidianas de las comunidades, tales como enfermedades crónicas, malnutrición, padecimiento mental y discapacidad, entre otras.

La proliferación de instituciones académicas privadas que se han sumado a la oferta de formación profesional en salud, no siempre con la infraestructura adecuada, junto con sistemas regulatorios débiles, no garantiza que la formación se oriente a las prioridades sanitarias de cada país. Los procesos de acreditación entre pares, que incluyen profesiones y ocupaciones muy diversas, pueden favorecer intereses corporativos, a menudo disociados del necesario control del Estado y, especialmente, de las necesidades de la población, propiciando una agenda definida desde la oferta.

En la Subregión Andina existen cerca de 160 Escuelas y Facultades de Medicina¹¹ (Bolivia 19, Chile 27, Colombia 52, Ecuador 23, Perú 34, Venezuela 14). Esto, combinado con otras carreras de salud universitarias y no universitarias contribuye a explicar la complejidad de establecer

¹ Datos informados para Bolivia, Ecuador, Colombia con base al Directorio Mundial de Escuelas de Medicina. Datos de Chile, Perú y Venezuela corresponde información aportada por los respectivos Ministerios de Salud.

una política pública que pueda influir en el modelo de formación que los servicios de salud necesitan y, más complejo aún, que van a necesitar en el futuro, considerando que cualquier modificación curricular en estudios de pregrado tendrá efectos sobre el proceso de trabajo entre cinco y diez años después.

Existe una fuerte tendencia a la especialización de la medicina, con un grado creciente de autonomía de prácticas, lo que hace que el campo aumente su complejidad, habilitando estudios muy detallados de prospectiva demográfica para orientar la toma de decisiones. Frente a esta realidad se multiplican los llamados a la formación en medicina general y el aumento de los posgrados en salud familiar.

Las residencias médico-profesionales son altamente valoradas como modelo de formación de posgrado, siempre y cuando mantengan un adecuado equilibrio entre estudio y trabajo. Sin embargo, en su gestión predomina: i. la presión de los servicios por encima del cálculo de las necesidades de especialistas del país, ii. la reducción de los tiempos de estudio y trabajo supervisado y iii. diseños curriculares insuficientes para pactar adecuadamente tiempos, intensidades, derechos, obligaciones y prevenir situaciones de abuso.

La disponibilidad de personal sanitario ha registrado un importante crecimiento en la Subregión, alcanzando cerca de un millón setecientos mil trabajadores, entre profesionales, técnicos, auxiliares y trabajadores comunitarios². Aun así, persisten los problemas de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, existiendo graves dificultades para lograr cobertura territorial equitativa y sustentable, dado que la distribución de la población es muy dispar y tiende a concentrarse en grandes ciudades. La cobertura de zonas rurales y periurbanas resulta con frecuencia poco o inadecuadamente estimulada.

La calidad del empleo es diversa, aunque se evidencian serios esfuerzos por mejorar las condiciones contractuales a través de contratos estables y sujetos a las normas de seguridad social, aún existen sectores de trabajadores con contratos informales y/o tercerizados, desregulados, determinados por plazos o productos específicos.

² Estimación realizada con base a información aportada por los Ministerios de Salud durante el mes de junio de 2023.

La calidad, complejidad, accesibilidad y cobertura de servicios de salud son muy dispares. Sólo un país supera la meta de 44,5 trabajadores de salud por 10 000 habitantes¹³ y otro se encuentra cercano a alcanzarla. Sin embargo, incluso en estos dos países existen zonas o áreas geográficas que se encuentran subatendidas, siendo este problema aún más crítico en los países que se encuentran más distantes de la meta señalada.

El problema no tiende a solucionarse espontáneamente, más bien se verifica que muchos profesionales completan sus ingresos trabajando en más de un subsector (multiempleo), concentrándose en las grandes ciudades, cerca de los sectores de mayores ingresos y desarrollo del subsector privado donde las economías de escala les resultan favorables. Esto implica que los subsectores con responsabilidad territorial, básicamente el subsector público, que además de brindar servicios integrales (preventivos, promocionales) cumple un rol de rectoría, deban establecer un conjunto de estímulos económicos y extraeconómicos para garantizar una distribución territorial equitativa, un esfuerzo que requiere ser sostenido en el tiempo.

Está sólidamente comprobado que el fortalecimiento e inversión en el campo de recursos humanos en salud es uno de los motores de desarrollo económico de los países, incluyendo el aumento de trabajo decente para el conjunto de trabajadores, en particular potenciando el ingreso al mercado laboral de mujeres y jóvenes¹⁴. Pese a la creciente presencia de mujeres como profesionales a cargo de otras ocupaciones en salud, incluyendo trabajos no remunerados, la perspectiva de género ha sido más declamada que incorporada como parte de los desafíos a abordar colectivamente.

¹³ De acuerdo con la Estrategia de RHS para el acceso y cobertura universal - OPS el parámetro ideal de densidad de recursos humanos para la salud 44,5 profesionales por 10.000 habitantes (cifra agregada de médicos, enfermeras y parteras) y de 25 en el caso de zonas desatendidas.

¹⁴ Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneva: World Health Organization; 2016



El contexto socio sanitario



Con más de 165 millones de habitantes, los avances en salud alcanzados por la Subregión Andina en las últimas décadas han sido notables, pero la agenda no permanece estática. Recientemente, los sistemas sanitarios estuvieron sometidos al estrés que significó una pandemia mundial sin precedentes. Paralelamente, surgieron nuevos problemas y algunos problemas históricos reemergieron bajo nuevas formas. Se incrementaron los desafíos incluyendo significativas brechas en términos de morbi-mortalidad prevenible y en el acceso integral y oportuno a servicios de salud de calidad y capacidad resolutiva adecuada.

Los países de la Subregión Andina se encuentran en diferentes etapas de transición demográfica y epidemiológica. La esperanza de vida varía entre 72 y 81 años. La población menor a 14 años disminuyó de un 33 % a un 25 % en 20 años, la tasa de natalidad varía de un mínimo de 10,8 a un máximo de 19,3 por mil habitantes y las tasas de mortalidad son inferiores a 9 por mil habitantes en todos los casos, con un mínimo de 5,8. La problemática del incremento de la longevidad comienza a sumarse con mayor o menor presencia como un desafío complejo.

El gasto o inversión en salud es muy dispar entre los países de la región y debe ser tomado en cuenta para los objetivos de la PARHS, ya que una significativa proporción de ese gasto se dedica a la retribución del trabajo en un sector intensivo en “mano de obra” como lo es el de la salud. Según datos de la OCDE¹⁵, el gasto promedio nacional oscilaba en 2017, en un rango que iba desde los US\$480 hasta los US\$2181 per cápita. Del mismo modo, difiere el peso del Gasto en Salud con relación al total de la riqueza de cada país, presentando diferencias de entre el 5,2 y el 9,3 % del Producto Bruto Interno. Estos números no alcanzan a dar cuenta de la complejidad del financiamiento en salud por la existencia de subsidios cruzados, de fondos provenientes del Estado, de la seguridad social y/o del sector privado. Adicionalmente, el financiamiento privado puede abarcar desde la inversión privada en servicios de salud y los

¹⁵ Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b01ad37f-es/index.html?itemId=/content/component/b01ad37f-es>

seguros hasta el denominado "gasto de bolsillo", es decir, el aporte individual y directo de cada usuario para acceder a los servicios de salud que requiere.

En referencia breve a alguno de los determinantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, el PIB per cápita presenta gran variedad entre los países de la subregión, entre un máximo de más de 30 mil dólares a un mínimo cercano a los 10 mil dólares (PPP). Más de 50 millones de personas de la Subregión Andina viven en situación de pobreza con porcentajes que varían entre 39 % y 10 % del total de la población. En tanto, más de 14 millones de personas viven en pobreza extrema, con porcentajes que varían entre 12 % y 4 %.

Si bien se ha logrado ampliar el acceso a servicios básicos (agua potable, electricidad y saneamiento), alcanzando coberturas promedio sobre el 80 %, siguen existiendo diferencias entre países e inequidades entre la población urbana y rural, siendo el saneamiento básico el que presenta la peor situación con un promedio regional de 60 % y promedios de cobertura a escala nacional que varían entre un 20 % a un 75 % de hogares de las zonas rurales.

La tasa de analfabetismo en la población mayor a 15 años presenta promedios que van entre un 3,9 % a un 15,6 %, mientras que sobre el 85 % de la población de entre 7 y 19 años asiste a algún establecimiento educacional formal.

Este contexto nos exige aumentar las competencias del personal sanitario para el trabajo intersectorial, orientando los esfuerzos no sólo hacia la atención asistencial directa, sino también hacia la remoción de los principales determinantes de la salud.





Estructura propositiva



Propósito

El propósito último de la política es contribuir al efectivo ejercicio del derecho a la salud de todos los habitantes de la Subregión Andina generando condiciones para el acceso, la cobertura, la capacidad resolutive, la adecuación cultural y la calidad de los servicios de salud, ampliando su capacidad de interacción intersectorial hacia la remoción de los principales determinantes.

Visión

Exhibir al 2030 un avance intra e intersectorial en la conformación de una fuerza laboral sostenible, dimensionada, en proceso de formación continua, comprometida con la calidad y pertinencia de los servicios de salud, promotora de la accesibilidad y la cobertura universales, con competencias en articulaciones institucionales, facilitación de procesos participativos y comprometidos con el efectivo ejercicio del derecho a la salud de las comunidades a quienes sirve.

Construcción de Viabilidad

A pesar de la empatía que despiertan los enunciados orientados a dotar de una amplia fuerza laboral capacitada, motivada y dimensionada como para garantizar servicios de salud a toda la población, no resulta sencillo imaginar que esa visión pueda lograrse rápidamente y por su simple enunciado, incluyendo el mejor desempeño posible de los actores y factores que conforman este campo por definición intersectorial y complejo.

Por ello, se plantea una serie de intervenciones de soporte que puedan servir para incrementar la viabilidad de la visión 2030.

- o Desarrollar herramientas de movilización de recursos y de cooperación técnico-financiera, incluyendo mecanismos de Cooperación Técnica entre Países (CTP) con perspectiva Sur-Sur¹⁶ a fin de reducir las brechas de recursos, cobertura y resultados sanitarios entre los países y al interior de los países de la Subregión Andina, inscribiendo en esta iniciativa la atención de la salud de los distritos fronterizos binacionales, idealmente con apoyo de instituciones educativas universitarias o terciarias que operen como "Centros Colaboradores" de la política de recursos humanos en salud de la Subregión Andina.
- o Constituir una Sala de Situación de Recursos Humanos en Salud que, incorporando información sistematizada aportada por los Gobiernos, por el Observatorio de RHS de la OPS, por las Universidades y por otros Centros Colaboradores, pueda constituir una base de datos dinámica sobre demografía profesional, género, formación, empleo, migraciones, áreas subatendidas, cohortes cercanas al retiro, sustitución y ejercicios de prospectiva a fin de detectar anticipadamente cuellos de botella, alternativas e intervenciones compensatorias estructurales o coyunturales contribuyendo con los Ministerios de Salud en la lógica de Sistema de Soporte a las Decisiones.
- o Generar institucionalidad y cultura compartida en la articulación de políticas de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud a través de mesas de construcción de consensos, cursos especializados, eventos periódicos (Conferencia Andina de Recursos Humanos) y de una red ampliada que incluya mecanismos de participación activa de instituciones representativas y/o influyentes en el campo de recursos humanos de la Subregión Andina.
- o Fortalecer la capacidad de planificación estratégica y liderazgo de los Ministerios de Salud y de los Centros Colaboradores de Recursos Humanos en Salud en la Subregión, que acompañe y oriente una expansión de la inversión en este campo, con eficacia e impacto sobre la situación de salud a través de procesos de capacitación y educación permanente en redes de cooperación técnica.
- o Fortalecer y contribuir a la viabilidad de los otros ejes y programas del ORAS-CONHU, especialmente aquellos que requieren competencias del personal de salud tales como Salud Pública, Economía de la Salud, Vigilancia Epidemiológica y Desastres, Salud Intercultural y Prescripción Racional de Medicamentos, entre otros.

¹⁶ La Cooperación Sur-Sur se refiere a la cooperación técnica entre los países en desarrollo, los cuales están ubicados mayoritariamente en el Sur del planeta. Es una herramienta utilizada por los Estados, las organizaciones internacionales, la academia, la sociedad civil y el sector privado para colaborar y compartir conocimientos, habilidades e iniciativas exitosas en áreas específicas (ONU).





Líneas de acción de la política andina de recursos humanos en salud ●●●●●

Dado el contexto, los avances y desafíos existentes, se insta a los países de la Subregión Andina, a implementar políticas locales de desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, considerando las siguientes orientaciones estratégicas.

1. Línea de Acción I: Rectoría y Gobernanza

A los desafíos tradicionales, caracterizados por la escasez de personal, distribución inequitativa y desajuste entre los perfiles disponibles y los necesarios, se suman desafíos emergentes derivados de la incorporación de tecnología, del intercambio y correspondencia entre personas de diferentes grupos etarios (enfoque intergeneracional), del impacto de la pandemia sobre diferentes dimensiones socio-sanitarias, de la crisis por cambio climático y de los procesos migratorios, entre otros.

Todos estos aspectos invitan a la búsqueda activa y permanente de nuevas y mejores formas de organización del trabajo en salud, que permitan obtener los mejores resultados posibles en un contexto marcado por desbalances en la fuerza laboral de salud. Sin embargo, vencer la resistencia al cambio que genera abrirse a nuevas opciones, así como permear los intereses de grupos específicos demanda un fuerte trabajo de gobernanza sectorial y la generación de instancias apropiadas para su tratamiento que incluyan la representación de los propios usuarios del sistema de salud.

La formulación de políticas de desarrollo de la fuerza laboral debe considerar como primer elemento, la naturaleza y composición de la dotación de personal, integrada por mujeres que se desempeñan de manera profesional mayoritariamente en el ámbito de la enfermería y también por aquellas que, de manera remunerada o no, realizan labores de cuidado en su contexto familiar y/o comunitario constituyendo un soporte fundamental para el trabajo de los sistemas de salud.

De acuerdo con lo señalado, esta línea de acción es un llamado al fortalecimiento de la rectoría y de la gobernanza sectorial como base para la formulación de políticas adecuadas, innovadoras y sustentables de desarrollo de los RHS.

1.1. Desarrollar estrategias para el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza

A través de la generación de instancias de concertación con actores claves para el desarrollo de una fuerza laboral suficiente y comprometida con el derecho universal a la salud.

La complejidad del campo de los RHS y la naturaleza de los desafíos que involucra hacen necesaria la existencia de espacios de concertación con todos los sectores de gobierno (Salud, Educación, Trabajo, Ciencia y Técnica, Economía o Hacienda) e instancias de la sociedad civil con incidencia sobre el Cursos de Vida Profesional (CVP) y el logro de una dotación de personal sanitario competente y comprometida con el derecho universal a la salud.

Se busca lograr consensos en torno a políticas y estrategias que promuevan el balance entre la formación del personal sanitario y los del personal sanitario y los CVP para avanzar en una dotación suficiente de recursos humanos capaz de enfrentar una realidad epidemiológica, ambiental, demográfica y socioeconómica cambiante.

En este contexto, se insta a los países a promover y constituir instancias de concertación de voluntades, dando forma a un Consejo Nacional de Recursos Humanos, cuyo funcionamiento se pueda complementar con comisiones de coordinación en temas específicos (Integración Docente Asistencial, Residencias Profesionales, Servicio civil obligatorio, Programas de Educación Permanente con apoyo de las Universidades y articulación de Sistemas de Información, entre otros).

1.2. Impulsar la incorporación de la perspectiva de género

Es importante la incorporación activa de la perspectiva de género en las políticas de formación, desarrollo y gestión del personal sanitario.

La presencia cuantitativa de mujeres en el sector salud dista de ser un hecho reciente;

sin embargo, su creciente peso demográfico en la profesión médica ha generado una mayor visibilidad de la presencia masiva de mujeres en un sector que no cuenta con una densidad de trabajos que facilite la comprensión de las nuevas dinámicas laborales. Desde el año 2010, ONU Mujeres mencionaba al respecto que mientras la mayoría de los países cuenta actualmente con planes de acción específicos para el progreso de las mujeres, son menos los que han integrado plenamente estas iniciativas como estrategias sectoriales.

El simple incremento mundial y regional de la proporción de médicas sería motivo suficiente para revisar dimensiones tales como horarios, condiciones de trabajo, formas de contratación, diferencias generacionales en el trabajo, facilidades para la migración y/o radicación en zonas subatendidas y preferencias de especialidad, sin dejar de mencionar la necesidad de comprender las especificidades con las que cada género aborda la práctica de una profesión que se enriquece con la pluralidad de miradas y perspectivas.

Se busca reorientar las políticas públicas en el campo de recursos humanos en salud incorporando una perspectiva de género, incluidos el cuidado de los niños y la protección familiar orientada a garantizar una dotación calificada y comprometida con el derecho a la salud. Esto cumple un doble propósito: promover la identidad e igualdad de condiciones y oportunidades para hombres y mujeres avanzando hacia la isonomía salarial y generar adecuaciones en las condiciones de trabajo que en muchos casos han quedado diseñadas para profesionales varones, aunque haya cambiado hace décadas la estructura demográfica por género.

En este sentido, es necesario profundizar el conocimiento existente en este ámbito, fomentando la realización de estudios sobre el mercado laboral en salud con enfoque de género, propiciando la mejora de la información con esta perspectiva y promoviendo la adaptación de las condiciones de trabajo a una fuerza laboral de creciente predominio femenino para incrementar el atractivo, mejorar la disponibilidad, distribución geográfica y retención del personal sanitario en todos los lugares donde sea necesario.

2. Línea de Acción II: Sistemas integrales de planificación y gestión de Recursos Humanos en Salud

La planificación y gestión del trabajo en los sistemas y servicios de salud constituyen desafíos sin precedentes, ya que se trata de avanzar más allá de los aportes a la estimación de requerimientos de RHS y de la gestión de personal, siendo necesario poner en revisión la integralidad de los procesos planificatorios y los estilos de gestión predominantes. Ambos procesos deben ser análogos y empáticos con la propia naturaleza del trabajo en salud. En consecuencia, si la función central de las organizaciones sanitarias gira en torno al cuidado, a la atención y a la protección de la salud, la planificación y los estilos de gestión deben reforzar ese carácter terapéutico de las organizaciones.

2.1. Impulsar Sistemas de Información para la planificación y gestión de los RHS

Los sistemas de información contribuyen a mejorar el conocimiento de la fuerza laboral de salud, las dinámicas del mercado laboral y fortalecen los procesos de planificación y gestión de los RHS.

Avanzar en el conocimiento y caracterización de la fuerza laboral de salud, es la base para generar políticas e impulsar procesos de planificación de RHS adecuados a la realidad y necesidades de cada país. Para ello, es indispensable contar con sistemas integrales de información que abarquen todo el Curso de Vida Laboral (CVL) del personal sanitario y favorezcan la transformación digital del sector de la salud.

En la etapa de formación se requiere conocer las carreras de salud por niveles educacionales, incluyendo graduados y post graduados por carrera, especialidad, sexo, edad y procedencia de las y los alumnos. En la etapa de desempeño se debe caracterizar las dinámicas del mercado laboral de salud considerando los grandes empleadores (subsector público, seguridad social, Fuerzas Armadas, sector privado, otros) y la calidad del empleo (condiciones de contratación y de estabilidad laboral), por profesión, especialidad, sexo, edad, ámbito geográfico y dedicación horaria, siendo el objetivo lograr mejoras en estabilidad laboral, condiciones de contratación, retención y desarrollo de los recursos humanos en salud, especialmente, en el caso del sistema público como responsable de asegurar la cobertura prestacional a los sectores que viven mayores grados de exclusión.

En un ámbito de micro gestión un objetivo prioritario de los sistemas de planificación y gestión de RHS es lograr un dimensionamiento adecuado de la dotación de personal según la carga laboral existente, distinguiendo diferentes tipos de funciones y responsabilidades, tales como, labores asistenciales, de salud pública, de gestión y/o conducción de equipos de trabajo, así como, diferentes condiciones y contextos de trabajo donde estas labores se realizan.

2.2. Promover modelos de gestión de los RHS compatibles con la naturaleza del trabajo en salud que promuevan el desarrollo profesional y personal de los integrantes del equipo de salud y resguarden su bienestar físico y mental

Se busca reorientar los recursos para promover mejoras en la garantía de la protección y condiciones laborales dignas de los RHS a través de la incorporación de estilos de gestión del trabajo compatibles con la naturaleza de las organizaciones de salud. Esto contribuirá al empleo estable y digno, al bienestar social de los equipos de salud y al desarrollo personal y profesional, fortaleciendo la retención y la calidad de atención de los sistemas de salud de los países.

En sintonía con lo señalado en el párrafo anterior, es necesario fomentar estilos de supervisión orientados a la gestión del desempeño y al despliegue de las capacidades de los equipos de trabajo, con capacidad de liderazgo, conducción y altos estándares de sensibilidad hacia las necesidades de los equipos de trabajo, especialmente respecto de la preservación de la salud mental y física de cada integrante del equipo de salud.

2.3. Se desarrollarán políticas de educación permanente

Estas políticas de educación permanente para el personal sanitario, buscan favorecer el desarrollo de capacidades, competencias y el trabajo interprofesional.

El contexto caracterizado por cambios tecnológicos, demográficos, ambientales, epidemiológicos y altos niveles de incertidumbre, demanda una adaptación constante de la fuerza laboral de salud a escenarios de mayor complejidad socio-sanitaria. Se requiere impulsar estrategias de capacitación planificadas, sostenibles y coherentes

con los procesos de transformación de los propios Sistemas de Salud con perspectiva de medicina y salud centradas en las personas.

La disponibilidad de tecnologías como la Educación a Distancia y la alfabetización en salud digital, junto con estrategias como la Educación Permanente en Salud (EPS), tiene claros efectos sobre la calidad y adecuación de los servicios de salud. Esto permite que los equipos interdisciplinarios, en conjunto con la comunidad, identifiquen problemas, inadecuaciones o demandas de innovación en los procesos de trabajo, movilizand recursos y capacidades para el mejoramiento de los mismos.

Por su parte, la implementación de consultorías e interconsultas permite fortalecer el trabajo interdisciplinario en red de los diferentes niveles de atención, mejora la capacidad resolutoria, la oportunidad, continuidad y calidad de los servicios de salud. Además, actúa como un poderoso mecanismo de integración del personal que se encuentra en zonas alejadas, rurales y subatendidas, maximizando su sentido de pertenencia, motivación y el despliegue de sus competencias profesionales, técnicas y humanas. Asimismo contribuye a reducir las brechas de acceso a la capacitación, desarrollo y a la información en general, extendiendo sus beneficios a todo el sistema de salud.

3. Línea de Acción III: Diseño e implementación de estrategias de RHS para la universalización de la salud

Lograr los objetivos de universalidad de la salud exige comprender de manera integral los fenómenos enmarcados dentro del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado. En un contexto de envejecimiento de la población, comorbilidades y carga creciente de enfermedades crónicas, cobra especial relevancia el trabajo del equipo interprofesional con enfoque de salud familiar, comunitaria e intercultural, siendo necesario abrirse a otras estrategias que permitan obtener los mejores resultados posibles en un marco caracterizado por desbalances y escasez de personal sanitario.

3.1. Desarrollar equipos interprofesionales de salud familiar y comunitaria como base para la ampliación del acceso y la cobertura universal de salud

En la subregión, las intervenciones han estado orientadas prioritariamente a su conformación mediante el aumento de las dotaciones de personal y la mejora

de las condiciones laborales y contractuales. En tanto, se han explorado menos otras estrategias que también tienen impacto positivo sobre el acceso y cobertura, tales como, la composición de los equipos, medidas de gestión del desempeño, la distribución de tareas y cargas de trabajo entre diferentes integrantes del equipo de salud y la incorporación de las personas, cuidadores y comunidades como agentes de su propio estado de salud.

Para avanzar en este ámbito es necesario conocer las brechas cuantitativas y cualitativas de equipos de salud familiar del primer nivel de atención, incluyendo a la comunidad, especialmente a personas que cumplen el rol de cuidadores. Esto implica contrastar su formación y trayectoria con las competencias deseadas para la conformación de equipos con enfoque de salud familiar. Además, se requiere concertar la voluntad de diferentes actores, para ampliar las opciones de política pública explorando posibilidades respaldadas por la evidencia que van más allá de las estrategias tradicionalmente implementadas. La perspectiva de medicina y salud centrada en las personas puede ser beneficiosa para la conformación de equipos interprofesionales, ya que se enfoca en la atención humana a la persona y a su familia. Esto puede fomentar la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, con el objetivo de mejorar la atención y el cuidado de los pacientes

3.2. Profundizar el enfoque intercultural a partir de la valoración y rescate de saberes, lenguajes y cosmovisiones en una región fuertemente multicultural.

En una región con presencia de población indígena, no basta con el desarrollo de competencias en interculturalidad, es necesario abrir espacios para la incorporación activa y respetuosa de los saberes ancestrales que forman parte de la tradición y cosmovisión de los pueblos originarios, evitando la existencia de barreras atribuibles a diferencias culturales entre quienes atienden y quienes son atendidos.

El reconocimiento del otro a través de un diálogo entre las poblaciones y los equipos de salud en condición de paridad mejora la pertinencia de las acciones de salud, contribuyendo a mejorar la accesibilidad y cobertura con equidad y calidad.

Las perspectivas más recientes de interculturalidad apelan a la comprensión de que solo existe una verdadera interculturalidad en el diálogo de culturas que se respetan

recíprocamente. Las diferentes cosmovisiones de los pueblos originarios andinos incluyen concepciones de salud-enfermedad específicas que no sólo se sostienen en las personas que son revestidas como médicos tradicionales, sino sobre todo en las propias culturas de las poblaciones que apelan a ellos, incluyendo población que ha migrado a las grandes ciudades y que sin embargo no ha perdido sus raíces.

El diálogo abierto y respetuoso con las culturas y las competencias interculturales del equipo de salud -que deben ser incorporadas como parte de la formación profesional- y su aplicación en los servicios de salud puede verse ampliamente facilitada con la incorporación de trabajadores comunitarios, que con frecuencia cumplen un verdadero rol de "traducción" o "interpretación", potenciando la capacidad terapéutica y la aceptación de los servicios.

Para lograr avanzar en esta línea se requiere fortalecer la incorporación de competencias en interculturalidad en los perfiles profesionales de RHS, además de establecer mecanismos de mayor y mejor articulación de las políticas públicas con las medicinas tradicionales, con los saberes ancestrales que forman parte de la cultura de una proporción significativa de la población -incluyendo la interacción con parteras tradicionales- y establecer intercambios fluidos de experiencias entre países de la subregión.

4. Línea de Acción IV: Migración y retención de los equipos de salud en todos los países y en todos los territorios para un sistema integral de salud

El fenómeno de la migración tiene diferentes implicancias para los sistemas de salud. Desde la perspectiva del personal de salud migrante, enfrentan dificultades para homologar y/o convalidar sus títulos complicándose su incorporación regular a los servicios de salud. En ocasiones experimentan marginación, mal trato y discriminación, mayor carga asistencial, esfuerzos adicionales atribuibles a diferencias culturales, problemas legales y de respaldo económico, especialmente, respecto de quienes están en situación migratoria irregular. En tanto, desde la perspectiva de los sistemas de salud, implica la pérdida o incorporación de RHS calificado, dependiendo si el país es emisor o receptor.

A pesar de que los procesos migratorios son comunes en la región y de que existen compromisos formales de los estados al respecto, aún resulta complicado encontrar

canales y herramientas adecuadas para armonizar las políticas públicas de salud, educación y relaciones internacionales en orden a regular el impacto de los flujos migratorios. Esto es especialmente relevante en el ámbito de la movilidad profesional y la evaluación de opciones para facilitar intercambios y el desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo, así como la búsqueda de mecanismos de armonización para la denominación de títulos y grados.

Parte del esfuerzo consiste en apoyar acuerdos bilaterales entre los países de origen y destino, con un mayor involucramiento de los Estados en la regulación efectiva del reclutamiento y la contratación, tomando en cuenta el Código de Prácticas Mundial de la OMS.

Adicionalmente, con el propósito de mejorar el conocimiento del tema como base para la generación de políticas públicas adecuadas, se recomienda investigar periódicamente sobre los intereses, motivaciones y condiciones de trabajo requeridas por el personal del sector de la salud que migra, tanto entre países como desde zonas rurales y/o subatendidas hacia grandes centros urbanos. Esto busca promover la identificación de experiencias y estrategias para la atracción y retención de RHS en dichos lugares.

4.1. Contribuir a que los flujos de movilidad profesional que faciliten un intercambio y el desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo.

Fomentar la suscripción de acuerdos bilaterales entre los países de origen y destino, con una mayor participación de los Estados en los procesos de reclutamiento y contratación, considerando el Código de Prácticas Mundial de la OMS sobre Contratación Internacional de Personal de Salud, con el objetivo de reducir las inequidades en la distribución de los RHS entre países, subsectores (público, privado y seguridad social) y regiones urbanas/rurales.

Como mecanismo compensatorio se promoverán opciones para la "migración circular" (rotaciones, pasantías) del personal del sector de la salud, facilitando intercambios y desarrollo de aptitudes, conocimientos y transferencias tecnológicas en beneficio mutuo, con especial énfasis en zonas fronterizas.

Adicionalmente, se avanzará en la actualización, compatibilización y sistematización de leyes, códigos, regulaciones y marcos normativos que incidan en la inserción y la movilidad del personal técnico y profesional de salud.

4.2. Implementar estrategias para estimular la radicación de equipos interprofesionales en zonas subatendidas.

Uno de los desafíos más complejos para las políticas de RHS es lograr condiciones atractivas para la permanencia de equipos de salud en zonas geográficas aisladas y/o con menor desarrollo social y económico.

Los países andinos han hecho esfuerzos respecto del establecimiento de estímulos económicos y extraeconómicos que buscan garantizar la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud de toda la población de la Subregión Andina.

Sin embargo, en una región que reúne todos los ecosistemas de costa, sierra, puna, selva, desierto, valles en diferentes pisos y climas, lograr equidad en el acceso a los servicios, desde los preventivo-promocionales hasta los asistenciales y de rehabilitación, es un desafío que demanda no sólo esfuerzos económicos, sino que altas cuotas de flexibilidad y creatividad. Las dificultades no son menores en las grandes urbanizaciones que en las últimas décadas han crecido a una velocidad exponencial, consolidando diferencias estructurales que se plasman en distritos en ocasiones contiguos o inmediatamente vecinos, que cuentan con muy diferente nivel de ingreso y de acceso a servicios básicos ambientales, de transporte, de alimentación, etc.

Las características de los mercados de trabajo profesional en salud, con una fuerte tendencia al multi-empleo, hace que con frecuencia los esfuerzos de planificación de RHS y las políticas que crean estímulos económicos y extraeconómicos para radicar profesionales en zonas subatendidas se vean neutralizadas por las tendencias del mercado.

En este contexto, es necesario actualizar de manera constante el conocimiento sobre las motivaciones de las nuevas generaciones de profesionales de salud que permitan programar intervenciones eficaces para cubrir necesidades del sistema de salud en términos de distribución, elección de especialidad y lugar de trabajo de las/los RHS.

A la vez se requiere la colaboración activa de las Universidades e Institutos de formación, que pueden cumplir un rol importante, no sólo en la distribución de sus campos de formación a través de diferentes espacios geográficos, sino también en la incorporación de criterios especiales de selección (discriminación positiva) para postulantes provenientes de zonas rurales y vulneradas. Lo anterior, obliga a la propia autoridad sanitaria a la identificación de las zonas subatendidas, compartiendo dicha información con las respectivas instituciones formadoras.

5. Línea de Acción V: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso y la cobertura universal basada en equipos interdisciplinarios de salud.

El desarrollo de herramientas para alinear las políticas públicas de salud y la formación profesional involucra la promoción de sistemas de regulación democráticos con participación de los actores, incluyendo a los usuarios de los sistemas de salud. Esto implica la redefinición de los estándares de calidad de la formación de profesionales y técnicos mediante sistemas de acreditación de carreras e instituciones formadoras, así como el diseño de sistemas de evaluación que otorguen igual énfasis al conocimiento técnico-científico con base biológica y a las dimensiones psicológicas, culturales y sociales, redefiniendo las competencias necesarias en el perfil de los graduados.

Del mismo modo, se espera integrar la formación de grado y de postgrado con programas de aprendizaje contextualizados promoviendo la participación de todas las personas involucradas, creando auténticas "comunidades de aprendizaje".

Las competencias profesionales deben, en consecuencia, integrar dimensiones que incluyan perspectivas de derechos, género e interculturalidad, ofreciendo respuestas para la resolución adecuada y socialmente aceptable de los problemas de salud de los diversos grupos poblacionales.

5.1. Promover una alianza estratégica entre los Ministerios de Salud y las principales instituciones formadoras de profesionales de salud

Esta alianza estratégica tendrá el fin de alinear las funciones institucionales de formación de grado y postgrado, investigación e interacción comunitaria con las políticas de Cobertura y Acceso Universal, así como con el Derecho a la Salud de toda la población.

En la Subregión Andina, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, el sistema universitario se ha constituido sobre un conjunto de principios basados en una reforma que está próxima a cumplir 100 años. La autonomía de las universidades constituye un elemento de referencia que debe complementarse con la búsqueda constante de pertinencia y legitimidad en su quehacer, en las áreas de educación de pre y postgrado, investigación e interacción con las comunidades en las que se insertan.

La configuración de mesas intersectoriales e interinstitucionales para la definición desde una perspectiva de "regulación democrática" de reglas, estándares y dimensionamiento de las ofertas de formación profesional en salud, tanto de grado como de postgrado pueden contribuir a su convergencia con los Objetivos de Desarrollo Sustentables.

Una estrategia para fomentar este diálogo es la constitución formal de instancias de enlace entre los Ministerios de Salud, Educación e instituciones formadoras incluyendo al menos a aquellas instituciones que generen una proporción significativa de los graduados del país. Esto implica establecer mecanismos de regulación basados en acuerdos de largo plazo, sobre temas tales como, perfiles profesionales y técnicos, adecuación entre la oferta formadora y las necesidades de contratación del sector salud, residencias médico-profesionales, servicio rural, internados, pasantías, entre otros de interés mutuo.

5.2. Promover la conformación de equipos interprofesionales de salud con formación en salud familiar y comunitaria como base de un sistema de salud orientado por los principios de la atención primaria y organizado en redes integradas de servicios de salud

El COVID 19 significó un retroceso en dimensiones socio sanitarias, tales como, empobrecimiento de la población, interrupción o postergación en la entrega de servicios esenciales de salud, disminución en la esperanza de vida, resurgimiento de enfermedades infecciosas, impacto sobre la salud mental de los propios equipos de salud, entre otros. Estos aspectos sumados al incremento sistemático de las enfermedades crónicas, los desafíos asociados al envejecimiento, el impacto del cambio climático, el incremento de las causas externas, constituyen un escenario de complejidad creciente para los sistemas de salud que vuelve a poner de manifiesto la necesidad de renovación de la atención primaria, a través del incremento de su capacidad resolutive, nuevas formas de articulación con las comunidades y, especialmente, la constitución y fortalecimiento de los equipos interprofesionales de salud y preparación y respuesta frente a futuras emergencias de salud pública.

La búsqueda reorientación curricular hacia la atención primaria de todas las carreras de salud a través de la inclusión de experiencias de aprendizaje significativas entre alumnos de diferentes carreras en escenarios comunitarios, promoviendo la adquisición de competencias de trabajo en equipo, de trabajo en zonas subatendidas y en comunidades, así como, las capacidades de diálogo intercultural se hacen más urgentes que nunca.

Algunas estrategias que pueden contribuir a este proceso son la incorporación en los equipos docentes de las universidades, de profesores con experiencia en trabajo comunitario en zonas rurales y en poblaciones periurbanas subatendidas; el desarrollo de proyectos de investigación y de intervención en comunidades con la participación de alumnos y docentes; facilitar el acceso a la formación profesional en salud de los grupos poblacionales de comunidades subatendidas, mediante la descentralización de la oferta formativa y la reorientación de los criterios de selección y admisión, con una perspectiva intercultural y de pertinencia social.





Bibliografía



Ministerio de Salud de La Nación Argentina – La Gestión de Recursos Humanos en Salud en Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015, Buenos Aires, Argentina, noviembre 2015.

Naciones Unidas – Aprobación del Documento: Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Doc. 70/1 aprobado por la Asamblea General, octubre 2015.

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU). Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud. Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina; Bogotá, Colombia: Noviembre 2012.

Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue - Lima: ORAS-CONHU; Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud en los Países. Evidencia para la toma de decisiones; Lima 2015.

Organización Mundial de la Salud, 69.^a Asamblea Mundial de la Salud – Documento WHA69.19: Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, Ginebra, Suiza mayo 2016.

Organización Mundial de la Salud, 70.^a Asamblea Mundial de la Salud – Documento A 70/18: Recursos humanos para la salud y aplicación de los resultados de la Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico de las Naciones Unidas. Mayo 2017.

Organización Panamericana de la Salud, 29.^a Conferencia Sanitarias Panamericana / 69.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, "Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, Washington D.C., EUA, 2017.

Organización Panamericana de la Salud. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Ontario, Canadá: VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud; 4-7 Oct. 2005.

Organización Panamericana de la Salud. La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012. Buenos Aires: OPS, 2013.

Rovere M. Los nuevos y renovados debates en torno a los recursos humanos en salud. En: Rico MN. Marco F., colaboradoras. Mujer y empleo la reforma de la salud y la salud de la reforma en la Argentina. 1era ed. Buenos Aires: Siglo XXI; 2006. p 151 – 192.

CSP28/INF/3 Informes de progreso sobre asuntos técnicos: G) Metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015.

CD52/6 Recursos Humanos para la Salud. Aumentar el acceso al personal sanitario capacitado en sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.

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.

CD53/5 Rev.2 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

CD53.R14 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage A67/24 (en inglés).

Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage A67/34 (en inglés).





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 - Perú
Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700
contacto@conhu.org.pe
<http://www.orasconhu.org>